

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.329-002-053.2

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ
(обзор литературы)А. А. Козловский¹, С. К. Лозовик¹, Н. А. Покульневич²¹Гомельский государственный медицинский университет²Гомельская областная детская клиническая больница

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей продолжает оставаться одной из актуальных тем не только для клиницистов, но и для исследователей. Актуальность темы обусловлена высокой распространенностью и частым рецидивированием данной патологии. В связи с этим своевременная диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и адекватное лечение позволит улучшить прогноз заболевания и снизить частоту хронизации процесса.

Ключевые слова: дети, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофагит, гастроэзофагеальный рефлюкс, лечение.

GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN CHILDREN
(literature review)A. A. Kozlovsky¹, S. K. Lozovik¹, N. A. Pokulnevich²¹Gomel State Medical University²Gomel Regional Children`s Clinical Hospital

The disease of gastroesophageal reflux in children stays to be one of the actual topics not only for clinicians but also for researchers. The high prevalence and frequent relapses of the given pathology makes for the topicality of the problem. In view of that, the present-day diagnostics for gastroesophageal reflux and adequate treatment make it possible to improve the prognosis for the disease and to decrease the process chronization rate.

Key words: children, disease of gastroesophageal reflux, esophagitis, gastroesophageal reflux, treatment.

Среди функциональных и хронических воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), отмечаемых у детей разного возраста, все большее место занимают поражения пищевода. До недавнего времени среди поражений пищевода педиатры в основном диагностировали различные аномалии и пороки развития, травмы слизистой оболочки в результате преимущественно термического или химического повреждения, а также отдаленные последствия этих повреждений. В настоящее время у детей все чаще встречаются изменения слизистой оболочки пищевода воспалительного характера [1].

В структуре хронических воспалительных заболеваний органов пищеварения изолированные эзофагиты занимают около 1,5 %. Чаще воспаление пищевода сочетается с поражением других органов и систем (при хронических гастритах сочетанное поражение пищевода определяется у 15 % детей, при хронических гастроуденитах — у 38,1 %, при язвенной болезни эзофагит встречается практически у всех детей).

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГРБ) — это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся определенными пищеводными и внепищеводными клиническими

проявлениями и разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода вследствие ретроградного заброса в него желудочного или желудочно-кишечного содержимого.

Этиопатогенез

Провоцирующими факторами развития ГРБ являются:

- нарушение режима и качества питания;
- состояния, сопровождающиеся повышением интраабдоминального давления (запоры, неадекватная физическая нагрузка, длительное наклонное положение туловища и т. д.);
- респираторная патология (бронхиальная астма, муковисцидоз, рецидивирующий бронхит и т. д.);
- прием некоторых лекарственных препаратов (холинолитики, седативные и снотворные средства, бета-адреноблокаторы и др.);
- курение, алкоголь;
- скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- герпес-вирусная инфекция, цитомегаловирусная инфекция, грибковые поражения пищевода.

К предрасполагающим факторам развития ГРБ относятся:

- преимущественно старший школьный возраст;
- мужской пол;

- отягощенная наследственность по заболеваниям ЖКТ;
- органическая патология гастродуоденальной зоны;
- вегетативная дисфункция;
- глистно-паразитарная инвазия;
- очаги хронической инфекции;
- ожирение;
- скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

В основе патогенеза ГРБ лежит нарушение равновесия между факторами «агрессии» и факторами «защиты».

К факторам «агрессии» относятся: гастроэзофагеальный рефлюкс (кислотный, щелочной, смешанный), гиперсекреция соляной кислоты, агрессивное воздействие лизолецитина, желчных кислот, панкреатического сока, некоторые лекарственные препараты (нестероидные противовоспалительные препараты, салицилаты, глюкокортикоиды и др.), некоторые продукты питания, *Helicobacter pylori*.

К факторам «защиты» относятся: антирефлюксная функция кардии, резистентность слизистой оболочки пищевода, эффективный клиренс, своевременная эвакуация желудочного содержимого.

Превалирование агрессивных факторов над факторами «защиты» создает условие для формирования патологического гастроэзофагеального рефлюкса.

Выделяют ряд анатомических структур, обеспечивающих антирефлюксный механизм: диафрагмально-пищеводную связку, слизистую «розетку» (складка Губарева), ножки диафрагмы, острый угол впадения пищевода в желудок (угол Гиса), протяженность абдоминальной части пищевода. Однако доказано, что в механизме закрытия кардии основная роль принадлежит нижнему пищеводному сфинктеру, недостаточность которого может быть абсолютной или относительной. Кроме того, к антирефлюксным механизмам защиты пищевода от агрессивного желудочного содержимого можно отнести оцелачивающее действие слюны и «клиренс пищевода», то есть способность к самоочищению посредством пропульсивных сокращений. В основе данного явления лежит первичная (автономная) и вторичная перистальтика, обусловленная глотательными движениями. Немаловажное значение среди антирефлюксных механизмов занимает так называемая «тканевая резистентность» слизистой оболочки: предэпителиальная (слой слизи, неперемешиваемый водный слой, слой бикарбонатных ионов); эпителиальная структурная (клеточные мембраны, межклеточные соединительные комплексы); эпителиальная функциональная (внутриклеточные и внеклеточные буферные системы; клеточная пролиферация и дифференцировка); постэпителиальная (кровеносная, кислотно-щелочное равновесие ткани) [2].

Несостоятельность антирефлюксного механизма бывает первичной и вторичной. Вторичная несостоятельность может быть обусловлена грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, пилороспазмом и (или) пилоростенозом, стимуляторами желудочной секреции и т. д. Давление нижнего пищеводного сфинктера также снижается под влиянием гастроинтестинальных гормонов (глюкагона, соматостатина, холецистокинина, секретина, вазоактивного интестинального пептида, энкефалинов), ряда медикаментозных препаратов (антихолинергических средств, кофеина, адrenoблокаторов, теофиллина, блокаторов кальциевых каналов), пищевых продуктов, алкоголя, шоколада, жиров, пряностей, никотина.

В основе первичной несостоятельности антирефлюксных механизмов детей раннего возраста, как правило, лежат нарушения регуляции деятельности пищевода со стороны вегетативной нервной системы. В последнее время у детей отмечается значительная психоземotionalная загруженность, что способствует более раннему развитию синдрома вегетативной дисфункции. Дети, имеющие интенсивные психические перегрузки, чаще жалуются на возникновение отрыжки и изжоги, при специальном обследовании у них достоверно чаще определяется гастроэзофагеальный пролапс [3].

Классификация

В зависимости от степени выраженности воспалительного процесса различают несколько степеней эзофагита. В настоящее время существуют различные классификации эзофагита. Однако существующие классификации не всегда точно могут отразить состояние слизистой оболочки пищевода у детей. Поэтому для оценки у них состояния пищевода в 1999 г. была предложена классификация G. Tytgat в модификации В. Ф. Приворотского с соавт., согласно которой различают 4 степени эзофагита:

1 степень. Умеренно выраженная очаговая эритема и (или) рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода; умеренно выраженные моторные нарушения в области нижнего пищеводного сфинктера (подъем Z-линии до 1 см), кратковременное спровоцированное субтотальное (по одной из стенок) пролабирование на высоту 1–2 см, снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера.

2 степень. В дополнение к 1 степени отмечается тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с очаговым фибринозным налетом и возможным появлением одиночных поверхностных эрозий, чаще линейной формы, располагающихся на верхушках складок слизистой оболочки пищевода; моторные нарушения: тотальное или субтотальное спровоцированное пролабирование на высоту 3 см с возможной частичной фиксацией в пищеводе.

3 степень. В дополнение к 1–2 степеням характерно распространение воспаления на грудной отдел

пищевода; множественные (иногда сливающиеся) эрозии, расположенные не циркулярно; возможна повышенная контактная ранимость слизистой оболочки; моторные нарушения: выраженное спонтанное или спровоцированное пролабирование выше ножек диафрагмы с возможной частичной фиксацией.

4 степень. Могут выявляться язва пищевода, синдром Баретта, стеноз пищевода.

В настоящее время общепринятой классификации гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не существует. В 2006 г. В. Ф. Приворотским и Н. Е. Лупповой предложены следующие критерии ГРБ:

I. Степень выраженности гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) (по результатам ФГДС):

1. ГЭР без эзофагита.
2. ГЭР с эзофагитом (I–IV степени).
3. Степень моторных нарушений в зоне пищеводно-желудочного перехода (А, В, С).

II. Степень выраженности ГЭР (по результатам рентгенологического исследования):

1. ГЭР (I–IV степени).
2. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

III. Степень выраженности клинических проявлений:

1. Легкая.
2. Средней тяжести.
3. Тяжелая.

IV. Инфицирование *Helicobacter pylori* (НР):

1. НР (+).
2. НР (-).

V. Внепищеводные проявления:

1. Бронхо-легочные.
2. Оториноларингологические.
3. Кардиологические.
4. Стоматологические.

VI. Осложнения ГРБ:

1. Пищевод Баретта.
2. Стриктура пищевода.
3. Постгеморрагическая анемия.

Клиника

ГРБ может встречаться у детей любого возраста. Клинические проявления заболевания во многом зависят от возраста ребенка. Так, у детей первого года жизни преобладают «внепищеводные» проявления в виде респираторных расстройств (кашель, дисфония, приступы удушья), а также синдром рвоты и срыгивания. По мере роста ребенка на передний план выходят «пищеводные» проявления рефлюкса. Более чем у 60 % детей при поражении пищевода отмечаются характерные клинические признаки, к которым относятся тупые, ноющие боли в подложечной области и за грудиной, усиливающиеся сразу после приема пищи и несколько ослабевающие в течение последующих 1,5–2 часов, а также различные диспепсические проявления, так называемая «верхняя диспепсия»: нарушение глотания (дисфагия), отрыжка (нередко кислым воздухом или съеденной пищей), периодически возникающая икота, тошнота, рвота [4].

У детей младшего возраста выявляется симптом «мокрой подушки» как проявление пассивной регургитации. Наиболее частой жалобой, которую предъявляют дети с заболеваниями пищевода, является изжога, клиническую картину которой четко описывают дети старшего возраста. Однако дети младшего возраста не всегда могут охарактеризовать свои ощущения конкретным термином «изжога». Только правильно собранный анамнез позволяет конкретизировать неприятные ощущения ребенка в виде «жжения» в груди.

Клинические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в зависимости от возраста представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Клинические проявления ГРБ в зависимости от возраста

Симптомы	Дети грудного возраста	Дети старше года	Взрослые
Рвота	++	++	+
Срыгивание	+++	+	+
Изжога	?	++	+++
Боль в эпигастрии	?	+	++
Боль за грудиной	?	+	++
Дисфагия	?	+	++
Раздражительность	+++	+	-
Анемия (рвота с кровью)	+	+	+
Отказ от еды (анорексия)	++	+	+
Задержка физического развития	++	+	-
Рецидивирующая пневмония	+	++	+
Стридор (ларингит)	+	++	-
Отит (синусит)	+	++	+
Бронхиальная астма	-	++	+
Синдром внезапной смерти	+	-	-
Нарушение сна	+	+	+
Эзофагит	+	+	++
Стеноз пищевода	-	+	+
Пищевод Баретта	-	+	+

Примечание: «+++» — очень часто, «++» — часто, «+» — встречается редко, «-» — отсутствует, «?» — нельзя определить

Диагностика

Диагностика ГРБ включает не только анамнестические и клинические данные, но и основные и дополнительные методы. К основным методам относятся: эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой оболочки пищевода, внутриводное суточное рН-мониторирование, рентгеноскопия пищевода и желудка с контрастированием, радиоизотопное исследование с ^{99}Tc (пищеводно-желудочная скintiграфия). Дополнительные методы диагностики включают интраэзофагеальную импедансометрию, манометрию и ультразвуковое исследование пищевода.

Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой оболочки пищевода является основным методом диагностики ГРБ на современном этапе. Эндоскопия позволяет оценить характер слизистой оболочки, ее цвет, степень выраженности и распространенности гиперемии, наличие на поверхности эрозий, язв, наложений фибрина, состоятельность кар-

диального сфинктера, отек складок пищевода и кардиального сфинктера, сосудистый рисунок. Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки пищевода позволяет точно определить степень выраженности воспалительного процесса, наличие очагов желудочной метаплазии. Гистологическими признаками эзофагита являются: гиперплазия базальной мембраны, удлинение сосочков, расширение венул, лейкоцитарная инфильтрация эпителия, эрозии и язвы [5].

Внутриводное суточное рН-мониторирование является «золотым стандартом» в диагностике ГРБ. Этот метод позволяет не только диагностировать рефлюкс, но и определить степень его выраженности, выявить влияние различных провоцирующих моментов на его возникновение и подобрать адекватную медикаментозную терапию. При оценке полученных результатов используются принятые во всем мире нормативные показатели, предложенные в 1993 году Т. R. DeMeester (таблица 2).

Таблица 2 — Показатели внутриводного суточного рН-мониторирования

	рН < 4 (общее, %)	рН < 4 (стоя, %)	рН < 4 (лежа, %)	Число ГЭР с рН < 4	Число ГЭР > 5 мин	Макс. ГЭР (длительность)
Норма	4,5	8,4	3,5	46,9	3,5	19 мин 48 с

Рентгенологическое исследование пищевода и желудка с сульфатом бария в прямой и боковой проекциях для диагностики ГРБ в настоящее время из-за низкой чувствительности и специфичности практически не используется.

Пищеводно-желудочная скintiграфия в педиатрической практике используется крайне редко. Задержка изотопа ^{99}Tc в пищеводе более чем на 10 минут свидетельствует о замедлении эзофагеального клиренса. Выявление нарушения эвакуации желудочного содержимого указывает на одну из возможных причин ГРБ (вследствие повышения интрагастрального давления).

Интраэзофагеальная импедансометрия основана на изменении интраэзофагеального сопротивления в результате ГРБ и восстановлении его исходного уровня по мере очищения пищевода. Данная методика позволяет определить высоту и продолжительность гастроэзофагеального рефлюкса, относительный объем рефлюктата, установить наличие щелочного рефлюкса.

Ультразвуковое исследование пищевода. Определение диаметра нижней трети пищевода более 11 мм может указывать на выраженную недостаточность кардии и возможное формирование скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Лечение

Лечение эзофагитов и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей комплексное и строится на трех основных принципах:

- диетотерапия;
- постуральная терапия;
- медикаментозная терапия, направленная на нормализацию перистальтической деятельности пищевода и желудка; на восстановление и нормализацию кислотообразующей функции желудка; на восстановление структуры слизистой оболочки пищевода, борьбу с воспалительными изменениями, возникающими в слизистой оболочке;
- хирургическое лечение.

Лечение любого заболевания органов пищеварения, в число которых входит и ГРБ, начинается с коррекции питания. Основным принципом рациональной диеты является частое, дробное питание с использованием химического и механического способа приготовления щадящей пищи. Последний прием пищи рекомендуется не позднее, чем за 3–4 часа до сна. У детей грудного возраста кормление проводится небольшими порциями с применением специальных добавок к молочным смесям. В настоящее время разработаны специальные детские смеси, которые могут быть использованы при ГРБ («Фрисовом», «Нутрилон АР», «Сэмпер Лемолак», «Нутрилак АР», «Беллакт АР+» и др.). У детей старшего возраста из меню исключаются продукты, усиливающие перистальтику и гастроэзофагеальный рефлюкс (кофе, шоколад, жирная и острая пища и т. д.).

Основу лечебных мероприятий при ГРБ составляет *постуральная терапия* (терапия положением), направленная на уменьшение степени рефлюкса, скорейшее опорожнение пищевода от желудочного содержимого, что уменьшает риск развития воспаления и респираторных осложнений. Постуральная терапия должна продолжаться не только во время приема пищи и короткого промежутка времени после него, но и в течение суток как днем, так и ночью. Кормление грудных детей целесообразно проводить в положении сидя под углом 45–60°. Для профилактики затекания желудочного содержимого в пищевод детям старшего возраста с недостаточностью нижнего пищеводного сфинктера рекомендуется спать на кровати с приподнятым на 20 см изголовьем.

Лекарственные препараты назначаются детям с ГРБ в зависимости от степени выраженности клинической симптоматики и воспалительных изменений пищевода. При отсутствии ярко выраженной клиники возможно использование только препаратов, нормализующих моторику желудочно-кишечного тракта. Наиболее эффективными лекарственными препаратами с антирефлюксным действием являются *прокинетики*: метоклопрамид и домперидон. Эти препараты повышают тонус пищеводного сфинктера, усиливают перистальтику антрального отдела желудка, улучшают антродуоденальную координацию, то есть устраняют дуоденогастральный рефлюкс. Однако при приеме метоклопрамида у детей раннего возраста могут наблюдаться экстрапирамидные расстройства, поэтому их следует назначать с осторожностью. Подобных эффектов практически не наблюдается при использовании домперидона. Он назначается по 0,25 мг/кг массы тела 3–4 раза в день за 15–20 минут до еды (но не более 30 мг в сутки). Курс антирефлюксной терапии обычно составляет 10–14 дней.

При наличии клинической симптоматики ГРБ показано применение совместно с препаратами, нормализующими перистальтику желудочно-кишечного тракта, лекарственных веществ, регулирующих процессы кислотообразования. Средствами первого ряда являются *антациды*, нейтрализующие кислоту, находящуюся в просвете желудка, и обладающие цитопротективным и репаративным действиями. Эти лекарственные препараты могут назначаться детям любого возраста, так как у них практически полностью отсутствуют побочные эффекты. Различный состав антацидных препаратов обуславливает и особенности их назначения. Так, маалокс, содержащий сбалансированные между собой гидроксид магния и алюминия, нормализует моторику не только верхних, но и нижних отделов пищеваритель-

ного тракта, что обосновывает его преимущественное назначение детям с запорами. Наличие в составе фосфалюгеля, агар-агара и пектина обуславливает его защитное и репаративное действие на слизистую оболочку, поэтому использование этого препарата показано при выраженных признаках воспаления пищевода. Курс лечения антацидами зависит от степени выраженности гастроэзофагеального рефлюкса, воспалительных изменений пищевода и составляет в среднем от 10 до 14 дней. Препараты назначаются детям до 6 месяцев — по 5 мл после каждого кормления, старше 6 месяцев — по 10 мл после каждого кормления, детям старшего возраста — по 20 мл через 1–1,5 часа после еды.

При выраженных клинических проявлениях ГРБ немаловажная роль принадлежит назначению *антисекреторных препаратов*. По механизму воздействия на париетальную клетку слизистой оболочки желудка существующие антисекреторные препараты можно разделить на две группы — *блокаторы H₂-гистаминорецепторов* и *ингибиторы протонной помпы*.

H₂-гистаминоблокаторы снижают активность пепсина и в целом уменьшают значение пептического фактора в образовании язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки, способствуя их заживлению. Применение с этой целью H₂-гистаминоблокаторов I–II поколения (циметидин, ранитидин) должно ограничиваться в педиатрической практике, учитывая побочное влияние данных препаратов на растущий организм. Препаратами выбора являются H₂-гистаминоблокаторы III поколения (фамотидин), не обладающие антиандрогенной активностью и не оказывающие влияния на синтез пролактина. При назначении фамотидина используется меньшая средняя эффективная терапевтическая доза, для него характерна большая продолжительность действия. Фамотидин в педиатрической практике назначается из расчета 0,5–1,5 мг/кг/сут в течение 2–4 недель. В последующем рекомендуется переход на поддерживающую дозу (половинную) в течение 2–4 недель. При назначении H₂-гистаминоблокаторов не следует забывать и о «синдроме рикошета»: при резкой отмене препарата возможно быстрое развитие рецидива заболевания.

Высокой эффективностью и избирательностью действия на кислую желудочную секрецию обладает группа антисекреторных средств — ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол). Их действие направлено на изменение pH желудка. Препараты снижают продукцию соляной кислоты, тем самым способствуя защелачиванию антрального отдела желудка. Следует отметить, что в Беларуси не зарегистрирован ни один из пре-

паратов данной группы, разрешенных к применению у детей в возрасте до 12 лет. В связи с наличием побочных явлений: тошнота, метеоризм, чередование запоров и поносов, головная боль, кожная сыпь — препараты применяются не более 2 недель однократно утром. Суточная дозировка ингибиторов протонной помпы составляет 0,5–2,0 мг/кг/сут.

Учитывая роль вегетативной нервной системы в формировании ГРБ, в отдельных случаях показано назначение *седативных* (экстракт валерианы, настойка пустырника и валерианы, ново-пассит и др.) и *ноотропных препаратов*

(пантогам, ноотропил, фенотропил) продолжительностью до 3–4 недель.

Схемы лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей в зависимости от степени выраженности заболевания представлены в таблице 3.

Физиотерапевтическое лечение направлено на коррекцию моторных нарушений за счет стимуляции гладкой мускулатуры пищевода (СМТ-форез с церукалом на область эпигастрия) и вегетативного дисбаланса за счет улучшения церебральной и спинальной гемодинамики (ДМВ на воротниковую зону, электросон).

Таблица 3 — Схемы лечения ГРБ у детей

ГРБ (ГЭР без эзофагита)	<ul style="list-style-type: none"> • антациды: фосфалюгель, маалокс, альмагель, топалкан и др.; • прокинетики: мотилиум, метоклопрамид и др.
ГРБ (ГЭР с рефлюкс-эзофагитом I степени)	<ul style="list-style-type: none"> • антациды: фосфалюгель, маалокс, альмагель, топалкан и др. • прокинетики: мотилиум, метоклопрамид и др. <p>Целесообразно повторить этот курс лечения через 1 месяц</p>
ГРБ (ГЭР с рефлюкс-эзофагитом II степени)	<ul style="list-style-type: none"> • антисекреторные препараты: H₂-гистаминоблокаторы (фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (омепразол); • прокинетики: мотилиум, метоклопрамид и др.; • антациды: фосфалюгель, маалокс, альмагель, топалкан и др.
ГРБ (ГЭР с рефлюкс-эзофагитом III–IV степени)	<ul style="list-style-type: none"> • антисекреторные препараты: H₂-гистаминоблокаторы (фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (омепразол); • прокинетики: мотилиум, метоклопрамид и др.; • антациды: фосфалюгель, маалокс, альмагель, топалкан и др.

По данным В. В. Трояна, консервативное лечение эффективно у 70 % больных [2]. При отсутствии эффекта от лечения показана хирургическая коррекция. Показаниями к операции при ГРБ являются:

- гастроэзофагеальный рефлюкс при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы;
- резистентные к консервативной терапии эрозивные формы эзофагита;
- осложнения ГРБ (стриктуры, кровотечения, пищевод Барретта);
- выраженная клиническая симптоматика ГРБ, существенно снижающая качество жизни пациента, несмотря на активное медикаментозное лечение;
- тяжелая респираторная патология вследствие аспирации.

Диспансеризация

Длительность наблюдения за детьми при неэрозивных формах ГРБ составляет 3 года, при эрозивных — 5 лет. При развитии осложнений (стриктуры пищевода, пищевод Барретта) дети с диспансерного учета не снимаются. Назначение антацидов, антисекреторных препаратов, прокинетиков в период стойкой клинико-морфологической ремиссии, как правило, не показано.

Противорецидивное лечение включает:

- назначение медикаментозной терапии (антациды, прокинетики) «по требованию»;

- при эзофагите III–IV ст. показано пролонгированное назначение антисекреторной терапии (1–3 мес.) в поддерживающих дозах;

- в осенне-весенний периоды рекомендуются курсы фитотерапии (семена льна, корень алтея, листья мать-и-мачехи, корень солодки; листья мяты перечной, корень валерианы, цветки ромашки; трава чабреца, корень алтея, листья Melissa), витаминотерапии и бальнеолечения.

В период ремиссии детям показано оздоровительное лечение в санаториях желудочно-кишечного профиля.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей и подростков: современные аспекты этиологии, клиники, диагностики и лечения: учеб.-метод. пособие / С. Э. Загорский [и др.]. — Минск: БелМАПО, 2008. — 40 с.
2. Троян, В. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей (клиника, диагностика, лечение): учеб.-метод. пособие / В. В. Троян. — Минск: БелМАПО, 2003. — 23 с.
3. Hassall, E. Decisions in diagnosing and managing chronic gastroesophageal reflux disease in children / E. Hassall // J. Pediatr. — 2004. — Vol. 146, № 1. — P. 3–12.
4. Michail, S. Gastroesophageal reflux / S. Michail // Ped in Rev. — 2007. — Vol. 28 (3). — P. 101–109.
5. Suvandhi, E. Gastroesophageal reflux in infancy and childhood / E. Suvandhi, M. Ton, S. Schwarz // Pediatr Annals. — 2006. — Vol. 35(4). — P. 259–266.