

Received: 12 September 2024 / Accepted: 30 January 2025 / Published online: 28 February 2025

DOI 10.34689/SH.2024.27.1.009

УДК 61.616.-616.3-616.32-616.329-002.-616.329-072.1



This work is licensed under a
Creative Commons Attribution 4.0
International License

ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Алия Р. Алимбаева¹, <https://orcid.org/0000-0002-5082-4636>

Гульжазира К. Дюсекенова³, <https://orcid.org/0009-0009-2362-4872>

Гульнара Б. Тайоразова³, <https://orcid.org/0000-0002-8450-9204>

Дмитрий Ю. Латышев², <https://orcid.org/0000-0002-0014-2581>

Юрий Ф. Лобанов², <https://orcid.org/0000-0001-6284-1604>

Николай А. Дорохов², <https://orcid.org/0000-0002-3823-6276>

Евгений В. Скударнов², <https://orcid.org/0000-0003-3727-5481>

Ирина Ю. Болденкова², <https://orcid.org/0000-0001-9775-2636>

Назым М. Аильбаева^{1*}, <https://orcid.org/0000-0003-1700-9696>

Даниал Р. Токтамыс⁴, <https://orcid.org/0009-0004-5458-0693>

¹ НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан;

² Алтайский Государственный Медицинский Университет, г. Барнаул, Российская Федерация.

³ КГП на ПХВ «Областной перинатальный центр» Управления здравоохранения области Абай, г. Семей, Республика Казахстан;

⁴ НАО «Медицинский университет Семей», Студент 2 курса педиатрического факультета, г. Семей, Республика Казахстан.

Резюме

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — одно из наиболее распространенных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Распространенность заболевания варьируется и, в зависимости от региона мира, а у детей и подростков может составлять от 11,6% до 32,9%. На сегодня, данных о частоте и характере рецидивов у детей школьного возраста с эндоскопической позитивной формой ГЭРБ недостаточно.

Цель. Определить частоту и характер рецидивов эндоскопически позитивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста.

Материалы и методы. В исследование включено 52 детей школьного возраста, средний возраст — $11,7 \pm 2,3$, из них мальчиков — 45, девочек — 7, всем пациентам на начальном этапе установлен диагноз эндоскопически позитивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и проведен курс терапии ингибиторами протонной помпы в дозе 1 мг/кг массы продолжительностью от 4 до 8 недель. У всех пациентов на момент завершения терапии отмечалось купирование клинических симптомов заболевания. Контрольное обследование проводилось при возникновении клинических признаков обострения. Оценивалась динамика клинических симптомов и состояние пищевода по данным эндоскопического исследования. Анализ значимости различий качественных признаков проведен с помощью критерия χ^2 . Различия при $p < 0,05$ расценивали как значимые.

Результаты. Эндоскопически позитивная (эрозивная) форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста имеет хроническое рецидивирующее течение. Ежегодно, клинические признаки обострения возникают примерно у половины детей (от 44,2% до 59,6%). Основными клиническими симптомами обострения являются изжога и абдоминальная боль.

Выводы: Эндоскопические признаки обострения эрозивного эзофagита у пациентов с клиническими симптомами обострения через 6 -12 месяцев выявляются в 35,4% случаев, через 12-24 месяца в 36,0% случаев и при наблюдении более 24 месяцев в 52, 1% случаев. Значимой динамики степени эрозивных изменений при оценке по Лос-Анджелесской классификации за период наблюдения не выявлено.

Ключевые слова. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дети.

Для цитирования:

Алимбаева А.Р., Дюсекенова Г.К., Тайоразова Г.Б., Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Дорохов Н.А., Скударнов Е.В., Болденкова И.Ю., Аильбаева Н.М., Токтамыс Д.Р. Частота рецидивов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста // Наука и Здравоохранение. 2025. Vol.27 (1), С.75-81. doi 10.34689/SH.2024.27.1.009

Abstract

FREQUENCY OF RELAPSES OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN SCHOOL-AGE CHILDREN**Aliya R. Alimbaeva**¹, <https://orcid.org/0000-0002-5082-4636>**Gulzhazira K. Dyussekenova**³, <https://orcid.org/0009-0009-2362-4872>**Gulnara B. Taiorazova**³, <https://orcid.org/0000-0002-8450-9204>**Dmitrii Yu. Latyshev**², <https://orcid.org/0000-0002-0014-2581>**Yurii F. Lobanov**², <https://orcid.org/0000-0001-6284-1604>**Nikolai A. Dorokhov**², <https://orcid.org/0000-0002-3823-6276>**Evgenii V. Skudarnov**², <https://orcid.org/0000-0003-3727-5481>**Irina Yu. Boldenkova**², <https://orcid.org/0000-0001-9775-2636>**Nazym M. Ailbayeva**^{1*}, <https://orcid.org/0000-0003-1700-9696>**Danial R. Toktamys**⁴, <https://orcid.org/0009-0004-5458-0693>¹ NJSC «Semey Medical University», Semey, Republic of Kazakhstan;² Altai State Medical University, Barnaul, Russian Federation;³ MSE on PVC "Regional perinatal center" Health Department of the Abay Region, Semey, Republic of Kazakhstan;⁴ NJSC "Semey Medical University", Student of the 2nd year of the Pediatric Faculty, Semey, Republic of Kazakhstan.

Introduction Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most common diseases of the upper gastrointestinal tract. The prevalence of the disease varies and, depending on the region of the world, and in children and adolescents can be from 11.6% to 32.9%. Currently, there is insufficient data on the frequency and nature of relapses in school-age children with endoscopically positive GERD.

Aim. To determine the frequency and nature of relapses of endoscopically positive gastroesophageal reflux disease in school-age children.

Materials and methods. The study included 52 school-age children, average age - 11.7 ± 2.3 , including 45 boys, 7 girls, all patients were initially diagnosed with endoscopically positive gastroesophageal reflux disease and received a course of therapy with proton pump inhibitors at a dose of 1 mg / kg of weight for a duration of 4 to 8 weeks. All patients had relief of clinical symptoms of the disease at the end of therapy. A follow-up examination was carried out when clinical signs of exacerbation occurred. The dynamics of clinical symptoms and the state of the esophagus were assessed according to endoscopic examination data. The analysis of the significance of differences in qualitative features was carried out using the χ^2 criterion. Differences at $p < 0.05$ were considered significant.

Results. Endoscopically positive (erosive) form of gastroesophageal reflux disease in school-age children has a chronic relapsing course. Annually, clinical signs of exacerbation occur in about half of the children (from 44.2% to 59.6%). The main clinical symptoms of exacerbation are abdominal pain and heartburn.

Conclusion. Endoscopic signs of exacerbation of erosive esophagitis in patients with clinical signs of exacerbation are detected after 6-12 months in 35.4% of cases, after 12-24 months in 36.0% of cases and with observation for more than 24 months in 52.1% of cases. No significant dynamics of the degree of erosive changes when assessed according to the Los-Angeles classification were revealed during the observation period.

Keywords: erosive esophagitis, children.

For citation: Alimbaeva A.R., Dyussekenova G.K., Taiorazova G.B., Latyshev D.Yu., Lobanov Yu.F., Dorokhov N.A., Skudarnov E.V., Boldenkova I.Yu., Ailbayeva N.M., Toktamys D.R. Frequency of relapses of gastroesophageal reflux disease in school-age children // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2025. Vol.27 (1), pp. 75-81. doi 10.34689/SH.2024.27.1.009

Түйіндеме

МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДІ РЕФЛЮКС АУРУЫНЫҢ ҚАЙТАЛАНУ ЖИІЛІГІ**Алия Р. Алимбаева**¹, <https://orcid.org/0000-0002-5082-4636>**Гульжазира К. Дюсекенова**³, <https://orcid.org/0009-0009-2362-4872>**Гульнара Б. Тайоразова**³, <https://orcid.org/0000-0002-8450-9204>**Дмитрий Ю. Латышев**², <https://orcid.org/0000-0002-0014-2581>**Юрий Ф. Лобанов**², <https://orcid.org/0000-0001-6284-1604>

Николай А. Дорохов², <https://orcid.org/0000-0002-3823-6276>

Евгений В. Скударнов², <https://orcid.org/0000-0003-3727-5481>

Ирина Ю. Болденкова², <https://orcid.org/0000-0001-9775-2636>

Назым М. Аильбаева^{1*}, <https://orcid.org/0000-0003-1700-9696>

Даниал Р. Токтамыс⁴, <https://orcid.org/0009-0004-5458-0693>

¹ «Семей медицина университеті» КеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы;

² Алтай мемлекеттік медицина университеті, Барнаул қ., Ресей Федерациясы;

³ Абай ауданының денсаулық сақтау басқармасы "Облыстық перинаталдық орталық" ШЖҚ КМК, Семей қ., Қазақстан Республикасы;

⁴ "Семей медицина университеті" КЕАҚ, Педиатрия факультетінің 2 курс студенті, Семей қ., Қазақстан Республикасы.

Кіріспе. Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы (Gerd) - жоғарғы асқазан-ішек жолдарының ең көп таралған ауруларының бірі. Аурудың таралуы әлемнің әр аймағына байланысты өзгереді, ал балалар мен жасөспірімдерде 11,6% - дан 32,9% - ға дейін болуы мүмкін. Бүгінгі таңда эндоскопиялық оң Gerd формасы бар мектеп жасындағы балаларда қайталану жиілігі мен сипаты туралы мәліметтер жеткіліксіз.

Мақсат. Мектеп жасындағы балалардағы гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының эндоскопиялық оң түрімен қайталану жиілігі мен сипатын анықтаңыз.

Материалдар мен әдістер. Зерттеуге мектеп жасындағы 52 бала, орташа жасы - 11,7±2,3, оның ішінде ұлдар - 45, қыздар - 7. барлық пациенттерге бастапқы кезеңде эндоскопиялық оң гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы диагнозы қойылды және ұзақтығы 4-тен 8 аптаға дейінгі массасы 1 мг/кг дозада Протонды сорғы ингибиторларымен терапия курсы жүргізілді. Барлық пациенттерде терапия аяқталған кезде аурудың клиникалық белгілері тоқтатылды. Бақылау тексерісі өршудің клиникалық белгілері пайда болған кезде жүргізілді. Эндоскопиялық зерттеуге сәйкес клиникалық симптомдардың динамикасы және өңештің жағдайы бағаланды. Сапалық белгілердің айырмашылықтарының маңыздылығын талдау σ^2 критерийі арқылы жүзеге асырылады. $P < 0,05$ -тегі айырмашылықтар маңызды деп саналды.

Нәтижелер. Мектеп жасындағы балалардағы гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының эндоскопиялық оң (эрозиялық) түрі созылмалы қайталанатын курсқа ие. Жыл сайын алаудың клиникалық белгілері балалардың жартысына жуығында пайда болады (44,2% - дан 59, 6% - ға дейін). Өрттің негізгі клиникалық белгілері-күйдіргі және іштің ауыруы.

Қорытынды: 6-12 айдан кейін өршудің клиникалық белгілері бар пациенттерде эрозиялық эзофагиттің өршуінің эндоскопиялық белгілері 35,4% жағдайда, 12-24 айдан кейін 36,0% жағдайда және 24 айдан астам бақылау кезінде 52, 1% жағдайда анықталады. Бақылау кезеңінде Лос-Анджелес классификациясы бойынша бағалау кезінде эрозиялық өзгерістер дәрежесінің маңызды динамикасы анықталған жоқ.

Түйінді сөздер: гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы, балалар.

Дәйексөз үшін:

Алимбаева А.Р., Дюсекенова Г.К., Тайоразова Г.Б., Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Дорохов Н.А., Скударнов Е.В., Болденкова И.Ю., Аильбаева Н.М., Токтамыс Д.Р. Мектеп жасындағы балаларда гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының қайталану жиілігі // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2025. Vol.27 (1), Б. 75-81. doi 10.34689/SH.2024.27.1.009

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - одно из наиболее распространенных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта [4,1,9] Распространенность заболевания варьируется и, в зависимости от региона мира, а у детей и подростков может составлять от 11,6% до 32,9% [8,3,2]. Частота обострений и факторы риска рецидивирующего течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни до конца не изучены. На сегодня больше известны факторы развития, чем рецидива ГЭРБ [7]. Во взрослой популяции к факторам риска развития ГЭРБ относят возраст, пол, ожирения, генетические факторы, образ жизни, особенности диеты, употребление алкоголя, курение [11,13,10]. Что касается педиатрической популяции риск развития ГЭРБ выше у пациентов с врожденными аномалиями пищевода, неврологическими заболеваниями (ДЦП и др.), хроническими обструктивными заболеваниями верхних

дыхательных путей. Другие факторы менее изучены. Частота рецидивов и причины рецидивирующего течения ГЭРБ до настоящего времени изучены недостаточно. По данным Wei-Yi Lei в течение первого года наблюдения рецидив наблюдается у 30,4% взрослых пациентов с ГЭРБ. В этом исследовании многофакторный анализ показал, что более высокий показатель по шкале GERDQ был единственным независимым фактором риска рецидива ГЭРБ [6]. Одно из исследований показало, что взрослые пациенты с ГЭРБ с более коротким интервалом между ужином и сном (поздний ужин) имели более высокую частоту рецидивов симптомов [12]. Еще одно исследование показало, что наличие регургитации является независимым прогностическим фактором рецидива [7]. Одно из немногих исследований, проведенных на педиатрическом контингенте больных показало, что у детей с излеченным эрозивным эзофагитом в 83% случаев наблюдаются клинические рецидивы, а из 83%

у 45% наблюдаются эндоскопические рецидивы. Корреляция эндоскопического рецидива с клиническими симптомами низкая. В этом исследовании более высокие степени эзофагита и более высокий ИМТ явились факторами риска эндоскопического рецидива [5]. Таким образом, изучение частоты и факторов риска рецидивов эрозивного эзофагита у детей является актуальной задачей.

Цель исследования. Определить частоту и характер рецидивов эндоскопически позитивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста

Материалы и методы.

Дизайн исследования: проспективное когортное исследование. Работа выполнена в соответствии с нормативными актами этического комитета ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, разработанными согласно с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» (2000г.) и «Правилами клинической практики в РФ» (Приказ Минздрава РФ №266 от 19.06.2003г.).

Проект научной работы рассмотрен и одобрен на заседании комитета по этике 28.06.2023 г. (протокол №6 ПК) «Течение и исходы ГЭРБ у детей школьного возраста».

В исследование включено 52 детей школьного возраста, средний возраст – $11,7 \pm 2,3$, из них мальчиков - 45, девочек - 7.

Основные критерии включения:

- 1 Наличие эрозивных изменений в пищеводе по данным эндоскопии на момент включения в исследование;
2. Отсутствие факторов и заболеваний, потенциально влияющих на течение ГЭРБ (заболевания нервной системы, склеродермия, оперативные

вмешательства на пищеводе, муковисцидоз и заболевания с хроническим кашлем и др.)

3. Наличие клинических признаков обострения на момент контрольного обследования.

4. Добровольное согласие.

На момент включения в исследование, после проведенного комплексного исследования, всем пациентам был выставлен диагноз эндоскопически позитивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и проведен курс терапии ингибиторами протонной помпы в дозе 1 мг/кг веса продолжительностью от 4 до 8 недель. У всех пациентов на момент завершения терапии отмечалось купирование клинических симптомов заболевания.

Контрольное обследование проводилось при наличии клинических признаков обострения. В интервале от 6 до 12 месяцев контроль произведен у 31 пациента. В интервале от 12 до 24 обследовано 25 детей, и в срок более чем через 24 месяца контроль произведен у 23 пациентов.

Оценивалась динамика клинических симптомов и состояние пищевода по данным эндоскопического исследования.

Статистический анализ. Анализ значимости различий качественных признаков проведен с помощью критерия χ^2 . Различия при $p < 0,05$ расценивали как значимые.

Результаты

В интервале 6-12 месяцев клинические признаки обострения заболевания выявлены у 31 (59, 6%) ребенка. Они заключались в возобновлении абдоминальных болей у 29/31 (93,5%) детей, изжога возобновилась/впервые возникла у 8/31 (25,8%), 8/31 (25,8 %) детей предъявляли жалобы на отрыжку и 10/31 (32,3%) детей на тошноту. Данные о соотношении симптомов вначале заболевания и на момент обострения представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Клинические симптомы обострения ГЭРБ через 6-12 месяцев наблюдения / Table 1. Clinical symptoms of GERD exacerbation after 6-12 months of follow-up

Симптом	Изжога	Боли в животе	Отрыжка	Рвота	Халитоз	Тошнота
Первичное обследование (n=31)	12 (38,7%)	29 (93,5%)	13 (41,9%)	2 (6,5%)	1 (3,2%)	10 (32,3%)
Через 6-12 месяцев (n=31)	8 (25,8%)	26 (83,4%)	8 (25,8%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)	5 (16,1%)
p	0,278	0,229	0,180	0,151	1,000	0,139

При проведении фиброгастродуоденоскопии, эндоскопическое обострение эрозивного эзофагита на момент контроля выявлено у 11/31 (35,4%) детей (Рис.1).

Динамика выраженности эрозивных изменений оценена у 8 из 11 пациентов с признаками эндоскопического обострения. У всех 8 детей стадия эндоскопических изменений соответствовала стадии установленной в начале наблюдения. Так, у трех пациентов в начале наблюдения и на момент контрольного обследования выявлен эзофагит стадии А, у одного пациента стадии С и у четырех - стадии В по Лос-Анджелесской классификации.

В интервале от 12 до 24 месяцев повторному обследованию подверглись 25 (48, 1%) детей с клиническими признаками обострения. Наиболее частыми признаками обострения также были абдоминальные боли, отмеченные у 24/25 (96,0%) детей, изжога у 9/25 (36,0%), тошнота у 7/25 (28,0%) и отрыжка у 6/25 (24,0%) от числа обследованных. Данные о соотношении симптомов вначале и на момент обострения заболевания представлены в таблице 2.

Эндоскопические признаки обострения эрозивного эзофагита на данном этапе выявлены у 9/25 (36,0%) от числа обследованных (Рис.1).

Таблица 2.

Клинические симптомы обострения ГЭРБ через 12-24 месяцев наблюдения / Table 2. Clinical symptoms of GERD exacerbation after 12-24 months of follow-up

Симптом	Изжога	Боли в животе	Отрыжка	Рвота	Халитоз	Тошнота
Первичное обследование (n=25)	8/25 (32, 0%)	23/25 (92, 0%)	7/25 (28,0%)	2/25 (8,0%)	2/25 (8,0%)	9/25 (36,0%)
Через 12 -24 месяцев (n=25)	9/25 (36,0%)	24/25 (96, 0%)	6/25 (24,0%)	0/25 (0,0%)	2/25 (8,0%)	7/25 (28,0%)
p	0.766	0.552	0.748	0.149	1.000	0.545

Динамика эрозивных изменений оценена у пяти из девяти пациентов. В четырех случаях на момент начала наблюдения и контроля сохранялась стадия В и в одном случае произошла трансформация стадии А в стадию В по Лос-Анджелесской классификации.

При наблюдении более 24 месяцев признаки обострения заболевания отмечены у 23(44, 2%) детей. Ведущим признаком обострения были также абдоминальные боли, отмеченные у 20/23 (86,9%), изжога у 47,8% (доля больных с изжогой выросла по

сравнению с началом наблюдения), тошнота у 6/23 (26,0%), отрыжка у 8/23 (15,1%) от числа обследованных. Данных о соотношении симптомов в начале наблюдения и на момент обострения заболевания представлены в таблице 3.

Эндоскопические признаки обострения эрозивного эзофагита выявлены у 12/23 (52,1%) пациентов, таким образом, доля больных с эндоскопическими признаками рецидива возрастает по мере увеличения длительности течения заболевания (Рис. 1).

Таблица 3.

Клинические симптомы обострения ГЭРБ через 24 и более месяцев наблюдения / Table 3. Clinical symptoms of GERD exacerbation after 24 months or more of follow-up.

Симптом	Изжога	Боли в животе	Отрыжка	Рвота	Халитоз	Тошнота
Первичное Обследование (n=23)	7/23 (30,4%)	20/23 (86,9%)	8/23 (15,1%)	2/23 (8,7%)	1/23 (4,3%)	6/23 (26,0%)
Через 24 и более месяцев (n=23)	11/23 (47,8%)	20/23 (86,9%)	5/23 (21,7%)	0/23 (0,0%)	2/23 (8,7%)	6/23 (26,0%)
p	0.227	1, 000	0.326	0.312	0.551	1, 000

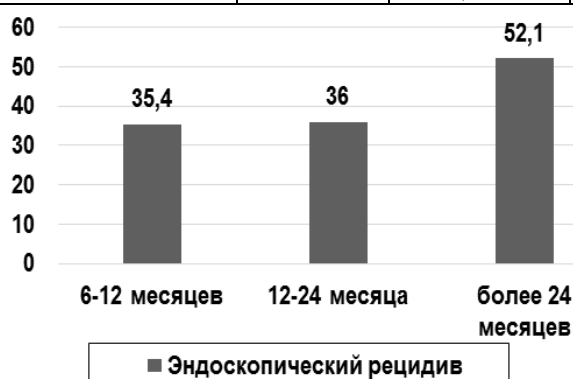


Рисунок 1. Доля больных (%) с эндоскопическими признаками обострения за период наблюдения.

(Figure 1. Proportion of patients (%) with endoscopic signs of exacerbation during the follow-up period).

Оценка динамики выраженности эндоскопических признаков эзофагита проведена у пяти из двенадцати детей, в трех случаях отмечается трансформация эзофагита стадии В в стадию А, в одном случае из стадии А в стадию В, и в одном случае сохраняется стадия В по Лос-Анджелесской классификации. Таким образом, в большинстве наблюдений прогрессирования выраженности эрозивных изменений в пищеводе за период наблюдения не произошло.

Обсуждение результатов

Большинство авторов считают, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), включая её эрозивную форму, у детей, как и у взрослых, характеризуется хроническим, рецидивирующим течением. Несмотря на это, объем систематических

исследований, посвящённых частоте, особенностям клинических и эндоскопических рецидивов у детей, остается ограниченным. Такая ситуация обуславливает актуальность дальнейшего изучения данного вопроса, особенно с учётом увеличения заболеваемости ГЭРБ в детском возрасте.

По результатам нашего исследования, клинические признаки обострения заболевания через 6–12 месяцев наблюдения были зарегистрированы у 59,6% детей. В период от 12 до 24 месяцев рецидивы наблюдались у 48,1% пациентов, а при длительности наблюдения свыше 24 месяцев – у 44,2%. Эти данные свидетельствуют о снижении частоты рецидивов с течением времени, однако остаются высокими даже при длительном мониторинге. Аналогичные результаты приводятся в других исследованиях, например, согласно данным, представленным в работе [5], у 83,3% пациентов (20 из 24) рецидив наступил в среднем через 14,6 месяцев, при этом 95% доверительный интервал составил от 6,7 до 25,7 месяцев. Таким образом, можно сделать вывод, что большинство детей с ГЭРБ подвержены повторным эпизодам обострений, требующим внимания и коррекции терапии.

Клиническими проявлениями рецидива в нашем исследовании наиболее часто выступали абдоминальная боль и изжога. Интересно отметить, что с увеличением длительности наблюдения удельный вес пациентов, жалующихся на изжогу, возрастал. Это может быть связано как с прогрессированием заболевания, так и с возрастными изменениями восприятия и описания симптомов детьми. Помимо изжоги, некоторые пациенты сообщали о срыгиваниях,

нарушении аппетита, раздражительности, что также может служить косвенными признаками рецидива.

Что касается эндоскопических признаков рецидива, они были зафиксированы у 35,4% детей в течение первых 6–12 месяцев наблюдения, у 36,0% – в течение 12–24 месяцев, и у 52,1% – при длительности наблюдения более 24 месяцев. Полученные данные свидетельствуют о том, что несмотря на возможное клиническое улучшение, морфологические признаки воспаления пищевода могут сохраняться или рецидивировать, особенно при длительном течении заболевания. Это подчеркивает необходимость регулярного эндоскопического контроля у детей с выраженной клинической симптоматикой.

Таким образом, можно заключить, что при наличии клинических симптомов обострения у детей с ГЭРБ, в значительном числе случаев (от одной трети до половины) имеются также и эндоскопические признаки рецидива. Кроме того, с увеличением длительности наблюдения, вероятность выявления морфологических изменений возрастает. Это указывает на необходимость длительного динамического наблюдения и комплексного подхода к ведению пациентов с данной патологией, включая не только симптоматическое лечение, но и мероприятия, направленные на профилактику обострений и поддержание ремиссии. Также представляется целесообразным более широкое внедрение персонализированных схем терапии и стратификации пациентов по риску рецидива, что позволит повысить эффективность лечения и улучшить качество жизни больных.

Заключение

Эндоскопически позитивная (эрозивная) форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста имеет хроническое рецидивирующее течение. Ежегодно клинические признаки обострения возникают примерно у половины детей (от 44,2% до 59,6%). Основными клиническими симптомами обострения являются абдоминальная боль и изжога. Эндоскопические признаки обострения эрозивного эзофагита у пациентов с клиническими признаками обострения через 6–12 месяцев выявляются в 35,4% случаев, через 12–24 месяца в 36,0% случаев и при наблюдении более 24 месяцев в 52,1% случаев. Значимой динамики степени эрозивных изменений при оценке по Лос-Анджелесской классификации за период наблюдения не выявлено.

Вклад авторов:

Алимбаева А.Р., Тайоразова Г.Б., Латышев Д.Ю. - поиск литературы, написание драфт версии, описательная часть, набор данных, переписка с редакцией журнала.

Алимбаева А.Р., Лобанов Ю.Ф., Дорохов Н.А., Скударнов Е.В. - научное руководство, внесение замечаний в драфт версию, утверждение итоговой версии.

Аильбаева Н.М., Болденкова И.Ю., Токтамыс Д.Р., Дюсекенова Г.К. - формальный анализ, концепция и концептуализация,

Аильбаева Н.М. - автор корреспонденции.

Финансирование: Сторонними организациями финансирования не осуществлялось.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Сведения о публикации: Данный материал не был опубликован в других изданиях и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Литература:

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Заиратьянц О.В. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020; 30(4): 70–97. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>.
2. Клинические рекомендации «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей». Профессиональная ассоциация «Союз педиатров России», 2016. – 37 с.
3. Artanti D., Hegar B., Kaswandani N., et al. The gastroesophageal reflux disease questionnaire in adolescents: what is the best cutoff score. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2019; 22 (4):341–349 PMID: 31338309 PMCID: PMC6629595 DOI: 10.5223/pghn.2019.22.4.341.
4. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C., Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut.* 2014;63:871–880. PMID: 23853213 PMCID: PMC4046948 DOI: 10.1136/gutjnl-2012-304269.
5. Erica Yamamoto, Helena S., Brito H., Silvio K. Ogata, Rodrigo S. Machado, Elisabete Kawakami. High rate of clinical and endoscopic relapse after healing of erosive peptic esophagitis in children and adolescents *Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014 Nov. 59(5):594–9 PMID: 25023576 DOI: 10.1097/MPG.0000000000000499.
6. Lei W.Y., Chang W.C., Wen S.H. et al. Predicting factors of recurrence in patients with gastroesophageal reflux disease: a prospective follow-up analysis. *Therap Adv Gastroenterol.* 2019 Jul 24;12:1756284819864549. doi: 10.1177/1756284819864549. Collection 2019. PMID: 31391868.
7. Min Y.W., Shin Y.W., Cheon G.J. et al. Recurrence and its impact on the health-related quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease: a prospective follow-up analysis. *J Neurogastroenterol Motil.* 2016. 22: 86–93.
8. Okimoto E., et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in children, adults, and elderly in the same community. *J Gastroenterol Hepatol.* 2015. PMID: 25611309 DOI: 10.1111/jgh.12899.
9. Philip O. Katz, Kerry B. Dunbar, Felice H. Schnoll-Sussman, Katarina B. Greer, Rena Yadlapati, Stuart Jon Spechler, ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease 7 PMID: 34807007 PMCID: PMC8754510 DOI: 10.14309/ajg.0000000000001538.
10. Sadafi S., Azizi A., Pasdar Y., Shakiba E., Darbandi M. Risk factors for gastroesophageal reflux disease: a population-based study. *BMC Gastroenterol.* 2024 Feb 5;24(1):64. doi: 10.1186/s12876-024-03143-9. PMID: 38317085.
11. Taraszewska A. Rocz Panstw Zakl Hig. Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet. 2021. 72(1):21–28. doi: 10.32394/rpzh.2021.0145. PMID: 33882662.

12. Yang J.H., Kang H.S., Lee S.Y., et al. Recurrence of gastroesophageal reflux disease correlated with a short dinner-to-bedtime interval. *J Gastroenterol Hepatol* 2014; 29: 730–735.

13. Yuan S., Larsson S.C. Adiposity, diabetes, lifestyle factors and risk of gastroesophageal reflux disease: a Mendelian randomization study. *Eur J Epidemiol.* 2022 Jul;37(7):747-754. doi: 10.1007/s10654-022-00842-z. Epub 2022 Feb 4. PMID: 35119566.

References: [1,2]

1. Ivashkin V.T., Maev I.V., Truhmanov A.S., Lapina T.L., Storonova O.A., Zajrat'janc O.V. i dr. Rekomendatsii Rossiiskoi gastroenterologicheskoi assotsiatsii po

diagnostike i lecheniyu gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni' [Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Russian Rossiiskii zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology]. 2020; 30(4): pp.70–97. [in Russian]

2. Klinicheskie rekomendatsii «Gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni' u detei» Professional'naya assotsiatsiya «Soyuz pediatrov Rossii» [Clinical recommendations "Gastroesophageal reflux disease in children]. 2016. – pp. 37 [in Russian]

Сведения об авторах:

Алимбаева Алия Рахметуллиновна – ассоциированный профессор и заведующая кафедрой педиатрии педиатрии имени Д.М.Тусуповой, НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан. Почтовый адрес: F18M8P0 (071403). Республика Казахстан, г.Семей, ул.Сеченова, дом 1. E-mail: aliya.alimbayeva@smu.edu.kz; Телефон: 8 7771313331

Дюсекенова Гульжазира Кинайатовна – к.м.н., руководитель неонатально-педиатрической службы КГП на ПХВ «Областной перинатальный центр» Управления здравоохранения области Абай, г. Семей, Республика Казахстан. Почтовый адрес: F19K7D9 (071413). Республика Казахстан, г.Семей, ул.Бекена Жамакаева, дом 100. E-mail: gulzhazira-kz@mail.ru, Телефон: 87053182225

Тайоразова Гульнара Болатовна – PhD, заведующая отделением новорожденных нуждающихся в специализированном уходе (ОННСУ) КГП на ПХВ «Областной перинатальный центр» Управления здравоохранения области Абай, г. Семей, Республика Казахстан. Почтовый адрес: F19K7D9 (071413). Республика Казахстан, г.Семей, ул.Бекена Жамакаева, дом 100. E-mail: gulnar-taiorazov@mail.ru, Телефон: 8 7755512040

Латышев Дмитрий Юрьевич – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней, ФГБОУ ВО Алтайский Государственный Медицинский Университет, МЗ РФ, Алтайский край, г. Барнаул. Почтовый адрес: 656038, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, Деповская,17, кафедра пропедевтики детских болезней, аудитория 5, E-mail: k-propdetbol@asmu.ru, Телефон: +7 (3852) 757-895

Лобанов Юрий Федорович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней, ФГБОУ ВО Алтайский Государственный Медицинский Университет, МЗ РФ, Алтайский край, г. Барнаул. Почтовый адрес: 656038, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, Деповская,17, кафедра пропедевтики детских болезней, аудитория 5, E-mail: ped2@agmu.ru, Телефон: +7 (9836) 040409

Дорохов Николай Алексеевич – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской педиатрии, ФГБОУ ВО Алтайский Государственный Медицинский Университет, МЗ РФ, Алтайский край, г. Барнаул. Почтовый адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 40. Учебный корпус №1, каб. 304. E-mail: nik-dorokhov@mail.ru, Телефон: +79835495887

Скударнов Евгений Васильевич – д.м.н., профессор, кафедры факультетской педиатрии, ФГБОУ ВО Алтайский Государственный Медицинский Университет, МЗ РФ, Алтайский край, г. Барнаул. Почтовый адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 40/Кирова, 60, E-mail: k-fakped@asmu.ru, Телефон: +7 (3852) 757-888

Болденкова Ирина Юрьевна – к.ф.н., доцент кафедры фармации, ФГБОУ ВО Алтайский Государственный Медицинский Университет, МЗ РФ, Алтайский край, г. Барнаул. Почтовый адрес: 656038, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, Деповская,17, кафедра пропедевтики детских болезней, аудитория 5. E-mail: ped2@agmu.ru, Телефон: +7 (9836) 040409

Аильбаева Назым Муратбековна – ассистент кафедры педиатрии педиатрии имени Д.М.Тусуповой, НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан. Почтовый адрес: F18M8P0 (071403). Республика Казахстан, г.Семей, ул.Сеченова, дом 1. E-mail: nazym.aibayeva@smu.edu.kz, Телефон: 8 775 832 70 44

Токтамыс Даниал Русланұлы – НАО «Медицинский университет Семей», Студент 2 курса педиатрического факультета, г. Семей, Республика Казахстан. Почтовый адрес: 071400, Республика Казахстан, Область Абай, г. Семей, ул. Абая Кунанбаева, 103. E-mail: danialtohtamysov@gmail.com, Телефон: 87050804014

Автор-корреспондент:

Аильбаева Назым Муратбековна – ассистент кафедры педиатрии педиатрии имени Д.М.Тусуповой, НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: F18M8P0 (071403). Республика Казахстан, г.Семей, ул.Сеченова, дом 1.

E-mail: nazym.aibayeva@smu.edu.kz

Телефон: 8 775 832 70 44