

На правах рукописи

Абделрахим Саададдин Мухаммед Хабиб

**Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса
у детей, оперированных по поводу атрезии пищевода**

14.01.19 - детская хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Уфа-2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор **Баиров Владимир Гиреевич**

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор **Миронов Петр Иванович**
доктор медицинских наук
Сатаев Валерий Уралович

Ведущее учреждение: Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы».

Защита состоится « » мая 2010 года в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.02 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Автореферат разослан « » 2010 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

С.В. Федоров

Актуальность проблемы.

В последние десятилетия отмечается значительное снижение летальности при лечении детей с атрезией пищевода (АП) – с 50-60% до 5-20,2%, при этом у большинства пациентов (64-90%) формируется прямой анастомоза пищевода [Sparey C., 2000; Deurloo J.A., 2002; Snajdauf J., 2004, Banjar H.H., 2005]. В этой связи, основное внимание детских хирургов сфокусировано на лечении таких осложнений этого заболевания, как несостоятельность анастомоза, рецидив трахеопищеводного свища, стеноз зоны анастомоза [Баиров В.Г., 1998; Nasr A., 2005; Abdel-Rahman U., 2007; Yankovic F., 2009]. Тяжелые респираторные расстройства наблюдаются у 29-80% пациентов, а у некоторых детей они способны привести к летальному исходу даже в отдаленном послеоперационном периоде (до 6,4 - 7% из всех детей с прямым анастомозом пищевода) [Soto M.C., 2000; Schier F., 2001; Little D.C., 2003; Banjar H.H., 2005].

Одной из частых причин стеноза анастомоза пищевода и респираторных расстройств у этих детей является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) [Michaud L., 2001; Said M., 2003; Ottolenghi A., 2004; Banjar H.H., 2005]. Патологический ГЭР выявляется у 16,7-100% детей с корригированной атрезией пищевода [Bergmeijer J.H., et al., 1998; Romeo C., et al., 2000; Tomaselli V., et al., 2003; Larn A., et al., 2007]. При создании анастомоза у детей с АП в условиях натяжения сегментов, частота ГЭР возрастает до 53-100% [Lindahl H., et al., 1995; Foker JE., et al., 1997; Kimura K., et al., 2001; Takamizawa S., et al., 2005].

Диагноз ГЭР, как правило, является показанием к антирефлюксной терапии [Tucci F., et al., 1993; Blecker U., et al., 1995; Степанов Э.А. с соавт., 2000; Баиров В.Г. с соавт., 2002]. Эффективность медикаментозной терапии разными авторами оценивается неоднозначно, что приводит к большому разбросу доли оперированных детей от 34 до 64% [Konkin D.E., 2003; Bagolan P., 2004; Kawahara H., 2007; Koivusalo A., 2007]. В то же время

создание прямого анастомоза у пациентов с диастазом между сегментами пищевода более 3см. и последующим развитием ГЭР приводит к оперативному лечению в 92-100% наблюдений. [Foker J.E., 1997; Bergmeijer J.H., 1998; Kimura K., 2001; Takamizawa S., 2005]. При этом обсуждение тактики лечения ребенка при сочетании стеноза анастомоза пищевода и респираторных расстройств в доступной литературе мы не нашли.

Среди предлагаемых способов оперативного лечения наиболее часто используются операции по Ниссену и по Талю [Brouwer R., 2003; Esposito C. et al., 2005; Mattioli G. et al., 2005; Pacilli M. et al., 2005]. Эффективность антирефлюксных операций в группе больных с АП составляет 67- 90% [Bergmeijer J.H., 1998; Sparey C., 2000; Kimura K., 2001; Aguilar R., 2008].

Таким образом, проблема выбора тактики лечения гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) у детей с АП чрезвычайно сложная. Нет четких критериев оценки эффективности консервативной терапии ГЭР, показаний к хирургической коррекции и выбора способа оперативного лечения в зависимости от особенностей клинической симптоматики данного патологического состояния.

Цель исследования – повышение эффективности лечения детей с корригированной атрезией пищевода путем хирургической коррекции гастроэзофагеального рефлюкса.

Задачи исследования.

1. Выявить характер клинических проявлений гастроэзофагеального рефлюкса в отдаленном послеоперационном периоде у детей с атрезией пищевода, корригированной путем наложения прямого анастомоза в периоде новорожденности.
2. Осуществить анализ клинической эффективности консервативного лечения гастроэзофагеального рефлюкса у детей с корригированной атрезией пищевода путем наложения прямого анастомоза в периоде новорожденности
3. Определить показания к оперативному лечению гастроэзофагеального

рефлюкса и выявить оптимальную методику его хирургического лечения в зависимости от особенностей клинического течения у детей, оперированных в периоде новорожденности по поводу атрезии пищевода путем наложения прямого анастомоза.

4. Оценить отдаленные результаты хирургического лечения гастроэзофагеального рефлюкса у данного контингента детей.

Научная новизна.

1. На основании рентгено-эндоскопического симптомокомплекса установлено отсутствие прямой зависимости между степенью рефлюкс-эзофагита и гастроэзофагеального рефлюкса при атрезии пищевода.

2. Впервые доказано, что причиной рецидивирующих трахеобронхитов и пневмонии у детей со стенозом анастомоза пищевода в 83% наблюдений является гастроэзофагеальный рефлюкс.

3. Впервые использована методика оперативного лечения ГЭР у детей с АП, заключающаяся в имитации кардиального жома и одновременной гастропексии с помощью круглой связки печени.

Практическая значимость. Выделены основные варианты клинических проявлений ГЭР у детей с корригированной атрезией пищевода, разработаны методы их диагностики, тактика консервативного и хирургического лечения, что позволило улучшить результаты лечения этой категории больных.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. У детей с корригированной атрезией пищевода основными осложнениями ГЭР являются: рецидивирующий трахеобронхит, пневмония и рецидивирующие стенозы анастомоза пищевода.

2. Всем детям с корригированной атрезией пищевода при наличии частых трахеобронхитов, пневмонии или рецидивирующего стеноза анастомоза пищевода необходимо проведение комплексного обследования,

включающего рентгенологическое, эндоскопическое обследование, pH-метрию.

3. Консервативная терапия гастроэзофагеального рефлюкса IV степени у детей с корригированной атрезией пищевода неэффективна.
4. Оптимальным способом оперативного лечения ГЭР у детей с АП, является имитация кардиального жома и одновременная гастропексия с помощью круглой связки печени.

Апробация работы и внедрение в практику.

Результаты исследования доложены на Невском радиологическом форуме (СПб, 2005), Всероссийском симпозиуме «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» (Москва, 2006).

Результаты исследования используются в лечебном процессе в отделениях ЛОГУЗ «ДКБ» и СПбГУЗ «ДГКБ №1», а также внедрены в учебный процесс на кафедре детской хирургии ГОУ ДПО «СПб МАПО Росздрава».

Личный вклад автора.

Клинический материал, представленный в диссертационном исследовании, обработан и проанализирован лично автором. Все опубликованные работы написаны автором или при непосредственном его участии. Автор принимал участие в лечении всех пациентов основных групп.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 148 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 277 источников (отечественных 75, иностранных 202). Работа содержит 26 таблиц и иллюстрирована 28 рисунками.

Содержание работы

Материал исследования. Дизайн исследования – контролируемое, ретроспективное. Работа проведена на основе анализа отдаленных результатов хирургического лечения детей, оперированных по поводу атрезии пищевода путем создания прямого анастомоза. Первичное оперативное вмешательство осуществлено в течение 1986-2007 г.г. в хирургических отделениях ЛОГУЗ «ДКБ» и СПбГУЗ «ДГКБ №1».

Критерии включения: в периоде новорожденности был наложен прямой анастомоз пищевода в связи с его атрезией; наличие в послеоперационном периоде признаков гастроэзофагеального рефлюкса, наличие рецидивирующего стеноза пищевода. Критерии исключения: наличие у пациента в послеоперационном периоде какого-либо порока развития, требующего хирургической коррекции; наличие тяжелой перинатальной энцефалопатии, сопровождающееся выраженной внутричерепной гипертензией, врожденный иммунодефицит. Критериям включения соответствовало 72 ребенка. Критериям исключения соответствовало 47 из них (стенозов пищевода в этой группе не было).

Таким образом, в клиническую разработку мы включили 25 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет (включительно), лечившихся в послеоперационном периоде на базе данных клиник за период с 1996 по 2007 гг. Из них мальчиков - 21 , девочек - 4. Погиб 1 ребенок. Клиническая характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Таблица 1

Клиническая характеристика исследуемых детей

Клиническая симптоматика	n=25	%
рецидивирующий стеноз анастомоза пищевода	9	36
рецидивирующий трахеобронхит	21	84
сочетание синдромов	4	16

Все больные были распределены на 2 группы в зависимости от ведущего клинического проявления ГЭР:

I группа – 9 больных от 3 мес. до 3 лет с рецидивирующим стенозом зоны анастомоза пищевода, среди них у 4 наблюдались частые трахеобронхиты.

II группа – 16 больных от 4,5 месяцев до 15 лет с рецидивирующими трахеобронхитом или пневмонией. В последующем данная группа заболеваний была определена нами как частые бронхолегочные заболевания (БЛЗ). Критериями диагностики частого БЛЗ являлось - более 3-х эпизодов бронхита/трахеита в год или более 1 перенесенной пневмонией в год.

Методы исследования. Для изучения результатов лечения пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом, оперированных по поводу атрезии пищевода были использованы следующие методы исследования:

1. Рентгенологическое исследование пищевода и желудка с контрастом и водно-сифонной пробой (В.Ф. Бакланова, М.А. Филиппкин, 1988; SIEMENS CX с системой автоматизации рентгеновских исследований САРИ-4, в качестве контрастного вещества - раствор сульфата бария).
2. Фиброэзофагогастродуоденоскопия (OLYMPUS GIF XP-20, PENTAX FG 24-P).
3. Суточный рН-мониторинг (внутрипищеводная рН-метрия, ГАСТРОСКАН-24).
4. Спирометрия (изучалось определение отношений «поток-объем форсированного выдоха», SPIROSIFT-SP3000, FUCUDA).
5. Стандартное лабораторное исследование (общие клинические анализы, биохимический анализ крови, посев мокроты с определением чувствительности выделяемой флоры).
6. Консультирование другими специалистами (невролог, отоларинголог, гематолог, нефролог, генетик, ортопед,

эндокринолог, по показаниям ЭЭГ, нейросонографию, УЗИ).

Статистическая обработка (методы вариационной статистики с вычислением средней арифметической величины (M), среднего квадратичного отклонения (σ), достоверность различий сравниваемых параметров рассчитывалась с использованием критерия Стьюдента (t), в случае множественных сравнений использовался критерий Стьюдента с поправкой Бонферони. Расчеты производились с использованием пакета статистических программ MS «Excel» (Microsoft Office). Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Рентгеноскопия пищевода и желудка с контрастной бариевой взвесью и водно-сифонной пробой ($n=25$). У всех пациентов мы оценивали наличие и степень грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Определялась степень ГЭР: I степень (ст.) – заброс в абдоминальный сегмент пищевода, II – в ретрокардиальный, III – в аортобронхиальный, IV – в шейный. Оценивали скорость первичной эвакуации контраста из желудка.

По данным рентгеноскопии ГЭР был выявлен у 100% больных. У всех обследованных детей были выявлены следующие моторные нарушения: I степень – у 0 (0%), II степень – у 3 (12%), III степень – у 3 (12%), IV степень – у 19 (76%). Следует отметить, что у 56% детей с рецидивирующим стенозом зоны анастомоза пищевода и у 87% детей с частыми БЛЗ рефлюкс был IV степени (рис.1).

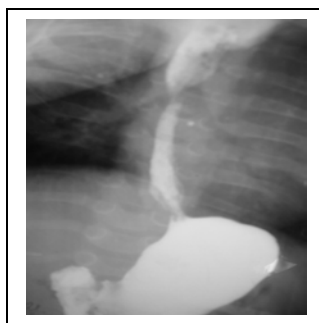


Рис. 1. Контрастная рентгенография у пациента I группы с ГЭР IV степени (больной А., 1г. 2 мес.).

Кроме того, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) зарегистрирована: у 16 больных (75%) – I степени, а у 9 (25%) – II-ой (по критериям Тагера И.Л. и соавт., 1965). Нарушений первичной эвакуации контрастной взвеси из желудка не было.

На рисунке 2 представлено распределение больных по степеням ГЭР.

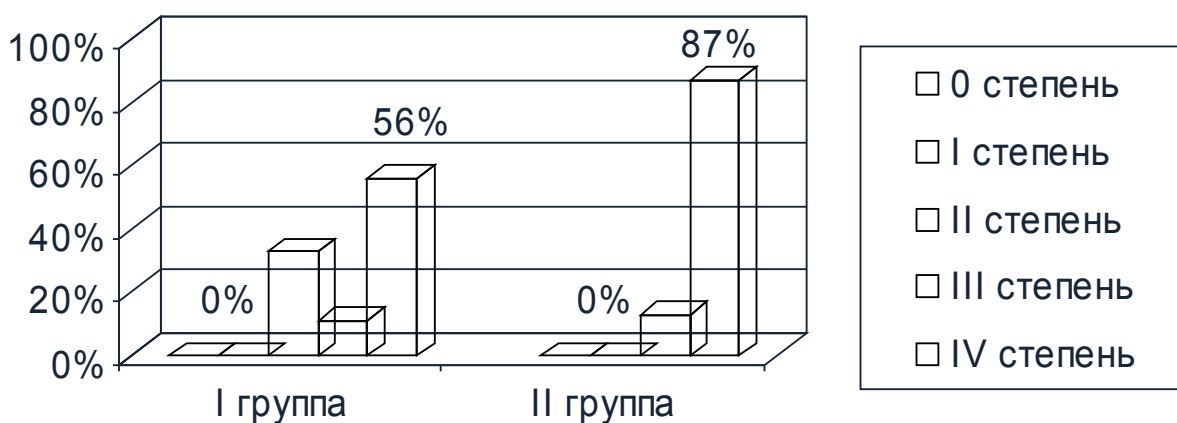


Рис. 2. Распределение больных с ГЭР по степени выраженности (по данным рентгенологического обследования)

Таким образом, этот метод необходим для оценки моторики пищевода, состояния зоны анастомоза, подтверждения ГПОД, исключения других причин ГЭР (т.н. «вторичный рефлюкс»). Для повышения достоверности методики мы свели к минимуму моменты, провоцирующие рефлюкс, во избежание ложно-положительных результатов: обследование проводили в строго вертикальном и горизонтальном положениях без использования положения Тренделенбурга, исключали любые способы компрессии желудка и повышения внутрибрюшного давления.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (n=25). Исследование проводилось в эндоскопическом отделении натоцак по стандартной методике педиатрическими эндоскопами OLYMPUS GIF XP-20, PENTAX FG 24-P.

Особое внимание уделяли состоянию зоны анастомоза пищевода, оценивали ее проходимость, состояние слизистой оболочки, наличие патологических выпячиваний в этой зоне, инородных тел. Оценивали микрорельеф слизистой оболочки пищевода, выявляли воспалительные изменения, эрозии, язвы. Большое внимание уделяли оценке

общей моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, состоянию пищеводно-желудочного перехода, оценивали функциональную полноценность пилорического отдела желудка. Прицельно исследовали степень смыкания кардиального жома, высоту стояния Z-линии, косвенные признаки скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД): высокое (более 3 см) циркулярное пролабирование слизистой оболочки желудка в пищевод, с частичной фиксацией пролабирующего комплекса (до 5 сек и более).

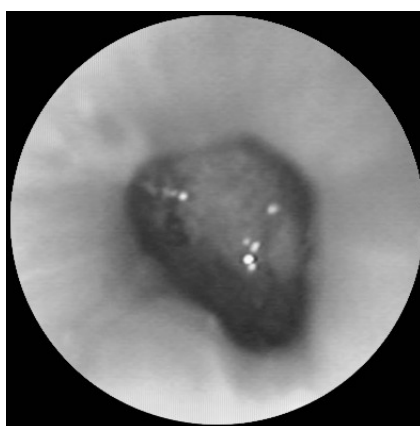


Рис. 3. Фиброэзофагоскопия у пациента I группы с рефлюкс-эзофагитом I степени (больной А., 1г. 2 мес.).

При оценке степени выраженности ГЭР использовали классификацию G.Tytgat (1996). В табл. 2 представлены данные эндоскопической картины пищевода у пациентов обеих групп.

Таблица 2

Эндоскопическая картина изменений пищевода (n=25).

Эндоскопический признак	n=25	%
стеноз анастомоза пищевода	9	36
только эзофагит	1	4
только недостаточность кардии	1	4
только ГПОД	0	0
эзофагит + недостаточность кардии	5	20
Эзофагит+недостаточность кардии+ГПОД	6	24
всего наличие признаков ГЭР	13	52
отсутствие признаков ГЭР	12	48

Распределение больных в зависимости от степени эзофагита представлено на рисунке 3.

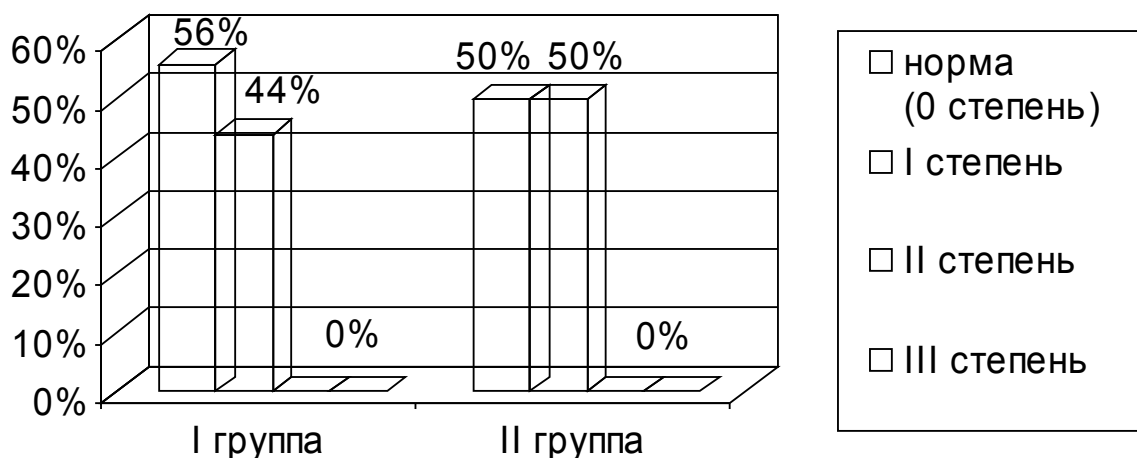


Рис. 4. Степень эзофагита по данным ФЭГДС (n=25)

У 13 (52%) детей с ГЭР рефлюкс-эзофагита не было. У остальных 12 (48%) детей с эзофагитом были выявлены лишь катаральные изменения слизистой пищевода (эзофагит I ст.). Из них у 5 (20%) – в сочетании с недостаточностью кардии, а у других 6 (24%) – в комбинации с недостаточностью кардии и признаками скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД). Рефлюкс-эзофагита II и III ст. не было ни у одного больного.

Частота наличия рефлюкс-эзофагита, недостаточности кардии или СГПОД, а также их сочетания была достоверно ниже, чем частота выявления рефлюкса по данным рентгенологического обследования ($p < 0,05$). Из 6 пациентов, у которых по данным ФЭГДС предполагалась СГПОД, на рентгеноскопии данные подтвердились у всех. Кроме того, рентгенологически ГПОД была диагностирована у остальных 19 больных, у которых эндоскопических признаков грыжи не было (рис. 4). Статистически различия частоты выявления ГПОД по данным ФЭГДС и рентгенологически достоверны при $p < 0,05$.

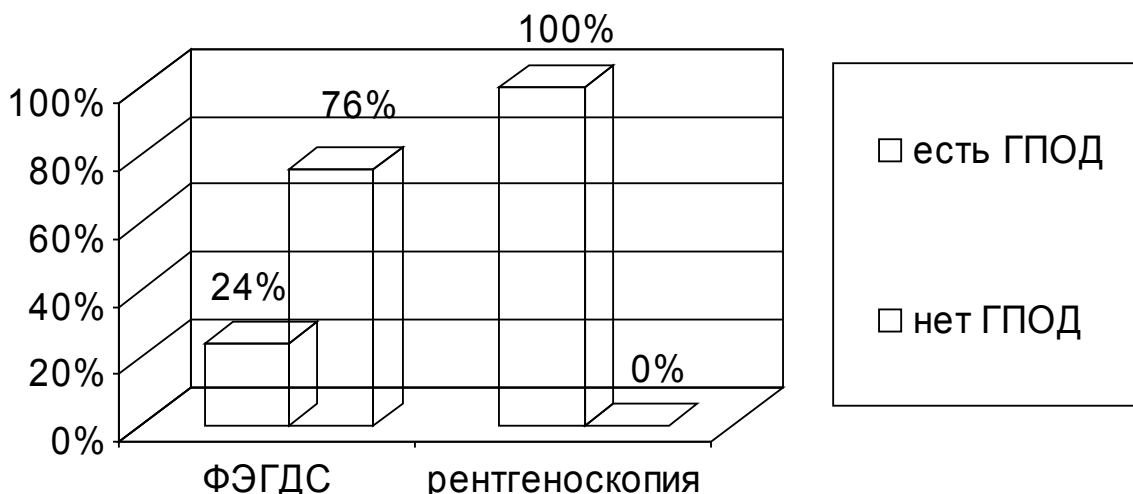


Рис. 4. Различия частоты выявления ГПОД по данным ФЭГДС и рентгенологически (n = 25)

Суточный pH-мониторинг проводился только у детей старше 7 лет в условиях стационара. На обследование согласились 5 детей (из 7 детей в возрасте 7 лет и старше). Из них у всех был подтвержден патологический рефлюкс, но степень рефлюкса определена не была.

Всем детям с атрезией пищевода (прямой анастомоз пищевода) и гастроэзофагеальным рефлюксом (25) с целью терапии ГЭР была проведена консервативная терапия, которая осуществлялась одновременно с лечением стеноза пищевода и бронхолегочного заболевания. Курс лечения включал: позиционную (постуральную), диетотерапию, медикаментозную антирефлюксную терапию, антихеликобактерную терапию, коррекцию неврологических нарушений, физиотерапевтическое лечение. У большинства больных со стенозом зоны анастомоза пищевода (8 из 9, 89%) проводилось бужирование по металлической струне-проводнику, затем без проводника. Необходимость в бужировании за нить возникла только в одном наблюдении. Одновременно с сеансами бужирования проводили терапию дексаметазоном (внутримышечно, дозировка 0,5-1,0 мг/кг, 3 дня). Через 1 месяц после начала терапии нами проводилось контрольное обследование динамики ГЭР (рентгеноскопия, ФЭГДС). Дети, у которых отмечена положительная динамика, продолжали получать консервативную терапию ГЭР. Через 6 месяцев проводилась

повторная оценка эффективности лечения, которая основывалась уже не только на данных обследования пищевода и желудка (ФЭГДС, рентгеноскопия, pH-мониторинг), но и на основании сбора жалоб, оценки динамики клинических проявлений ГЭРБ, данных объективного осмотра. Наблюдение за больными, у которых ГЭР III-IV степени в течение месяца на фоне лечения оставался без динамики, показало, что и в дальнейшем (через 6 мес.) у них отмечался неудовлетворительный результат консервативного лечения.

Эффективность лечения больных (24) оценивалась по следующим критериям: рентгенологические проявления ГЭР (рентгеноскопия), динамика рефлюкс-эзофагита, состояние зоны стеноза анастомоза пищевода и эволюция клинических проявлений БЛЗ.

Оценка динамики ГЭР (рентгенологически, n=24):

1. удовлетворительный результат – полное купирование или снижение степени ГЭР со II до I-ой (4%) или с III-IV до I-II-ой (4%).
2. неудовлетворительный результат – отсутствие динамики ГЭР (84%) или снижение степени ГЭР с IV до III (8%).

Оценка динамики рефлюкс-эзофагита (ФЭГДС; n=12):

1. удовлетворительный результат – полное купирование эзофагита (50%).
2. неудовлетворительный результат – отсутствие динамики (50%).

Оценка динамики БЛЗ (n=16):

1. удовлетворительный результат – если в течение 6 мес. наблюдения после начала терапии уменьшалась прежняя частота развития трахеобронхита или отмечалось уменьшение длительности антибиотикотерапии при обострениях и/или бронходилататоров короткого действия как минимум на 20%; а при наблюдении в течение последующих 2-3 лет отмечалось уменьшение частоты БЛЗ (0%).
2. неудовлетворительный результат – если в течение 6 мес. наблюдения после начала терапии положительной динамики не было, при этом не менялось количество проведенных курсов антибиотикотерапии и/или использования бронходилататоров

короткого действия; а при наблюдении в течение последующих 2-3 лет отмечалось сохранение степени тяжести БЛЗ или ухудшение (100%).

Оценка динамики стеноза зоны анастомоза пищевода (n=8):

1. удовлетворительный результат – если в течение 6 мес. наблюдения после начала терапии отмечалось полное купирование стеноза зоны анастомоза пищевода, или прогрессивно уменьшалось количество проведенных курсов бужирования и, соответственно, улучшалось качество жизни пациента (56%).
2. неудовлетворительный результат – если в течение 6 мес. наблюдения после начала терапии положительной динамики не было, при этом не менялось количество проведенных курсов бужирования и сохранялось нарушение качества жизни пациента (44%).

Проведенный курс лечения имел удовлетворительный результат только у 1 больного с рецидивирующим стенозом зоны анастомоза пищевода (4% наблюдений) (табл.3). При проведении лечения эволюция симптомов рецидивирующего трахеобронхита полностью соответствовала динамике ГЭР и достоверно не соответствовала проявлениям рефлюкс-эзофагита. В то время как выраженность стеноза анастомоза пищевода полностью соответствовала динамике рефлюкс-эзофагита. Следовательно, нельзя считать важным критерием оценки эффективности лечения детей с БЛЗ положительную динамику эзофагита, тогда как у детей со стенозом анастомоза пищевода она может быть хорошим прогностическим признаком.

Таблица 3

Результаты консервативного лечения ГЭР у детей с атрезией пищевода

результат	динамика ГЭР		динамика эзофагита		динамика БЛЗ		динамика стеноза	
	абсолютное	процентное	абсолютное	процентное	абсолютное	процентное	абсолютное	процентное
удовлетворительный	1	4%	6	50%	0	0%	4	50%
неудовлетворительный	23	96%	6	50%	16	100%	4	50%
всего	24	100%	12*	100%	16* *	100%	8***	100%

* только пациенты с эзофагитом, ** только пациенты с частыми БЛЗ, *** только пациенты с рецидивирующим стенозом анастомоза

Неудовлетворительный результат консервативного лечения с точки зрения динамики стеноза анастомоза пищевода и динамики БЛЗ в сочетании с неудовлетворительным результатом динамики ГЭР и/или эзофагита наблюдали у 20 из 24 больных (83%): у 4 детей со стенозом анастомоза пищевода и у 16 пациентов – с частыми БЛЗ.

Этим детям была проведена хирургическая коррекция ГЭР. Один грудной ребенок с рецидивирующим стенозом зоны анастомоза пищевода и частыми БЛЗ умер, посмертный диагноз: синдром внезапной смерти. Это наблюдение подтверждает, что у детей первого года жизни ГЭР может вызывать жизнеугрожающие состояния, и промедление с хирургическим лечением может приводить к летальному исходу.

У 4 больных со стенозом анастомоза первоначально отмечалось сочетание стеноза анастомоза пищевода и БЛЗ, превалирующим в клинической картине и по данным жалоб и анамнеза являлся стеноз. После проведенного курса комплексного консервативного лечения у них отмечалась положительная динамика стеноза анастомоза пищевода и рефлюкс-эзофагита, одновременно с неудовлетворительным результатом консервативного лечения рефлюкса по данным рентгеноскопии (у всех сохранялся ГЭР IV степени, выше зоны анастомоза). Наблюдение за этими больными в течение последующих 2-3 лет показало, что, несмотря на то, что стеноз анастомоза у них не требовал лечения, отмечалось увеличение частоты и тяжести БЛЗ. Это свидетельствовало о том, что и первоначально причиной частых БЛЗ у этих детей являлась не аспирация из супрастенотически расширенного проксимального сегмента пищевода, а заброс рефлюктата из желудка, или их сочетание. Прогрессирующее течение БЛЗ на фоне сохранения ГЭР IV степени по данным рентгеноскопии соответствовало неудовлетворительному результату консервативного лечения в сочетании с неудовлетворительным результатом динамики ГЭР. Этим детям также впоследствии проведено оперативное лечение ГЭР.

Таким образом, на основании оценки результатов комплексной консервативной терапии, можно выделить следующие варианты проявления ГЭР у детей с корригированной атрезией пищевода:

1. Дети (4) с рецидивирующим стенозом анастомоза пищевода, у которых отмечалось рецидивирование стеноза после бужирования, несмотря на проводимое однотипное комплексное лечение рефлюкса. У всех был ГЭР II-III степени. После временного восстановления проходимости пищевода путем бужирования не наблюдалось ухудшения со стороны бронхолегочной системы.
2. Дети (4) с рецидивирующим стенозом анастомоза пищевода, у которых первоначально отмечалось сочетание стеноза анастомоза пищевода и БЛЗ, но преобладающим в клинической картине и по данным жалоб и анамнеза являлся стеноз. У всех наблюдали стойкое купирование явлений стеноза после бужирования на фоне проводимой консервативной терапии рефлюкса, но прогрессирующее течение БЛЗ. У всех этих детей был ГЭР IV степени.
3. Дети (1) со стенозом анастомоза пищевода, у которых наблюдали купирование явлений стеноза после бужирования на фоне проводимой консервативной терапии рефлюкса. При этом после стойкого восстановления проходимости пищевода у них не наблюдалось ухудшения со стороны бронхолегочной системы. ГЭР был II степени. Стеноз не был связан с наличием рефлюкса.
4. Дети (16) с частыми БЛЗ. У всех был ГЭР IV степени. Несмотря на проводимое однотипное комплексное лечение рефлюкса, у всех отмечалось прогрессирующее течение трахеобронхитов с последующим нередким развитием пневмонии (7).

Показанием к хирургической коррекции ГЭР у больных с корригированной атрезией пищевода (прямой анастомоз) является:

1. Наличие ГЭР IV степени с частыми БЛЗ.
2. Неэффективность консервативной терапии в течение 6 месяцев у детей с частыми БЛЗ и ГЭР III степени.
3. Рецидивирующее течение стеноза анастомоза пищевода при неэффективности бужирования в течение 1 года на фоне ГЭР II-III степени.

Таким образом, оперировано 24 больных (96%). Из них 4 больных со стенозом анастомоза пищевода и 20 – с частыми БЛЗ.

Анализ причин ГЭР, послуживших показанием к оперативному лечению, показал, что во всех наблюдениях (100%) это была грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. У 16 детей – ГПОД I степени, и у 8 пациентов – ГПОД II степени. Следовательно, функциональные нарушения кардии у этих больных были вторичными.

Оперативное лечение. Во время операции проводилось низведение абдоминального отдела пищевода в брюшную полость и пластика пищеводного отверстия диафрагмы. Создание антирефлюксного механизма осуществлялось разными способами: «щадящая» фундопликация по Nissen (*без рассечения коротких желудочных сосудов*), операция Таля и способ, разработанный в нашей клинике с использованием круглой связки печени (патент № 2277867, авторы: Баиров В.Г., Сухоцкая А.А.).

4 пациентам произведена «щадящая» фундопликация по Nissen (создается манжетка из дна желудка, не пересекая коротких желудочных сосудов; манжетка фиксируется к парааортальной связке). Клиническое выздоровление отмечалось у всех (100%) детей. Полное купирование рефлюкса достигнуто у 3 (75%) детей. В одном наблюдении отмечалось отсроченное (3 года) осложнение операции с образованием дивертикула в области созданной манжетки. Операция Таля выполнена у 5 пациентов. Полное купирование рефлюкса достигнуто лишь в двух наблюдениях (40%). В двух других наблюдениях отмечался неудовлетворительный результат, заключающийся в лишь частичном улучшении клинической симптоматики, незначительном снижении или сохранении выраженного ГЭР по данным обследования.

Способ хирургического лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и/или гастроэзофагеального рефлюкса. По оригинальной методике клиники оперировано 15 пациентов. Операция заключалась в имитации кардиального жома и одновременной гастропексии с помощью круглой связки печени (отсекают круглую связку печени от пупочного кольца и мобилизуют ее до свободного края печени, проводят вокруг пищеводно-желудочного перехода и фиксируют в виде петли вверх по спирали, представленной 1,5 витками).

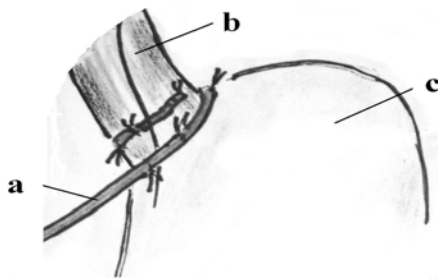


Рис. 5. Хирургическое лечение ГЭР с использованием круглой связки печени – окончательный вид (a – *lig. teres hepatis*; b – пищевод; c – желудок).

У всех (100%) детей достигнуто клиническое выздоровление, у 12 (80%) детей – отсутствие ГЭР по результатам обследования. Осложнений и рецидивов не было.

При повторной хирургической коррекции (2) с положительным результатом применялся способ *использования круглой связки печени* (рис. 5).

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 23 из 24 оперированных детей в сроки от 1 года до 11 лет. У одного пациента после операции наблюдался летальный исход, связанный с прогрессирующей легочной недостаточностью (больная 10 лет с распространенными бронхоэктазами, пневмофиброзом, «легочным сердцем»). Это свидетельствует о том, что у части детей ГЭР вызывает тяжелые необратимые изменения в легочной ткани, и отсутствие своевременной адекватной коррекции рефлюкса может привести к летальному исходу.

Анализ зависимости результата оперативного лечения (динамика ГЭР) от вида хирургического вмешательства показал, что предложенная методика операции с использованием *lig. teres hepatis* не уступает по надежности создаваемого антирефлюксного механизма операции по Ниссену и может быть использована при повторных операциях. В то же время, операция по Талю не давала желаемого эффекта (аналогичные результаты мы наблюдали и у других больных, оперированных по Талю в нашей клинике). Критерии оценки результатов хирургического лечения полностью соответствовали критериям оценки результатов консервативной терапии и базировались на отдельном анализе динамики рефлюкса (рентгенологически), эзофагита (эндоскопически) и клинических проявлений

Результаты оперативного лечения исследуемых детей

результат	динамика ГЭР		динамика эзофагита		динамика БЛЗ		динамика стеноза	
	абсолютное	процентное	абсолютное	процентное	абсолютное	процентное	абсолютное	процентное
удовлетворительный	21	91%	4	67%	19	100%	4	100%
неудовлетворительный	2	9%	2	33%	0	0%	0	0%
всего	23	100%	6*	100%	19* *	100%	4***	100%

* только пациенты с эзофагитом, ** только пациенты с частыми БЛЗ, *** только пациенты с рецидивирующим стенозом анастомоза

У всех больных после операции отмечался удовлетворительный результат снижения степени ГЭР, что проявлялось (100%) клиническим исчезновением или улучшение течения БЛЗ на фоне стойкого купирования стеноза анастомоза пищевода. Результаты лечения отличались в зависимости от выраженности БЛЗ на момент операции. Так, у 2-х больных с прогрессирующим тяжелым течением БЛЗ в послеоперационном периоде отмечена лишь стабилизация процесса, и только наблюдение в течение последующих 2-3 лет показало отчетливое улучшение.

Таким образом, тот факт, что ликвидация или уменьшение степени ГЭР во всех случаях у детей с корригированной атрезией пищевода (прямой анастомоз) приводит к снижению частоты рецидивов трахеобронхита (67%) и ликвидации рецидивирования стеноза анастомоза пищевода доказывает определяющее значение рефлюкса в развитии и прогрессировании бронхолегочной патологии и рецидивировании стеноза анастомоза у данного контингента больных.

Выводы:

1. Основными клиническими проявлениями гастроэзофагеального рефлюкса у детей с корригированной атрезией пищевода являются частые трахеобронхиты (21/25) и рецидивирующее течение стеноза анастомоза пищевода (9/25).
2. Консервативное лечение проявлений гастроэзофагеального рефлюкса IV степени у детей с корригированной атрезией пищевода неэффективно в 100%.
3. Хирургическая коррекция гастроэзофагеального рефлюкса у детей с

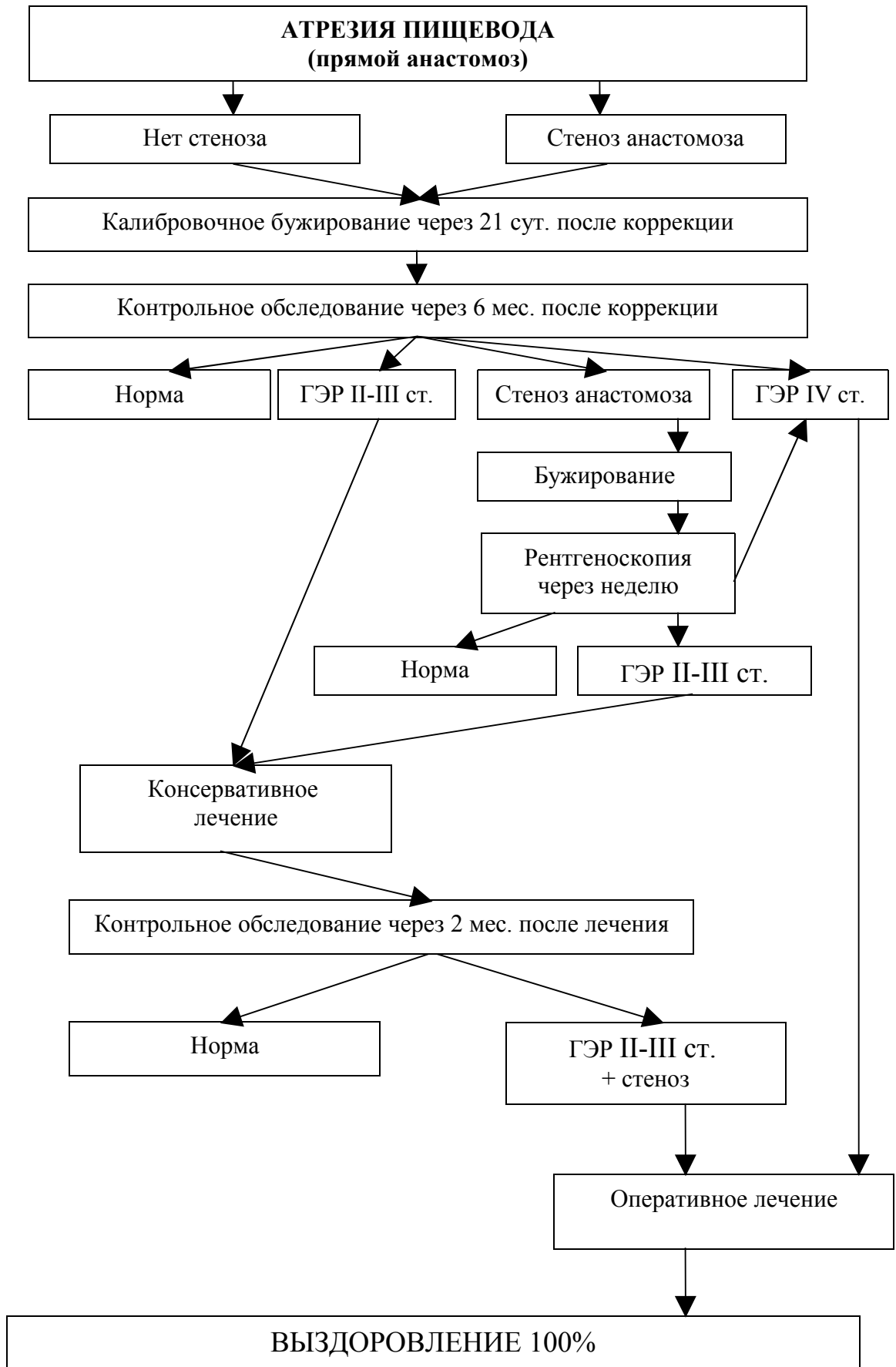
корригированной атрезией пищевода и частыми БЛЗ показана при наличии ГЭР IV степени или неэффективности консервативной терапии в течение 6 месяцев при ГЭР III степени.

4. Хирургическая коррекция гастроэзофагеального рефлюкса у детей с корригированной атрезией пищевода и рецидивирующем стенозе анастомоза пищевода показана при неэффективности бужирования в течение 1 года.
5. Методом выбора хирургической коррекции при ГЭР у детей с корригированной атрезией пищевода является имитация кардиального жома и одновременная гастропексия с использованием круглой связки печени, что способствует 100% положительному результату лечения в отдаленном послеоперационном периоде
6. Хирургическая коррекция гастроэзофагеального рефлюкса III, IV степени у детей с корригированной атрезией пищевода улучшает результаты лечения данного порока развития

Практические рекомендации.

1. Всем детям с корригированной атрезией пищевода при подозрении на наличии гастроэзофагеального рефлюкса показано проведение комплексного обследования (рентгеноскопия пищевода и желудка с водно-сифонной пробой, [рН-метрия](#), ФЭГДС).
2. Комплексное гастроэнтерологическое обследование у детей с корригированной атрезией пищевода с целью диагностики гастроэзофагеального рефлюкса должно проводиться при наличии рецидивирующих бронхолегочных заболеваниях и симптомах стеноза анастомоза пищевода.
3. У детей со стенозом анастомоза пищевода адекватная диагностика рефлюкса может проводиться только после восстановления проходимости пищевода путем бужирования.
4. В случае выявления ГЭР у детей с корригированной атрезией пищевода показано проведение комплексной консервативной антирефлюксной терапии, а при ее неэффективности – консультация детского хирурга, для определения тактики хирургического лечения

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ АЛГОРИТМ



Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Хабиб, А.С. Гастроэзофагеальный рефлюкс как осложнение химического ожога пищевода у детей / В.Г. Баиров, М.В. Щебеньков, Э.С. Салахов, Н.А. Щеголева, Н.И. Парломова, А.С. Хабиб // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: Материалы IV российского конгресса. – Москва, 2005. – С.434.
2. Хабиб, А.С. Эндоскопическая ультрасонография в лечении детей с химическим ожогом пищевода / В.Г. Баиров, М.В. Щебеньков, Э.С. Салахов, С.И. Алексеенко, А.Е. Орлов, В.А. Ръжих, Н.А. Щеголева, А.С. Хабиб // Детская хирургия. – 2006. – № 6. – С.4-7.
3. Хабиб, А.С. Новый подход в лечении гастроэзофагеального рефлюкса у детей / В.Г. Баиров, А.В. Астафьев, А.Г. Баиров, И.Ю. Мельникова, А.А. Сухоцкая, Н.А. Щеголева, А.С. Хабиб // IV междисциплинарная конференция по акушерству, перинатологии и неонатологии "Здоровая женщина - здоровый новорожденный". Сборник научных трудов. Издание "ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова" Минздравсоцразвития РФ, 2009. – С.10-14.
4. Хабиб, А.С. Диагностика и лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей / В.Г. Баиров, А.А. Сухоцкая, А.С. Хабиб, С.А. Караваяева, Н.А. Щеголева, М.А. Кирбятъева // Здоровоохранение Таджикистана. – 2008. – № 4. – С.48-53

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АП – атрезия пищевода

БЛЗ – бронхолегочные заболевания

ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс

ст. - степень

ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия

lig. – ligamentum

n – количество больных

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии

www.gastroscan.ru/literature/