

*На правах рукописи*

**АСТАФЬЕВ Андрей Владимирович**

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО  
РЕФЛЮКСА III–IV СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ**

**14.01.19 – детская хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**Уфа 2012**

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

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

**Официальные оппоненты:** **Гумеров Айтбай Ахметович**, доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, заведующий кафедрой детской хирургии с ортопедией и анестезиологией;

**Сатаев Валерий Уралович**, доктор медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканская детская клиническая больница», заведующий эндоскопическим отделением.

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Защита состоится «\_\_\_» июня 2012 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.02 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по адресу: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Автореферат разослан 25 мая 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук

**С.В. Фёдоров**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Высокая частота гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) среди взрослого населения, значительное снижение качества и развитие грозных осложнений объясняют постоянный интерес клинических работников к данному заболеванию (Darbà J. et al., 2011). В России гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь диагностируется у 13% пациентов старше 18 лет (Lazebnik L.V. et al., 2011). По данным ряда авторов (Маев И.В. и др., 2000; Шептулин А.А., 2000) изжогу испытывает от 20 до 40% взрослого населения, рефлюкс-эзофагит выявляется у 6–12% больных, обследованных эндоскопически.

Среди детей обратившихся к специалистам гастроэнтерологического и пульмонологического профиля в 18% диагностируется ГЭРБ (Koda Y.K. et al., 2010). При этом у 15–20% пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью развивается такое грозное осложнение, как пищевод Барретта, и еще у 7–23% формируются стриктуры пищевода (Старостин Б.Д., 1997). Среди детей различных возрастных групп ГЭРБ встречается у 8–12% (Кубышкин В.А., 1998). ГЭР выявлялся у 95% детей с эзофагитом и у 42% детей без эзофагита (Филин В.А., 1987); у 22% детей с бронхиальной астмой и у 4% детей, не имеющих бронхиальной астмы, при этом эзофагит у детей с бронхиальной астмой наблюдался в 34,8% случаев (Thakkar K. et al., 2010).

Декларируется, что существующие методы консервативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не всегда эффективны (Буеверов А.О., 2001; Valusek P.A. et al., 2010).

Несмотря на то, что в литературе имеются немногочисленные сообщения о применении остеопатической манипуляционной терапии (ОМТ) при различных нозологиях у пациентов разных возрастов: болезнях опорно-двигательного аппарата (различные ортопедические заболевания, травмы, радикулярные синдромы), различных висцеральных нарушениях (кардиологические, пульмонарные, нефрологические проблемы), сообщения о применении остеопатической манипуляционной терапии при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни отсутствуют (Баиров Г.В. и др., 2008; Йова А.С., 2008; Korr I. M., 1972; Di Giovanna E.L., Schiovitz S., 1991; Fryman V.M. et al., 1992; Arbuckle B. E., 1994).

Продолжаются дискуссии о длительности консервативной терапии и сроках проведения хирургической коррекции (Старостин Б.Д., 1997; Lee J.H. et al.,

2011). На сегодняшний день существует множество методик хирургической коррекции гастроэзофагеального рефлюкса, продолжают дискуссии об их сравнительной эффективности и целесообразности использования тех или иных вариантов (Kubiak R. et al., 2010). Все это и послужило поводом для поиска новых решений.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью применяя остеопатическую манипуляционную терапию и оперативную анти-рефлюксную защиту круглой связкой печени.

**Задачи исследования:**

1. Оценить результаты стандартной фармакологической терапии гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

2. Оценить результаты остеопатической манипуляционной терапии гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

3. Оценить отдаленные результаты оперативной коррекции гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

4. Разработать лечебно-диагностическую тактику для гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и оценить ее эффективность.

**Научная новизна:**

1. Впервые доказано, что у детей с гастроэзофагеальным рефлюксом III–IV степени, наблюдаются нарушения кровообращения в сосудах шеи и головы и отклонения показателей биоэлектрической активности ЦНС.

2. Впервые доказано, что применение остеопатической манипуляционной терапии при гастроэзофагеальном рефлюксе III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью приводит к снижению процента оперированных больных, уменьшению степени гастроэзофагеального рефлюкса и степени рефлюкс эзофагита, с одновременным улучшением кровообращения в сосудах шеи и головы, и улучшением характеристик энцефалограммы.

3. Впервые доказано, что антирефлюксная защита круглой связкой печени сохраняет возможность реализации эффектов консервативной терапии при рецидиве, и позволяет избежать повторных оперативных вмешательств.

#### **Практическая значимость работы:**

1. Включение остеопатической манипуляционной терапии в комплекс консервативного лечения гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью позволило снизить процент оперированных пациентов.

2. Применение антирефлюксной защиты круглой связкой печени позволило снизить количество рецидивов заболевания до 6,1%.

3. Предложенная тактика лечения гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью способствовала повышению эффективности комплекса консервативной терапии, уменьшению процента оперированных пациентов и отсутствию повторных оперативных вмешательств при возникновении рецидива гастроэзофагеального рефлюкса.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Показанием к включению остеопатической манипуляционной терапии в комплекс лечения гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью является отсутствие ожидаемого эффекта фармакологической терапии.

2. Показанием к оперативной коррекции гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью является отсутствие положительной динамики применения остеопатической манипуляционной терапии в течение 6 месяцев.

3. Операцией выбора при хирургической коррекции гастроэзофагеального рефлюкса является антирефлюксная защита круглой связкой печени.

**Личное участие автора в проведении исследования.** Личное участие автора осуществлялось на всех этапах подготовки и проведения научной работы, включавших определение основной идеи исследования и методов его выполнения. Автором проведены аналитический обзор современной зарубежной и отечественной литературы, оценка и анализ результатов обследования больных. Произведено изучение катamnестических данных 175 историй болезни и проведено лечение 79 пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом III–IV степени,

из которых 34 проведена остеопатическая манипуляционная терапия, прооперированы 16 пациентов.

**Апробация и внедрение в практику результатов работы.** Результаты исследования доложены на Международной остеопатической конференции «Osteopathy Open» 2008; на Международной конференции «Евромедика-2009» Ганновер, 2009; на V Междисциплинарной конференции с международным участием «Здоровая женщина – здоровый новорожденный», Санкт-Петербург, 2009; на заседании Санкт-Петербургского научного общества физиотерапевтов и курортологов, 2010; на VI Междисциплинарной конференции по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина – здоровый новорожденный», Санкт-Петербург, 2011.

Предложенная лечебно-диагностическая тактика ведения детей с ГЭРБ болезнью применяется в работе соматического и аллергологического отделений детской городской поликлиники № 8 стационара дневного пребывания и в работе детского хирургического отделения Ленинградского областного государственного учреждения здравоохранения «Детская клиническая больница», а также в педагогическом процессе кафедры детской хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 167 страницах машинописного текста и состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 294 источников (отечественных 81, иностранных 214). Работа содержит 42 таблицы и иллюстрирована 32 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Работа основана на анализе лечения 582 пациентов с ГЭРБ, поступивших в ЛОГУЗ ДКБ с 1998 по 2010 г. Пациенты разделены по степени ГЭР на основании рентгенологического исследования. С ГЭР I–II ст. было 328 пациентов, с ГЭР III–IV ст. – 254 пациента. При катamnестическом исследовании у пациентов с ГЭР I–II ст. отмечался положительный эффект фармакологического лечения, им не потребовалось оперативной коррекции. В дальнейшем изучались только больные

с ГЭР III–IV ст., определенным рентгеноскопически, для которых достаточным лечебным эффектом считали снижение выраженности ГЭР до I–II ст.

**Материалы и методы исследования.** Больные с проявлением ГЭР III–IV ст. (254 человека) разделены на четыре группы. В работе использован кагортный метод исследования.

*Критерии включения:* ГЭР 3–4 ст. по данным рентгеноскопического исследования. *Критерий исключения:* возраст пациента до 30 дней.

*1-я группа.* 175 пациентов, средний возраст  $11,23 \pm 5,41$  лет, прошедших лечение с 1998 по 2006 г. (175 человек). Мальчиков 99 (56,6%), девочек 76 (43,4%). На консервативном этапе все пациенты получали лечение по стандартам терапии для данной нозологической формы. При отсутствии эффекта консервативной терапии проводилось хирургическое лечение тремя методиками хирургической коррекции: операцией Ниссена, Таля, антирефлюксной защиты круглой связкой печени.

*2-я группа.* 79 пациентов, средний возраст  $11,72 \pm 4,54$  лет, прошедших лечение в период с 2007 по 2010 г. Мальчиков 51 (64,6%), девочек 28 (35,4%). Фармакологическая терапия также проводилась по стандартам терапии для данной нозологии. При отсутствии эффекта определяли показания к хирургической коррекции (46 пациентов – 58,2%). Больным имевшим показания для оперативной коррекции, в отличие от 1-й группы, предложено проведение курса ОМТ, в качестве дополнительного предоперационного варианта терапии, с последующим уточнением показаний к оперативному лечению (34 пациента). 12 пациентов, по организационным причинам не имевшие возможности продолжения консервативной терапии, были оперированы. Оперативное лечение проводилось только антирефлюксной защитой круглой связкой печени.

*3-я группа.* 34 пациента, возраст  $13,38 \pm 3,58$  лет, получившие курс остеопатической манипуляционной терапии, без фармакологической поддержки. Мальчиков 22 (64,7%), девочек 12 (35,3%). Группа сформирована для изучения эффектов остеопатической манипуляционной терапии.

*4-я группа.* 119 пациентов оперированных за изучаемый период, средний возраст  $7,22 \pm 4,18$  лет, мальчиков 65 (56%), девочек 54 (44%). Группа выделена для сравнительного анализа трех методик оперативной коррекции – операции Ниссена, Таля и антирефлюксной защиты круглой связкой печени.

Сроки формирования 1- и 2-й групп различны, их выделение определяется изменением характера проводимой терапии. В 1- и 2-й группе идентична только фармакологическая терапия, но в 1-й группе пациенты, имевшие показания к оперативному лечению, оперировались, при этом использовались три методики хирургической коррекции: Ниссена, Таля и антирефлюксной защиты круглой связкой печени. Во 2-й группе хирургическая коррекция осуществлялась единым способом – антирефлюксной защитой круглой связкой печени. В качестве дополнительной консервативной терапии у пациентов 2 группы, имевших показания к оперативному лечению, после проведенной фармакологической терапии использовалась ОМТ. Это повлияло на количество оперированных больных в группе 2.

**Обследование.** Обследование всех пациентов проводилось по унифицированной схеме и обязательно включало три исследования: эндоскопическое обследование (ФЭГДС – аппарат «Olympus» GIF XR-20), **pH-метрию** (аппарат «Гастроскан-5» и рентгеноскопию с барием (аппарат «Simens CX», с системой автоматизации рентгеновских исследований САРИ). Обследование проводилось до начала лечения и по завершении курса терапии.

Пациентам 3-й группы выполняли два дополнительных исследования – доплерографию сосудов шеи и головы (доплерограф «Спектра» и аппарат Simens Sonoline G40) и ЭЭГ, по стандартной методике 10–20, до и после лечения. Кроме того, для лучшего понимания сроков развития эффектов ОМТ и определения возможности продолжения ОМТ всем больным этой группы через 3 месяца от начала терапии дополнительно проводили рентгеноскопию, а пациентам с эрозивным процессом на слизистой оболочке при первичном обследовании – ФЭГДС.

При статистической обработке проводилось сравнение, как непосредственных показателей, так и динамики их изменений. Статистическая обработка материала осуществлялась с применением современных компьютерных технологий обработки данных, методами параметрической и непараметрической статистики, с помощью программной системы STATISTICA for Windows. В соответствии с целями и задачами исследования, а также с учетом специфики анализируемых переменных нами в частности выполнялись:



- сравнение частотных характеристик с помощью непараметрических методов  $\chi^2$ ,  $\chi^2$  с поправкой Йетса, критерия Фишера;
- сравнение количественных показателей в исследуемых группах с использованием критериев Манна-Уитни, медианного  $\chi^2$  и модуля ANOVA;
- сопоставление изучаемых показателей в динамике после проведенного лечения с помощью критерия знаков и критерия Вилкоксона.

**Лечение.** *Фармакологическая терапия* у всех 254 пациентов (1- и 2-й группы) проводилась на основании стандартов терапии для данной нозологической формы, в соответствии с заявленными в Генвале в 1998 г., принципами этапности, с пошаговым усилением действующего лекарственного агента, определяющееся степенью ГЭР и степенью эзофагита.

Основные используемые препараты из группы антацидов/альгинатов (маолокс, фосфолюгель, гевискон), из прокинетики (цизаприд, домперидон), из группы  $H_2$ -гистаминоблокаторов (ранитидин, фамотидин, низатидин), из группы ингибиторов протонной помпы (омепразол, эзомепразол, рабепразол). При сохранении клинической симптоматики по завершении первого курса лечения пациенты получали поддерживающий курс терапии до 6 недель. При отсутствии жалоб и клинической симптоматики проводился противорецидивный курс терапии после двухмесячного перерыва.

*Остеопатическая манипуляционная терапия* в группе 3 проводилась на протяжении 6 месяцев. В среднем дети получили от 8 (12 пациентов – 35,3%) до 10 (22 пациента – 64,7%) сеансов. В течение первых трех месяцев терапия проводилась один раз в 2 недели, и 1 раз в 4 недели в последующие 3 мес. В качестве остеопатической манипуляционной терапии использовались так называемые функциональные техники, в частности: техники миофасциального релизинга – обеспечивающие элиминацию компрессии нервов (Palmer, 1910), коррекцию патологических соматовисцеральных рефлексов (Homewood, 1963); элиминация раздражения симпатической цепи (Kunert, 1965); лимфатического дренажа – способствующие нормальной лимфатической циркуляции (Grainger H.G., 1951); уравнивания диафрагм – способствующие ликвидации патологического тонуса диафрагмальной мышцы (Grainger H.G. 1951); краниосакральные техники – способствующие восстановлению нормальной циркуляции спинномозговой жидкости (De Jarnette, 1967), элиминации «раздражающего» спинального повреждения (Cogg, 1976).

*Хирургическое лечение.* Все пациенты 4-й группы оперировались на основании идентичных показаний:

1) неэффективность консервативной терапии ГЭР III–IV ст. в течение 6 месяцев;

2) сочетание ГЭР III–IV ст. с ГПОД II ст. и отсутствие эффекта консервативной терапии в течение 6 месяцев;

3) развитие жизнеугрожающих осложнений у пациентов с ГЭРБ, несмотря на проводимую терапию (нарушения дыхания, апноэ, прогрессирующая анемия, некорригируемая гипотрофия и др.);

4) ГПОД III ст. в сочетании с любой степенью ГЭР.

Хирургическая коррекция проводилась тремя методами:

1) операция Ниссена – 27 пациентов;

2) операция Таля – 10 пациентов;

3) операция антирефлюксной защиты круглой связкой печени: мобилизованная круглая связка печени проводится спирально вокруг абдоминальной части пищевода на полтора оборота и фиксируется к пищеводу, что создает необходимый механизм повышения давления в области нижнего пищеводного сфинктера, а также обеспечивает фиксацию пищевода в интраабдоминальном положении; при этом отсутствует необходимость значительной мобилизации желудка, деформации его стенки – 82 пациента.

**Результаты и их обсуждение.** Сравнение эффективности фармакологической терапии в 1-й и 2-й группе не выявило различий ( $p > 0,05$ ). У 58,2–62,2% детей имелись показания к оперативной коррекции (табл. 1).

Приведенные в табл. 1 данные подтверждают идентичную эффективность проводимой фармакологической терапии. В 1-й группе 94,5% детей, сформировавших показания к оперативному лечению, были оперированы. Во 2-й группе при сохранении сходной с 1-й группой эффективностью фармакологической терапии, вследствие модификации этапа консервативного лечения пациентов, у которых имелись показания к оперативной коррекции, а именно введения ОМТ, количество пациентов, которым требовалось оперативное вмешательство, сократилось до 20,3%. При этом 12 из 16 пациентов были оперированы не получив курса ОМТ.

Распределение пациентов 1- и 2-й групп по характеру терапии

Группа пациентов	Количество пациентов, получивших консервативное лечение	Показания к оперативной коррекции	Последующее оперативное лечение
1-я	175 (100%)	109 (62,2%)	103 (58,9%)
2-я	79 (100%)	46 (58,2%)	16 (20,3%)

**Фармакологическая терапия.** Данные о выявленных изменениях вследствие фармакологической терапии приводятся на основании анализа материала проспективно проведенных пациентов 2 группы.

*Клиническая симптоматика.* Информация о клинической симптоматике собиралась путем анкетирования (учитывали наличие таких симптомов, как боль в области эпигастрия, отрыжка, тошнота, рвоты, изжога, метеоризм). Анализ изменений клинической симптоматики выявил достоверное наличие динамики в виде уменьшения количества предъявляемых жалоб во 2-й группе ( $p < 0,01$ ). Прекращение предъявляемых жалоб во 2-й группе достигнуто в 43% случаев (34 пациента).

*Рентгеноскопия.* Положительной динамикой мы считали уменьшение ГЭР с III–IV ст. до 0–II ст., а также уменьшение выраженности ГЭР с IV ст. до III ст. Наличие такой динамики зарегистрировано во 2-й группе в 60,0% случаев ( $p < 0,05$ ).

После проведенного лечения ГЭР III–IV ст. сохранялся у 46 (58,3%) пациентов 2-й группы.

*Эндоскопическое исследование.* При эндоскопической оценке изменений состояния слизистой оболочки пищевода положительной динамикой считали переход любого патологического состояния слизистой оболочки к неизмененному, а также переход эрозивного и язвенного процессов в катаральный.

Во 2-й группе динамика нормализации слизистой оболочки пищевода не достигла уровня статистической значимости.

Динамику изменений характеристик слизистой оболочки желудка оценивали по тем же критериям, что и изменения слизистой оболочки пищевода. После фармакологической терапии полученная положительная динамика нормализации слизистой желудка (у 39,1% пациентов) не достигала уровня статисти-

ческой значимости, у 4 (5,4%) больных сохранялся эрозивный процесс, у 33 (44,6%) – катаральный процесс.

*pH-метрия.* При pH-метрии регистрировали наличие кислотного, щелочного, смешенного ГЭР, оценивали кислотность желудочного сока, наличие ДГР.

Положительной динамикой считали прекращение всех типов ГЭР. Оценивали степень снижения кислотного рефлюкса в количественном выражении.

После фармакологической терапии количество регистраций кислотного рефлюкса уменьшилось, но не достоверно. При этом достоверно снизилась частота регистрации гиперацидного состояния (у 63,5% пациентов – нормацидность) ( $p < 0,05$ ).

После фармакологической терапии, при выраженной нормализации кислотности желудочного сока в 63,5% ( $p < 0,05$ ) случаев, у 37 (50%) пациентов сохранялись изменения слизистой оболочки желудка: катаральный процесс у 33 (44,6%) больных, эрозивный – у 4 (5,4%). Эзофагит I ст. по Tytgat сохранялся у 27 (36,5%) пациентов, II–III ст. – у 10 (13,5%) человек. Следует отметить, что у пациентов этой группы с эзофагитом II–III ст. ГЭР III–IV ст. сохранялся в 90%, а ГЭР 0–II ст. – в 10% случаев.

Таким образом, после фармакологической терапии происходит более выраженное уменьшение кислотности желудочного сока, что вполне объясняется применением блокирующих кислотопродукцию препаратов, однако снижение степени выраженности ГЭР и ДГР по данным рентгеноскопии и pH-метрии не столь очевидно ( $p > 0,05$ ). Такие данные можно объяснить сохранением моторной дисфункции, несмотря на проводимую фармакологическую терапию.

**Остеопатическая манипуляционная терапия.** Оценка характеристик пациентов 3-й группы производилась по тем же критериям, что и у пациентов 2-й группы после фармакологической терапии.

*Клиническая симптоматика.* Динамика уменьшения количества жалоб после проведенного лечения в 3-й группе достоверна ( $p < 0,001$ ). Прекращение предъявляемых жалоб в 3-й группе отмечалось в 76,5% случаев (26 пациентов). При анализе отдельных симптомов в 3-й группе достигнута полная ликвидация болевого синдрома и тошноты. Уменьшение выраженности отдельных симптомов также достоверно (рвота с 7 (20,6%) пациентов до 1(2,9%) пациента –

$p < 0,05$ , изжога с 13 (38,2%) пациентов до 1 (2,9%) пациента –  $p < 0,01$ , отрыжка с 29 (85,3%) пациентов до 5 (14,7%) пациентов –  $p < 0,05$ ).

*Рентгеноскопия.* Положительная динамика по указанным выше характеристикам достигнута в 96,9% случаев ( $p < 0,001$ ) в 3-й группе.

После проведенного лечения ГЭР III–IV ст. сохранялся у 4 (11,7%) пациентов 3-й группы. В этой группе проводилось промежуточное обследование через 3 месяца. Положительная динамика получена в 81,3% случаев ( $p < 0,001$ ). При начальном 100% наличии ГЭР III–IV ст. через 3 мес. таких пациентов в 3-й группе оставалось 12 (35,3%), и через 6 мес. лишь 4 (11,8%).

*Эндоскопическое исследование.* При эндоскопии пищевода динамика улучшения состояния слизистой оболочки в 3-й группе достигнута в 72,4% случаев ( $p < 0,001$ ).

При эндоскопии положительная динамика отмечена и через 3 мес. ( $p < 0,05$  по критерию знаков), и через 6 мес. ( $p < 0,001$ ) в 51,7% случаев. В 3-й группе отмечено полное купирование эрозивного процесса желудка, а катаральный процесс персистировал у 7 (24,1%) пациентов.

В пищеводе эзофагит I ст. сохранился у 3 (10,4%) пациентов, II ст. – у 5 (17,2%). В 3-й группе у всех 5 пациентов, у которых сохранился эрозивный процесс на слизистой оболочке пищевода после ОМТ (у всех эзофагит II ст.), ГЭР купирован по данным рентгеноскопии, что свидетельствует о возможности персистирования эрозивного процесса в пищеводе и в отсутствие ГЭР. Это заставляет продлевать проводимую терапию, а к ОМТ добавлять репаранты и рассматривать вопрос о бактериальной причине сохранения эрозивного процесса.

*pH-метрия.* В 3-й группе также наблюдалась нормализация кислотности желудочного сока, не достигающая статистической значимости ( $p > 0,05$ ). Однако отмечены достоверное снижение частоты всех типов рефлюкса в пищевод – 65,4% случаев ( $p < 0,05$ ), а также уменьшение количества регистраций  $pH < 4,0$  (прекращение регистрации ГЭР у 19 (73,1%) пациентов ( $p < 0,01$ )). При этом достоверно уменьшилась частота снижения  $pH < 4,0$  в 2 раза и более (21 (80,8%) пациент ( $p < 0,05$ )). Также отмечено достоверное снижение количества регистраций ДГР (прекращение регистраций ДГР у 18 (69,2%) пациентов ( $p < 0,05$ )).

После ОМТ в 3-й группе количество пациентов с нормацидным состоянием увеличилось с 4 (12,9%) до 10 (38,5%) ( $p > 0,05$ ), при этом пациенты не получали никаких фармакологических препаратов. Но даже при сохранении повышенной кислотности желудочного сока у 15 (57,7%) пациентов достоверно уменьшается как количество кислотного рефлюкса в пищевод ( $p < 0,05$ ), так и щелочного и смешанного рефлюксов, что объясняется, в свою очередь, достоверным снижением частоты регистрации дуоденогастрального рефлюкса ( $p < 0,05$ ). Данные позволяют сделать вывод о том, что после проведения ОМТ происходит достоверная нормализация моторной функции верхнего этажа пищеварительной трубки. Эти данные также объясняют факт наличия достоверной нормализации состояния слизистой оболочки пищевода и слизистой оболочки желудка, после ОМТ ( $p > 0,05$ ), даже при не столь выраженном снижении уровня кислотности желудочного сока.

В табл. 2 приведены совокупные параметры, по которым достигнуты достоверные изменения как во 2-й, так и в 3-й группе.

Полученные данные позволяют считать, что ОМТ приводит к достоверному уменьшению выраженности моторной дисфункции (уменьшается степень ГЭР и ДГР) и улучшению репаративных процессов на слизистой (уменьшается степень эзофагита). Это достигается благодаря влиянию ОМТ на центры вегетативной регуляции, что объясняется доказанным при дополнительном обследовании улучшением мозгового кровотока и биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга.

*Допплерография.* Полученные данные демонстрируют, что у всех пациентов, прошедших курс фармакологической терапии, но сформировавших показания к оперативному лечению, имелись изменения доплерографических характеристик кровообращения в сосудах шеи и головы. В табл. 3 представлены характеристики кровотока, по которым достигнута достоверная положительная динамика.

После ОМТ отмечена положительная динамика нормализации экстракраниального и интракраниального сосудистого тонуса ( $p < 0,01$ ); положительная динамика нормализации венозного оттока как экстракраниально ( $p < 0,05$ ), так и интракраниально ( $p < 0,001$ ), а также положительная динамика нормализации кровотока в вертебробазиллярном бассейне ( $p < 0,05$ ).

**Инструментальная оценка консервативного лечения  
при изучаемых терапевтических подходах**

Тип исследования	Характеристика	Фармакологическая терапия (2-я группа)		Остеопатическая манипуляционная терапия (3-я группа)	
		до лечения, %	через 6 мес., %	до лечения, %	через 6 мес., %
Анкета	Клиническая картина	98,7	<b>57 *</b>	97,1	<b>20,6***</b>
ФЭГДС	Нормализация состояния слизистой оболочки пищевода	32,5	50,0	30,0	<b>72,4*</b>
	Нормализация состояния слизистой оболочки желудка	15,6	50,0	30,3	<b>75,9*</b>
рН-метрия	Регистрация рН<4,0	37,5	52,7	22,6	<b>73,1*</b>
	Сокращение количества кислотного, смешанного, щелочного рефлюксов в пищевод	20,4	36,7	16,1	<b>65,4**</b>
	Сокращение количества кислотных рефлюксов в 2 раза и более после терапии	–	26,5	–	<b>80,8**</b>
	Регистрация ДГР	47,2	66,7	22,6	<b>69,2*</b>
	Нормаацидность	25,6	<b>63,5 *</b>	12,9	38,5
Рентгеноскопия	Регистрация ГЭР 0–II ст.	0	<b>41,7 *</b>	0	<b>88,3***</b>
	Регистрация ГЭР III–IV ст.	100	58,3	100	<b>11,7</b>

\* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001.

Таким образом, ОМТ оказывает влияние на сосудистый тонус как артериального, так и венозного бассейна, приводя к нормализации внутричерепного кровообращения.

Указанные факторы создают благоприятную среду для нормализации функционирования ЦНС, что подтверждается при ЭЭГ.

### Доплерографические показатели до и после ОМТ

Показатель	До лечения		После лечения	
	есть	нет	есть	нет
Повышение сосудистого тонуса интракраниально	16 (55,2%)	13 (44,8%)	5 (17,2%)	24 (82,8%)**
Затруднение венозного оттока экстракраниально	14 (48,3%)	15 (51,7%)	4 (13,8%)	25 (86,2%)*
Затруднение венозного оттока интракраниально	22 (75,9%)	7 (24,1%)	8 (27,5%)	21 (72,4%***)
Нарушение кровотока в вертебробазилярном бассейне	22 (75,9%)	7 (24,1%)	14 (48,3%)	15 (51,7%)*

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

*Электроэнцефалография.* Полученные данные доказали наличие положительных изменений показателей ЭЭГ после ОМТ.

В табл. 4 представлены характеристики визуального анализа ЭЭГ, в отношении которых достигнуты достоверные изменения.

Таблица 4

### Изменения биоэлектрической активности головного мозга после остеопатической манипуляционной терапии

Показатель	До лечения	После лечения
Обследовано пациентов	18	11
ЭЭГ – вариант нормы	0	4 (22,2%)*
Положительная проба с гипервентиляцией	12 (66,7%)	3 (16,7%)*
Замедленное восстановление после гипервентиляции	10 (55,6%)	2 (11,1%)*
Ослабление компенсации	11 (61,1%)	3 (16,7%)*

\*  $p < 0,05$ .

Кроме того, наличие отклонений в БЭА ЦНС у пациентов с ГЭРБ свидетельствует, что сам симптомокомплекс не является изолированной проблемой пищеводно-желудочного перехода, а отражает расстройства системной вегетативной регуляции.



**Анализ причин отсутствия эффекта остеопатической манипуляционной терапии.** 4 пациента (11,7%) не имели положительного эффекта ОМТ, т. е. сохранили ГЭР III–IV ст. Все больные имели ГПОД II ст.

Но у всех больных отмечалась четкая положительная динамика нормализация кровообращения в сосудах шеи и головы и улучшение характеристик ЭЭГ, и достигнута нормализация состояния слизистой оболочки пищевода и желудка.

Наличие ГПОД II ст. является фактором, ограничивающим эффективность ОМТ, так как существование значимого анатомического порока зоны пищеводно-желудочного перехода не позволяет добиться удовлетворительного результата. Это обуславливает необходимость непосредственной хирургической коррекции анатомического порока.

Сформулированы показания к проведению ОМТ при ГЭР III–IV степени у детей с ГЭРБ.

**Показания к проведению ОМТ при ГЭР III–IV степени у детей с ГЭРБ:**

- отсутствие эффекта фармакологической терапии ГЭР III–IV степени в течение 6 мес.;
- пред- и послеоперационный период у детей с ГЭР III–IV степени в сочетании с ГПОД II степени, в качестве дополнительного метода терапии.

#### *Хирургическое лечение*

Анализ результатов оперативной коррекции производился путем сравнения количества рецидивов и повторных оперативных вмешательств. Рецидивом считали выявление ГЭР III–IV ст. при контрольном рентгенологическом исследовании.

– Операция Ниссена (27 оперированных) – у 3 детей (11,1%) рецидивов, 2 (7,4%) пациентам потребовалась повторная оперативная коррекция (у одного вследствие несостоятельности швов манжетки через 14 мес. после первичной операции; у одного вследствие персистирования ГЭР и рецидивирующих пневмоний через 2 года после первичной операции, несмотря на повторные курсы фармакологической терапии). Срок наблюдения от 7 до 12 лет.

– Операция Таля (10 оперированных) – 30% рецидивов (у 3 пациентов), 2 (20%) пациентам потребовалась повторная оперативная коррекция (через 3 и

4 года после первичной операции вследствие стойкого рецидивирования ГЭР III–IV ст., несмотря на проведенный курс фармакологической терапии). Срок наблюдения от 7 до 9 лет.

– Операция антирефлюксной защиты с использованием круглой связки печени (82 оперированных) – 6,1% рецидивов (5 пациентов), повторных оперативных вмешательств не проводилось. Срок наблюдения от 18 мес. до 10 лет.

Все пациенты, которым потребовалось повторное оперативное лечение, оперированы антирефлюксной защитой с использованием круглой связки печени после дополнительного курса консервативной терапии.

В табл. 5 представлено распределение пациентов по характеру терапии при возникновении рецидива.

*Таблица 5*

**Характер терапии при возникновении рецидивов ГЭР у пациентов 4-й группы**

Тип операции	Количество оперированных	Рецидив ГЭР III–IV ст.	Повторный курс фарм. терапии	Повторный курс ОМТ	Повторные операции
Операция Ниссена	27 (100%)	3 (11,1%)	3 (11,1%)	0	2 (7,4%)
Операция Таля	10 (100%)	3 (30%)	3 (30%)	0	2 (20%)
Антирефлюксная защита круглой связкой печени	82 (100%)	5 (6,1%)	5 (6,1%)	2 (2,4%)	0

Все пациенты с рецидивом ГЭР, получали дополнительный курс фармакологической терапии по стандартам терапии. 2 пациента с рецидивом после антирефлюксной защиты круглой связкой печени получили дополнительный курс ОМТ с положительным эффектом. Ни одному пациенту, оперированному антирефлюксной защитой круглой связкой печени не потребовалось повторное оперативное лечение. Это объясняется наименьшим объемом модификации анатомии пищевода-желудочного перехода при данном варианте хирургической коррекции, что сохраняет возможность консервативной нормализации функционирования пищевода при возникновении рецидива.

С учетом представленных выше результатов использования ОМТ сформулированы новые показания к оперативной коррекции ГЭР III–IV ст.

*Показания к оперативному лечению с учетом использования ОМТ у пациентов с ГЭР III–IV ст.*

1. Отсутствие эффекта остеопатической манипуляционной терапии в течение 6 мес.

2. ГЭР III–IV ст. в сочетании с ГПОД II ст. после проведенного курса остеопатической манипуляционной терапии в течение 6 мес.

3. Развитие жизнеугрожающих осложнений у пациентов с ГЭРБ (нарушения дыхания, рецидивирующие апноэ, прогрессирующая анемия, некорригируемая гипотрофия и др.).

4. ГПОД III ст. вне зависимости от степени ГЭР.

По нашим данным ГПОД II ст. и выше, является фактором, определяющим ограничения эффективности ОМТ. Пациенты с ГПОД II ст. должны получить курс ОМТ в качестве предоперационной терапии с последующей антирефлюксной защитой круглой связкой печени.

## **ВЫВОДЫ**

1. Фармакологическая терапия эффективна в 41,8% случаев гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

2. Включение остеопатической манипуляционной терапии в комплекс лечения гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени сокращает количество оперированных пациентов с 58,2 до 11,8%.

3. Операция антирефлюксной защиты круглой связкой печени улучшает отдаленные результаты хирургического лечения, прослеженного в сроки от 1,5 до 10 лет, с 88,9 до 93,9%.

4. Применение предложенной лечебно-диагностической тактики способствует повышению эффективности консервативного лечения в дооперационном периоде с 41,8 до 88,2%, и снижению количество повторных операций, с 7,4 до 0%.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При отсутствии эффекта медикаментозной терапии гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей с гастроэзофагеальной рефлюкс-

ной болезнью показано проведение курса остеопатической манипуляционной терапии в течение 6 месяцев.

2. При отсутствии эффекта комплексной консервативной терапии гастроэзофагеального рефлюкса 3–4 степени, с включением остеопатической манипуляционной терапии, показана оперативная коррекция гастроэзофагеального рефлюкса антирефлюксной защитой круглой связкой печени.

3. При возникновении рецидива показан повторный курс комплексной консервативной терапии с включением остеопатической манипуляционной терапии, в течение 6 месяцев.

Лечебно-диагностические действия должны проводиться согласно приводимой схеме (рис. 1).



*Рис. 1.* Лечебно-диагностическая тактика ведения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

**СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Астафьев А.В. Остеопатический подход в лечении и реабилитации детей с вторичным хроническим пиелонефритом. Немедикаментозные методы терапии / А.Г. Баиров, Г.В. Баиров, А.В. Астафьев // Сборник тезисов научно-практической конференции. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. – С. 120–121.
2. Астафьев А.В. Динамика доплерографических показателей у детей с вторичным хроническим пиелонефритом на фоне остеопатического лечения / А.Г. Баиров, В.Г. Баиров, А.В. Астафьев, Г.В. Баиров // Перспективы остеопатической медицины в акушерско-гинекологическую педиатрическую и неврологическую практику: материалы симпозиума / Под ред. К. В. Мазальского. – СПб.: ООО «Графика», 2007. – С. 116–121.
3. Астафьев А.В. Особенности тактики ведения пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом / А.В. Астафьев, Д.В. Фадеева, М.А. Кирбятыева, И.П. Гришина // Материалы 2-го междисциплинарного конгресса «Ребенок, врач, лекарство». – СПб., 2007. – С. 149–150.
4. Астафьев А.В. Место манипуляционной терапии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.В. Астафьев, В.Г. Баиров // Материалы симпозиума «Остеопатия. Перспективы интеграции остеопатической медицины в акушерско-гинекологическую, педиатрическую и неврологическую практику» / Науч. ред. К.В. Мазальский. – СПб.: ООО «Графика». 2008. – С. 109–113.
5. Астафьев А.В. Остеопатическая манипуляционная терапия в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.В. Астафьев, А.Г. Баиров, В.Г. Баиров, И.Ю. Мельникова, Н.А. Щеголева, Д.В. Фадеева, М.В. Самсонова, М.А. Кирбятыева // Материалы симпозиума «Интеграция Остеопатии в Национальный проект «Здоровье»: Возрастная остеопатия. Жидкостно-соединительнотканый аспект. – СПб.: СПбГУ, 2008. – С. 47–56.
6. Астафьев А.В. Патология пищеводно-желудочного перехода при вариантах строения желудка / А.В. Астафьев, В.Г. Баиров, Д.В. Фадеева, М.А. Кирбятыева, Т.М. Григорян, О.В. Берлева // Материалы 7-го Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии» Москва, 2008. – С. 21–23.
7. Астафьев А.В. Возможность применения изолированного остеопатического лечения у детей с гиперацидным состоянием / А.В. Астафьев, В.Г. Баиров, Д.В. Фадеева, Т.М. Григорян, О.В. Берлева // Материалы Первого Объединенного научно-практического форума детских врачей. – Орел, 2008. – С. 40.
8. Астафьев А. В. Результаты применения остеопатической манипуляционной терапии в лечении ГЭР / А.В. Астафьев, В.Г. Баиров, А.Г. Баиров, И.Ю. Мельникова, Н.А. Щеголева, Д.В. Фадеева, М. В. Самсонова, М.А. Кирбятыева // Материалы Международного симпозиума «Osteopathy Open» – 2008. – СПб., 2008. – С. 47–55.

9. **Астафьев А. В. Место остеопатической манипуляционной терапии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни** / А.В. Астафьев, В.Г. Баиров, И.Ю. Мельникова, М.А. Кирбятьева, Д.В. Фадеева // Мануальная терапия. – 2009. – № 2 (34). – С. 36–47.

10. Astaftev A.V. Nonpharmacological Treatment for Gastroesophageal Reflux Disease / A.V. Astaftev, V.G. Bairov, A.G. Bairov // International Medizinischer Kongress “EuroMedica 2009” Hannover, Germany, 2009. – P. 13–15.

11. Астафьев А. В. 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 // Материалы IV Междисциплинарной конференции по акушерству, перинатологии и неонатологии «Здоровая женщина – здоровый новорожденный». – СПб., 2009. – С. 10–14.

12. **Астафьев А.В. Инструментальная верификация эффективности остеопатического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни** / А.В. Астафьев // Мануальная терапия. – 2011. – № 2 (42). – С. 28–34.

13. **Астафьев А.В. Комплексное лечение гастроэзофагеального рефлюкса III–IV степени у детей** / А.В. Астафьев, И.Ю. Мельникова, В.Г. Баиров // Вестник СПб МАПО. – 2011. – Т. 3, № 2. – С. 79–84.

14. Астафьев А.А. Возможности использования остеопатической манипуляционной терапии у новорожденных и детей раннего возраста с гастроэзофагеальным рефлюксом в условиях отделения детской хирургии перинатального центра / А.В. Астафьев / Материалы VI Междисциплинарной конференции по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина – здоровый новорожденный». – СПб., 2011. – С. 11.

### **Условные сокращения**

БЭА – биоэлектрическая активность

ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс

ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ДГР – дуоденогастральный рефлюкс

ОМТ – остеопатическая манипуляционная терапия

ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия

ЦНС – центральная нервная система

ЭЭГ – электроэнцефалография

**Астафьев Андрей Владимирович**

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО  
РЕФЛЮКСА III–IV СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ**

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.  
ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»  
450000, РБ, г. Уфа, а/я 1293; тел.: (347) 250-81-20;  
тел./факс (347) 250-13-82.

Подписано в печать 24.05.2012 г.  
Формат 60×84/16. Гарнитура Times New Roman.  
Бумага офсетная. Отпечатано на ризографе.  
Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,0.  
Тираж 100. Заказ № 712.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>

