

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), рН-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 χ^2 , χ^2 с поправкой Йетса, критерия Фишера;
- сравнение количественных показателей в исследуемых группах с использованием критериев Манна-Уитни, медианного χ^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 H₂-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 (Cott, 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 | 57 * | 97,1 | 20,6*** |
| ФЭГДС | Нормализация состояния слизистой оболочки пищевода | 32,5 | 50,0 | 30,0 | 72,4* |
| | Нормализация состояния слизистой оболочки желудка | 15,6 | 50,0 | 30,3 | 75,9* |
| рН-метрия | Регистрация рН<4,0 | 37,5 | 52,7 | 22,6 | 73,1* |
| | Сокращение количества кислотного, смешанного, щелочного рефлюксов в пищевод | 20,4 | 36,7 | 16,1 | 65,4** |
| | Сокращение количества кислотных рефлюксов в 2 раза и более после терапии | – | 26,5 | – | 80,8** |
| | Регистрация ДГР | 47,2 | 66,7 | 22,6 | 69,2* |
| | Нормаацидность | 25,6 | 63,5 * | 12,9 | 38,5 |
| Рентгеноскопия | Регистрация ГЭР 0–II ст. | 0 | 41,7 * | 0 | 88,3*** |
| | Регистрация ГЭР III–IV ст. | 100 | 58,3 | 100 | 11,7 |

* 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. Кирбятцева, 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. Кирбятцева // 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. Кирбятцева, 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. Кирбятцева // 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. Кирбятыева, 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.

