

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА





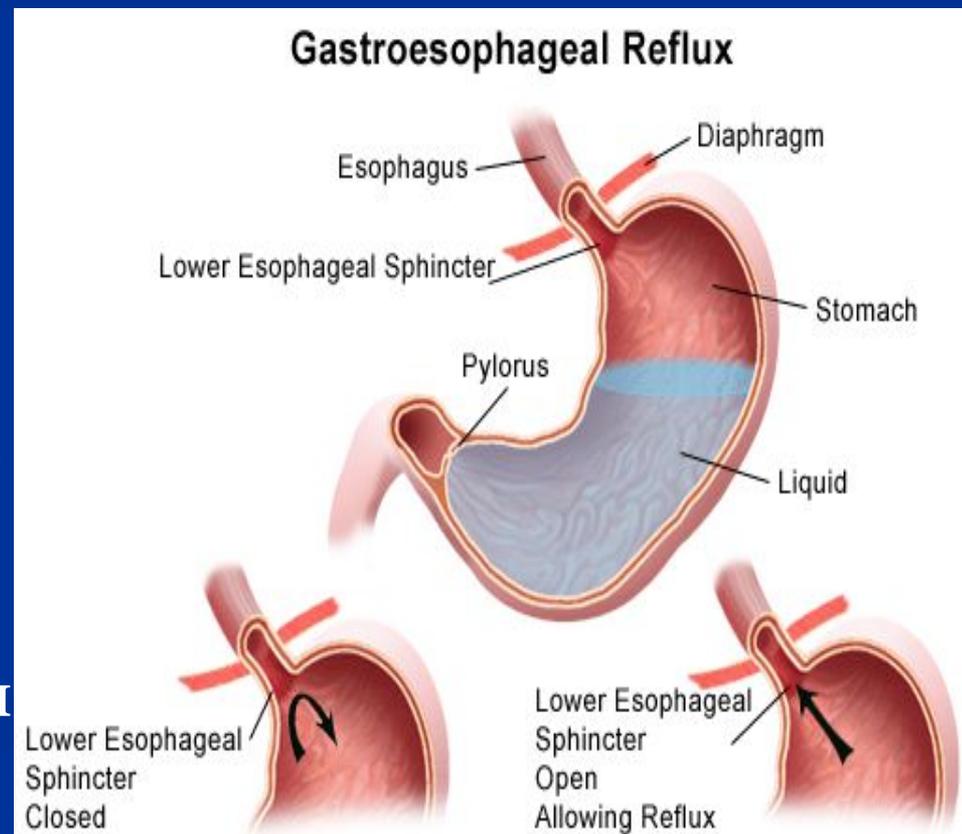
К ИСТОРИИ ВОПРОСА

- Классическое описание этой патологии принадлежит Neuhauser et Berenberg (1947), которые назвали эту болезнь «халазия»
- Первые исследования ГЭР проведены английским педиатром Ivo Carre. Было установлено, что причиной упорных рвот у части пациентов является анатомическая патология пищеводно-желудочного перехода, а у части детей это состояние носит функциональный характер. Первый опыт хирургического лечения больных с патологическим ГЭР относится к середине прошлого века.



АНАТОМИЯ И ФУНКЦИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА

- Мышечные пучки диафрагмы, формирующие пищеводное отверстие (нарушается при грыже пищеводного отверстия диафрагмы и при неврологических расстройствах)
- Угол Гисса (в норме он около 70°) нарушается у детей с атрезией пищевода, диафрагмальной грыжей
- Зона высокого давления в дистальном отделе пищевода над пищеводным отверстием диафрагмы





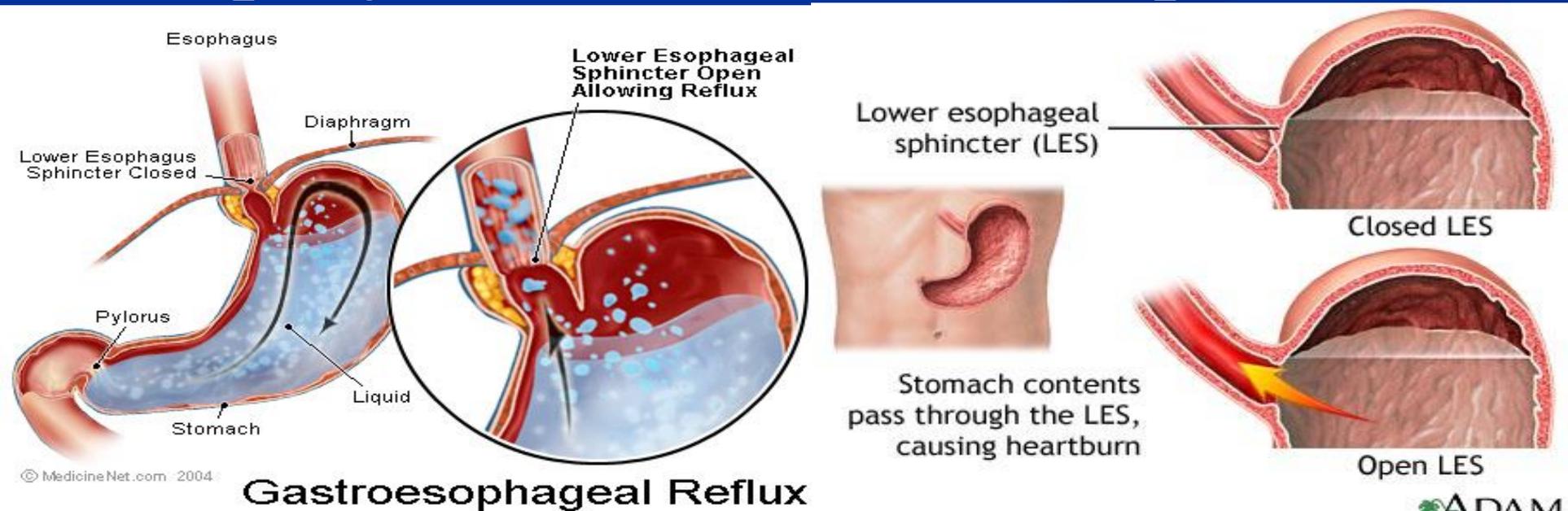
ГЭР

- ГЭР – непроизвольное забрасывание желудочного или желудочно-кишечного содержимого в пищевод, что нарушает физиологическое перемещение пищевого комка и сопровождается поступлением в пищевод несвойственного ему содержимого, способного вызвать физико-химическое повреждение его оболочки.



Факторы возникновения ГЭР

- Недостаточность кардии
- Нарушение клиренса пищевода
- Гастродуоденальная дисмоторика





ГЭР

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЮКС

- Встречается у здоровых детей
- Не более 20-30 эпизодов в день
- Экспозиция не более 20 секунд
- Не имеет клинических эквивалентов
- Не приводит к рефлюкс-эзофагиту и задержке физического развития

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЮКС

- Возникает в любое время суток
- Мало зависит от характера пищи
- Более 50 эпизодов в сутки
- Имеет клинические эквиваленты
- Приводит к рефлюкс-эзофагиту и задержке физического развития



ПРИЧИНЫ ГЭР

Анатомические

- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Состояние после пластики купола диафрагмы
- Состояние после наложения прямого анастомоза пищевода

ГЭР после наложения анастомоза пищевода



(a)



(b)



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГЭР

I Эзофагеальные симптомы - расстройство питания, частые рвоты и срыгивания, приводящие к потере в массе или отставание в физическом развитии, эзофагиту, стенозу пищевода, формированию пищевода Барретта

II Экстраэзофагеальные симптомы – респираторные нарушения, обусловленные микроаспирациями, рецидивирующие бронхиты с астматическим компонентом и бронхопневмонии, апноэ, постоянное покашливание, «застревание» пищи в глотке, першение и осиплость голоса, рецидивирующие отиты.

ГЭР является причиной синдрома внезапной смерти



ПРИЧИНЫ ГЭР

Функциональные

- *Глубокая умственная недостаточность*
- *Бульбарный и псевдобульбарный синдром*
- *Дисфагия, связанная с пороками развития челюстно-лицевой области*
- *Морфофункциональная незрелость*



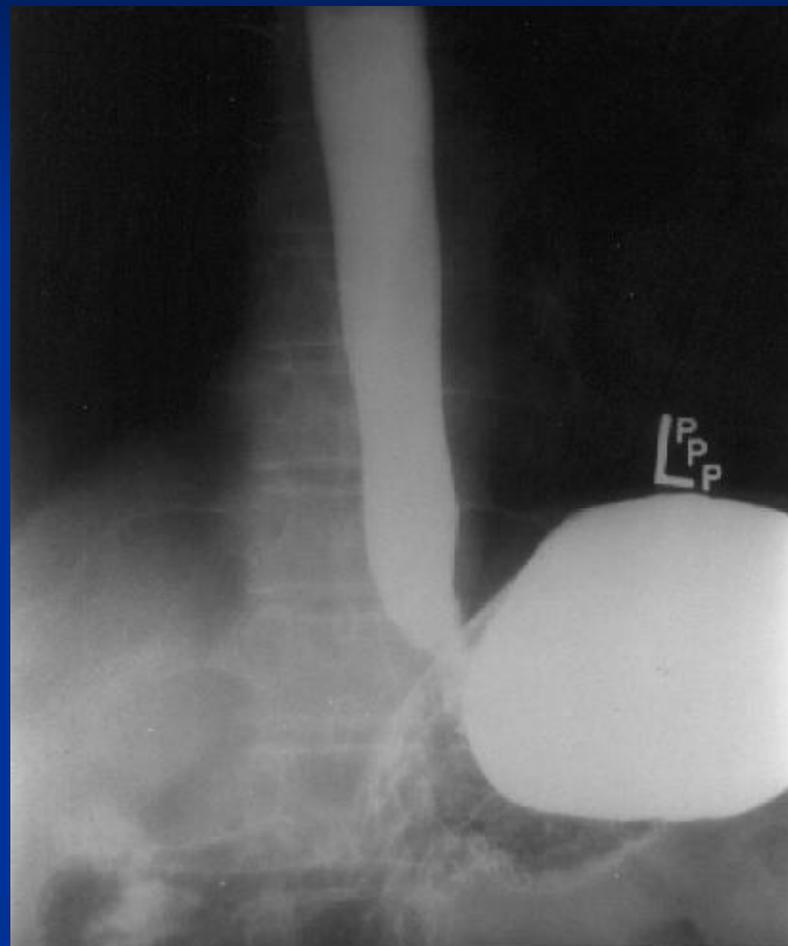
ДИАГНОСТИКА ГЭР

- Эзофагография с барием – диагностическая достоверность 40-80%
- Суточный рН-мониторинг – кислый рефлюкс - снижение рН содержимого в н/3 пищевода до 4,0 и длительность эпизодов до 5 минут и более, а также щелочной или смешанный рефлюкс с рН от 4,0 до 7,5 и более.
- Гастроэзофагеальная сцинтиграфия- регистрация изотопа ^{99m}Tc в легких свидетельствует о микроаспирациях
- Манометрия пищевода – редко применяется у детей
- Эндоскопия с биопсией (по показаниям) – выявление степени воспаления слизистой пищевода от катарральной до язвенной

*ГЭР при грыже
пищеводного
отверстия диафрагмы*



*Функциональный
ГЭР*





ВИДЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГЭР

- Кислотный рефлюкс – рН ниже 4,0 с экспозицией более 5 минут
- Щелочной рефлюкс - рН выше 7,5
- Смешанный рефлюкс - комбинация первых двух



ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГЭР

- В младенческом возрасте ГЭР можно выявить практически у всех детей
- Лечению подлежит только патологический ГЭР
- Лечение необходимо начинать с консервативной терапии, даже если у ребенка есть анатомические причины для его поддержания (исключая грыжу пищеводного отверстия диафрагмы).

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГЭР

Консервативное лечение

- *Позиционная терапия*
- *Диетическое питание*
антирефлюксными смесями или введение
утяжелителей грудного молока
- *Лекарственная терапия – мотилиум,*
церукал, маалокс, фитотерапия



Группы лекарственных препаратов в лечении ГЭРБ

- Ингибиторы протонной помпы (блокаторы водородного насоса)
- Антагонисты H_2 (гистаминовых) рецепторов
- Антациды
- Сукральфат
- Прокинетики
- Комбинированные препараты





ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГЭР

Хирургическое лечение

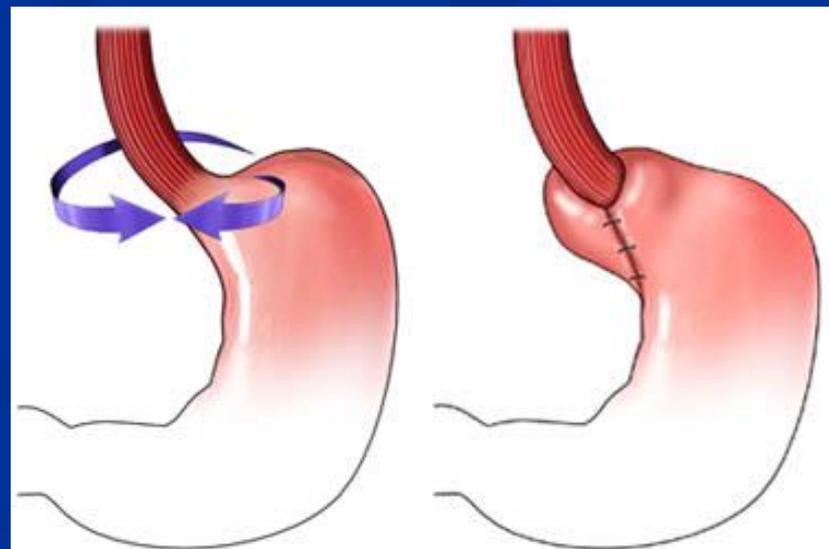
***Абсолютные показания** - неэффективность консервативной терапии у детей с функциональными или анатомическими нарушениями, проводимая в течение 3 месяцев, невозможность энтерального питания из-за выраженной неврологической патологии или тяжелого порока челюстно-лицевой области, рвоты и срыгивания во сне, рецидивирующая пневмония*

***Относительные показания** - частые рвоты, ложный круп, ночной кашель.*



МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЭР

- Операцией выбора для большинства хирургов является фундопликация по Ниссену
- Фундопликация по Талю
- Антирефлюксная операция с использованием круглой связки печени
- У больных с неврологической симптоматикой антирефлюксная операция дополняется наложением гастростомы



Гастростомия в педиатрии





Гастростомия

- Впервые была предложена для паллиативного лечения больных раком пищевода, в детской хирургии начала применяться с середины прошлого века. Одним из первых показаний к наложению гастростомы явилась атрезия пищевода



Гастростомия

- В настоящее время показания к проведению этой операции значительно расширились
- В последние годы стала применяться у больных, не имеющих какой-либо хирургической патологии, но наложение гастростомы у которых в значительной степени облегчает их **ЖИЗНЬ**

Показания к гастростомии у детей

- Пороки развития, при которых нарушается пассаж пищи по глотке и пищеводу:
 - Атрезия пищевода
 - Трахеопищеводная расщелина
 - Пороки развития челюстно-лицевой области (синдром Пьера-Робина и др.)
- Приобретенная патология пищевода и глотки с нарушением пассажа пищи по глотке и пищеводу
 - Послеожоговый стеноз глотки и пищевода
 - Опухоли глотки, корня языка, пищевода





Показания к гастротомии у детей

- **Врожденная неврологическая патология**
 - бульбарный, псевдобульбарный синдром
 - гастроэзофагеальный рефлюкс
 - нейрогенная анорексия
(врожденная дисплазия головного, шейного отдела спинного мозга и др.)
- **Приобретенная неврологическая патология**
 - псевдобульбарный, бульбарный синдром
 - гастроэзофагеальный рефлюкс
 - нейрогенная анорексия
(психологические проблемы, травма)



Гастростомия при атрезии пищевода

- **Несостоятельность швов анастомоза пищевода**
- **Изолированная форма атрезии пищевода**
- **Свищевая форма атрезии пищевода, когда создание первичного анастомоза пищевода невозможно из-за большого диастаза между сегментами**



Пороки челюстно-лицевой области

■ Показания к гастростомии

- **Невозможность проведения энтерального питания естественным путем до 3-4 месяцев**
- **Рецидивирующая аспирационная пневмония**

Вопрос решается совместно со стоматологами, поскольку исключение акта сосания и глотания может усугубить гипоплазию мышц и костей лицевого черепа, что еще больше увеличит степень врожденной деформации лица

СИНДРОМ ПЪЕРА - РОБИНА



Микрогнатия при синдроме Хангарта



Неврологическая патология



- Показания к гастростомии
 - *Гастроэзофагеальный рефлюкс*
 - *Булбарный и псевдобулбарный синдромы*
 - *Нейрогенная анорексия*

Операция выбора – гастростомия с обязательной антирефлюксной защитой.

Гастростомия с фундопликацией, выполненная при адекватном анестезиологическом обеспечении, абсолютно переносима даже самыми тяжелыми неврологическими больными.



Неврологическая патология

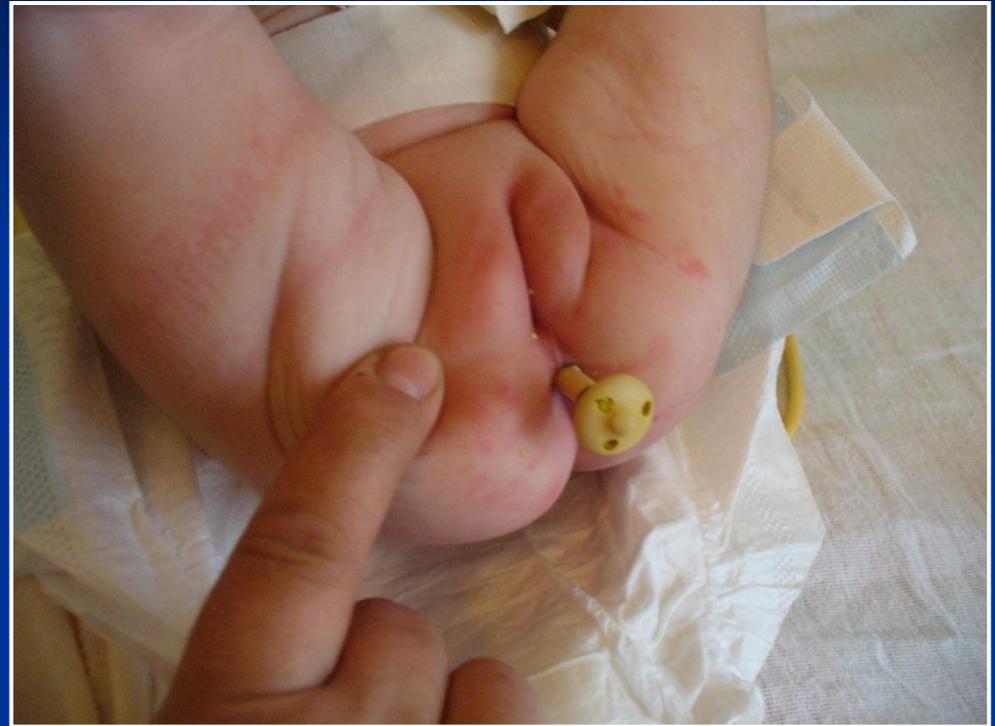
Постоянная гастростома показана лишь у детей с тяжелой дисплазией мозга и бульбарными расстройствами

У большей части пациентов гастростоме удастся закрыть через 8 мес - 2,5 года после ее наложения



Правила ухода за гастростомой

- Ежедневный туалет передней брюшной стенки со сменой фиксирующей пластырной повязки
- Контроль за длиной наружной части гастростомической трубки
- Смена гастростомической трубки 1 раз в 3 месяца



Миграция гастростомической трубки по ЖКТ (!!!)

При неврологической
патологии гастростома
накладывается в
настоящее время
значительно чаще - 58%



- Временная гастростома – 36
- Постоянная гастростома – 2
(неврологические нарушения)



Выводы



- Показаниями к гастростомии является не только хирургическая патология, но и неврологические нарушения, при которых затруднены процессы глотания и сосания, либо имеется ГЭР с аспирационной пневмонией
- Опасности с наложением гастростомы сильно преувеличены. Существующие в настоящее время методы ее создания малотравматичны и не сопровождаются осложнениями
- У большинства пациентов временная гастростомия позволяет достаточно быстро наладить питание естественным путем и справиться с проблемами, потребовавшими наложения гастростомы, что позволяет гастростоме закрыться. Лишь в редких случаях (дисплазия мозга, тяжелые бульбарные расстройства) дети нуждаются в постоянной гастростомии