

Резюме диссертаций: информация из ВАК России

Т.Н. Сергеева — Полипы кардио-эзофагеального перехода у детей: причины возникновения, динамика развития, тактика лечения и прогноз.

T.N.Sergeyeva — Polyps of cardioesophageal junction at children: causes, development, treatment approach and prognosis

(The theses for MD degree)

Цель исследования — на основе анализа причин возникновения и оценки эффективности различных методов лечения полипов кардио-эзофагеального перехода (КЭП) у детей разработать алгоритм ведения и обосновать принципы терапии при данной патологии.

Группу исследования составили 105 детей с полипами КЭП, выявленными при проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), со сроком катamnестического наблюдения от 1 года до 9 лет ($3,1 \pm 1,8$ года). В первую группу вошли 55 детей с полипами размером менее 5–6 мм, наблюдавшихся консервативно, без проведения эндоскопической полипэктомии (ЭП). Вторую группу составили 50 детей с полипами размером более 5 мм или другими показаниями к их удалению, которым была проведена ЭП. Также были обследованы 20 взрослых пациентов 18–27 лет, у которых полипы были обнаружены в детском возрасте в 1993–2003 гг.

Детям проводилось обследование, включавшее изучение жалоб и анамнеза заболевания, инструментальную диагностику — ЭГДС с биопсией ткани полипа и слизистой оболочки (СО) антрального отдела желудка и морфологическим исследованием биоптатов, эндоскопическую рН-метрию, суточное мониторирование рН в пищеводе и желудке, а также диагностику *H. pylori*. Проводилось изучение архивных историй болезней детей.

Описание эндоскопических изменений (в том числе полипов) и формулировка заключений осуществлялись в соответствии с Минимальной стандартной терминологией эндоскопии пищеварительной системы (З. Маржатка, Е.Д. Фёдоров, 1996). Для оценки степени повреждения СО пищевода использовалась классификация рефлюкс-эзофагита у детей по G. Tytgat в модификации В.Ф. Приворотского и соавт. (2004): I степень

— очаговая эритема и (или) рыхлость СО абдоминального отдела пищевода; II степень — то же + появление одиночных эрозий; III степень — то же + распространение воспаления на грудной отдел пищевода, множественные эрозии; IV степень — язва пищевода, пищевод Баррета, стеноз пищевода.

Проводилось морфологическое исследование биоптатов. Гистологический тип полипа устанавливался в соответствии с Международной гистологической классификацией опухолей пищевода и желудка № 18 на основе рекомендаций ВОЗ (К. Oota, L. Sobin, 1982).

Диагностику инфекции *H. pylori* осуществляли бактериоскопическим методом и с помощью быстрого уреазного теста в биоптатах СО антрального отдела желудка. Инфицирование *H. pylori* диагностировалось при совпадении положительных результатов двух тестов.

Эндоскопическая пристеночная рН-метрия выполнялась с использованием ацидогастрометра АГМ-03 (НПП «Исток-Система», Россия). 24-часовое мониторирование рН проводилось при помощи аппарата «Гастроскан 24» (НПП «Исток-Система», Россия) до назначения антисекреторных препаратов.

Частота выявления полипов КЭП при проведении ЭГДС у детей увеличилась с 4,2% в 2003 г. до 6,2% в 2007 г.

Полипы наиболее часто обнаруживаются у мальчиков в возрасте от 7 до 15 лет преимущественно при впервые проведенной ЭГДС. Крупные полипы (>5 мм) чаще выявляются у детей в возрасте до 12 лет с более коротким анамнезом гастроэнтерологического заболевания ($1,8 \pm 2,1$ года), полипы небольших размеров (≤ 5 мм) — у подростков (13–15 лет) с достоверно более длительным анамнезом ($4,1 \pm 3,2$ года), $p < 0,001$.

Эндоскопическими особенностями полипов КЭП являются: расположение на конце утолщенной складки в области правой и задней стенок пищеводно-желудочного перехода, широкое основание, полусферическая форма. Для крупных полипов (>5 мм) характерно большее разнообразие форм и типов, эрозирование поверхности ($p=0,04$).

Полипы КЭП у 93,3% детей сопровождаются воспалительными явлениями в пищеводе, нередко (63,0%) с образованием линейной эрозии над полипом, нарушениями моторики верхних отделов пищеварительного тракта в виде недостаточности кардии, гастроэзофагеального пролапса (в половине случаев) и *дуодено-гастрального рефлюкса* (ДГР) – 81,9%, явлениями гастрита, дуоденита различной степени выраженности (у всех пациентов).

При морфологическом исследовании выявляются гиперпластические полипы (у 91,2% детей) и редко (у 8,8%) фовеолярная гиперплазия слизистой оболочки кардиального отдела желудка с высокой частотой воспалительных изменений (64,7%). Диспластические изменения низкой степени регистрировались в 2,9% случаев.

У большинства детей (94,5%) с полипами размером <5 мм, не подвергавшихся полипэктомии, отмечается отсутствие динамики (58,2%) или обратное развитие полипов в виде уменьшения размеров (21,8%) или полной регрессии (14,5%). Обратное развитие полипов чаще происходит в подростковом возрасте (13–15 лет) при отсутствии эрозивного эзофагита. Обратное развитие, а также отсутствие рецидивов после полипэктомии чаще наблюдается у детей, получающих повторные курсы антирефлюксной терапии ингибиторами протонной помпы, прокинетиками, антацидами.

Частота рецидивов полипообразования после эндоскопической полипэктомии составила 46,0%, после повторного ее проведения – 43,0%. Факторами риска рецидивирования явились младший школьный возраст ребенка (6–10 лет), нали-

чие воспалительных изменений на поверхности полипа, прогрессирование эзофагита и нарушений моторики верхних отделов пищеварительного тракта (недостаточность кардии, гастроэзофагеальный пролапс, ДГР), нерегулярная лекарственная терапия после полипэктомии.

У пациентов с рецидивами, получавших только консервативную терапию без повторных полипэктомий, не было роста числа рецидивных полипов (23,1%) или наблюдалось их обратное развитие в виде уменьшения размеров (46,1%) и полной регрессии (30,8%) в течение от 2 мес до 3 лет.

По данным суточного мониторинга pH в пищеводе, у детей с полипами КЭП патологические *гастроэзофагеальные рефлюксы* (ГЭР) выявлялись чаще (в 42,1% случаев), чем у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без полипов (30,8%), причем с одинаковой частотой кислотные и щелочные. Для детей с полипами характерны большие количество и длительность щелочных рефлюксов, а также более продолжительное время с $pH>7,5$ за сутки. Возникновение щелочных ГЭР в пищеводе совпадало с регистрацией ДГР в теле желудка.

У всех пациентов 18–27 лет отмечалось обратное развитие полипов КЭП, выявленных в детском возрасте и не потребовавших проведения полипэктомии: уменьшение их размеров (17,6% случаев) и полная регрессия (82,4%) на фоне сохраняющихся клинических и эндоскопических проявлений рефлюкс-эзофагита.

Диссертация *на соискание ученой степени кандидата медицинских наук* выполнена в ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава».

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор **С.И. Эрдес**.

Дата защиты: 15.06.2009 на заседании диссертационного совета Д 208.040.10 при ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава».