

2) планирование диспансеризации с учетом выявляемых тенденций по характеру и тяжести повреждений;

3) планирование диспансерных мероприятий в зависимости от возрастных групп, формирующихся по исходу травм;

4) систематическое плановое изучение эффективности реабилитационных мероприятий с применением объективных статистических методов;

5) своевременное информирование врачей об использовании новых методов диагностики и лечения;

6) обеспечение комплексности исследований, позволяющих точно диагностировать патологический процесс с учетом возрастных особенностей;

7) выявление нозологических форм, требующих повышенного внимания, уточнение сроков периодичности осмотров;

8) уточнение и разработка рекомендаций по дальнейшему совершенствованию методов медицинской реабилитации;

9) сотрудничество с МСЭК при определении инвалидности и планирование последующей социальной адаптации.

Выводы и заключение. По нашему мнению, стратегическим направлением в борьбе с глазным травматизмом нужно считать административно-законодательный уровень, что позволяет оценивать его как централизованную профилактику травматизма; тактической же задачей остается уменьшение риска слепоты путем оптимизации и совершенствования лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий на уровне региональных специализированных служб – офтальмотравматологических

центров с задачами диспансеризации и реабилитации. Наиболее оптимальным путем поддержания достаточного уровня борьбы с травматизмом и его последствиями является формирование целевых программ с целевым финансированием.

Литература

- Бровова Н.Ф. Травмы глаза у детей / Н.Ф.Бровова - М.: Медицина, 2005. – 260 с.
- Bobrova N.F. Eye injuries in children / N.F. Bobrova. - M.: Medicine, 2005. – 260 p.
- 2 Вэндер Д. Ф. Секреты офтальмологии / Пер с англ. Д. Ф. Вэндер, Д. А. Голт; под ред. Ю. С. Астахова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - С. 365- 371.
- Vender D.F. Secrets of ophthalmology / Translated from English D.F. Vender, D.A. Gault; ed. J.S. Astakhov. - M.: MEDpress-inform, 2008. - P.365- 371.
3. Дадамухамедова Ш.М. Анализ травм органа зрения у детей / Ш.М. Дадамухамедова // Тезисы докл. VIII съезда офтальмологов России. - М., 2005. - С.351.
- Dadamuhamedova Sh.M. Analysis of eye injuries in children / Sh.M. Dadamuhamedova // Abstracts of the VIII Congress of Russian Ophthalmologists. – M., 2005. - P.351.
4. Детский глазной травматизм в Красноярске за 1991 – 1995 годы: Динамика, тенденции / В.В. Иванов [и др.] // Тезисы докл. X междунар. офтальмологич. симпозиума, Одесса – Генуя – Одесса. – Одесса, 1997. – С. 51 - 52.
- Children's eye injuries in Krasnoyarsk for the 1991 - 1995 years: Dynamics, Trends / V. V. Ivanov [et al.] // Proceedings of X International Ophthalmology Symposium, Odessa - Genoa - Odessa. - Odessa, 1997. - P. 51 - 52.
5. Иванов В.В. Некоторые аспекты прогнозирования исходов проникающих ранений глаз у детей в процессе мониторинга / В.В. Иванов, Т.А. Хай-Вин-Бо, П.В. Шелег // Актуальные проблемы офтальмологии: сб. тез. Юбилейного го симпозиума ГУ НИИ глазных болезней им. Гельмгольца – М., 2003. - С. 26-27.
- Ivanov V.V. Some aspects of forecasting outcomes of penetrating eye injury in children in the
6. Orekh S.G. Post-traumatic uveitis and sympathetic ophthalmia as a manifestation of the autoimmune eye lesion / S.G. Orekh, V. V. Ivanov // Proceedings of the VIII Congress of Russian Ophthalmologists. – M., 2005. - P.123.
7. Статистический бюллетень. Возрастно-половой состав населения Красноярского края 1999-2003 гг. – Красноярск, 2004. – 50 с.
- Statistical Bulletin. Age-gender structure of the population of the Krasnoyarsk Territory 1999-2003. - Krasnoyarsk, [B1] 2004. - 50 p.
8. Яблонская Л.Я. Современные тенденции заболеваемости глазами глаз и пути совершенствования организации офтальмологической помощи в субъекте Российской Федерации: автореф. дис... канд. мед. наук / Л.Я. Яблонская. - Екатеринбург, 2006. - 23 с.
- Yablonskaya L.Y. Modern trends of eye diseases morbidity and ways to improve the organization of ophthalmological care in the Russian FederationSubject: PhD. diss ... abstr. / L.Y. Yablonskaya. - Ekaterinburg, 2006. - 23 p.
9. Формирование медико-социальной программы реабилитации детей, перенесших тяжелую травму глаз / Е.Л. Бахарева [и др.] // Тезисы докладов VIII Съезда офтальмологов России. - М., 2005. - С.61.
- Medical and social rehabilitation of children who have suffered severe eye trauma / E.L. Bakhareva [et al.] // Proceedings of the VIII Congress of Russian Ophthalmologists. – M., 2005. - P.61.
10. The evaluation of ocular trauma in children between ages 0-12 / N. Ariturk [et al.] // Turk. J. Pediatric. – 1999. - V. 41, N. 1. - P. 43-52.
11. Penetrating eye trauma in children / T. Chan [et al.] // Ir. Med. J. -1995-. V.88, N.5. – P.168-170.
12. Open globe injuries in children / C. Jandeck [et al.] // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. - 2000. - V. 238, N. 5. - P. 420-426.

**В.А. Саввина, М.Е. Охлопков, А.Р. Варфоломеев,
Б.Н. Николаев, А.Ю. Тарасов**

ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ

УДК 616.329-089: 612.648 (571.56)

В статье представлен клинический материал хирургического отделения Педиатрического центра г. Якутска – новорожденные с патологией пищевода за последние 20 лет. С изменением тактики до- и послеоперационного ведения больных после эзофагопластики,

применением однорядного анастомоза, продленной искусственной вентиляции легких, длительной медикаментозной седации в раннем послеоперационном периоде улучшилась выживаемость новорожденных с атрезией пищевода. Впервые внедрены методы профилактики послеоперационного стеноза пищевода, новые более безопасные и эффективные методы борьбы со стенозом пищевода. Впервые внедрена операция колоэзофагопластики у младенца после экстирпации пищевода.

Ключевые слова: атрезия пищевода, эзофагоанастомоз, новорожденные, пластика пищевода.

The paper presents a clinical material of new-born children esophagus pathology for the past 20 years in a surgery department of the Yakutsk Pediatric Centre. Due to a pre-and-post-tactical operation change after esophagoplasty using monorowd anastomosis, long artificial ventilation of lungs, long medicine sedation in the early post-operation period new-born children survival with esophageal atresia has become better. For the first time prophylactic methods of esophagus stenosis, new safer and more effective methods were introduced. For the first time operation of child coloesophagoplasty after esophagus extirpation was used.

Keywords: esophageal atresia, esophageal anastomosis, newborn children, esophageal plasty.

САВВИНА Валентина Алексеевна – к.м.н., доцент МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, гл. внештатный детский хирург МЗ РС (Я), врач детский хирург высшей квалиф. категории Педиатрического центра РБ №1-НЦМ, SavvinaVA@mail.ru; **ВАРФОЛОМЕЕВ Ахмед Романович** – д.м.н., проф. МИ СВФУ; **НИКОЛАЕВ Валентин Николаевич** – доцент МИ СВФУ, врач детский хирург высшей квалиф. категории ПЦ РБ №1-НЦМ; **ОХЛОПКОВ Михаил Егорович** – к.м.н., зав. отд. ПЦ РБ №1-НЦМ, доцент ИПОВ МИ СВФУ; **ТАРАСОВ Антон Юрьевич** – врач детский хирург высшей квалиф. категории ПЦ РБ №1-НЦМ.

Введение. Большое практическое значение вопросов хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных обусловлено высокой частотой осложнений и летальности, особенно у новорожденных со значительным дефицитом массы и тяжелой сопутствующей патологией [3,4,5]. В последние десятилетия значительно улучшились результаты лечения данного порока развития [8,10,12], в основном благодаря развитию интенсивной терапии и методов лечения сопутствующей патологии. С целью максимального сохранения собственного пищевода у больных применяются разные способы элонгации пищевода, методы отсроченных анастомозов [1,5]. Более того, успешно внедрены в ведущих клиниках минимально инвазивные методы хирургического лечения атрезии пищевода – торакоскопическая техника наложения анастомоза [6,11]. Несмотря на успехи, достигнутые в хирургической коррекции атрезии пищевода, сохраняется большое число осложнений по-слеоперационного периода – 25-40% [1,4,7]. Большая часть новорожденных с такими осложнениями, как несостоятельность анастомоза, стеноз, рецидив трахео-пищеводного свища, гастроэзофагеальный рефлюкс, требуют повторных оперативных вмешательств. Летальность в этой группе больных достигает 40-70% [4,9]. Методы лечения осложнений часто приводят к необходимости создания искусственного пищевода [1,2]. Несомненно, разработка способов коррекции осложнений, направленных на сохранение собственного пищевода, является необходимой для дальнейшего улучшения результатов. До 2000 г. в Республике Саха (Якутия) среди новорожденных с атрезией пищевода выживали единицы, но за последние 8 лет удалось добиться 88%-й выживаемости при данном пороке развития. Даже в самой тяжелой группе больных – группе С по классификации Waterston выжило 75% новорожденных. В настоящее время вопрос выживаемости новорожденных с атрезией пищевода решен, но остается немало проблем по устранению множества возможных тяжелых осложнений по-слеоперационного периода и улучшению качества жизни детей с пороками развития пищевода.

Цель исследования – изучить особенности и осложнения по-слеоперационного периода новорожденных, оперированных по поводу врожденной патологии пищевода, улучшить качество жизни данной группы больных.

Материалы и методы исследования

Материалы. За исследуемый период с 1992 по 2011 г. (20 лет) в Педиатрическом центре г. Якутска на лечении находилось 54 новорожденных с атрезией пищевода. Из них 44% больных поступили из роддомов улусов, при этом на 1-е сутки жизни госпитализированы 58% больных с атрезией пищевода, из роддомов г. Якутска – 87%. Таким образом, 74% новорожденных с атрезией пищевода поступили в 1-е сутки жизни, что говорит о достаточно высоком уровне диагностики данного порока педиатрами роддомов, и только 7% (4 больных) поступили на 3-и сутки жизни.

У 61% больных атрезии пищевода выявлены множественные пороки развития, чаще аноректальные атрезии – 16%, врожденные пороки сердца – 41, урологическая патология – 13, костные аномалии – 11%, VACTERL-синдром наблюдался у 2 больных. В группе больных с атрезией пищевода отмечается наибольший удельный вес недоношенности – 57%, внутриутробной гипотрофии – 30%, с оценкой по шкале Апгар, т.е. с явлениями гипоксии, родились 70% младенцев с атрезией пищевода, 23% родов проведены оперативным способом.

В 89% случаев (48 больных) выявлена атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом, у 9% – атрезия пищевода с верхними и нижними трахео-пищеводными свищами (5 больных), по 2% (по 1 больному) – бессвищевая форма атрезии пищевода и атрезия пищевода только с верхним трахео-пищеводным свищом. 70% новорожденных с атрезией пищевода поступили с явлениями аспирационной пневмонии. Не оперированы 4 новорожденных по причине тяжести состояния. В 5 случаях хирургическая тактика ограничилась только наложением гастростомы из-за тяжести состояния больных. Торакотомия выполнена 44 больным (81%), 1 больному с бессвищевой формой атрезии пищевода торакотомия не выполнена, сразу наложены гастростома и шейная эзофагостома. Эзофагоанастомозложен у 39 больных (72%), в 1 случае ввиду протяженного диастаза (более 2 см) между сегментами пищевода после перевязки трахео-пищеводного сви-

ща выведена шейная эзофагостома и наложена гастростома по Кадеру, в 2 случаях операция ограничилась перевязкой свища и наложением гастростомы, еще 2 новорожденных умерли во время операции при выделении и перевязке трахео-пищеводного свища.

Результаты и обсуждение. По классификации Waterston (1962) все больные с атрезией пищевода разделены на 3 основные группы с учетом их физического развития, осложнений и сочетанных пороков развития, что позволяет стандартизировать различные варианты состояния новорожденных:

Группа А – новорожденные с массой тела при рождении свыше 2500 г и в хорошем общем состоянии;

Группа В – новорожденные с массой тела при рождении от 2000 до 2500 г в хорошем общем состоянии и более 2500, но с пневмонией или сочетанными пороками развития;

Группа С – новорожденные с массой тела при рождении менее 2000 г и более 2000 г, но с пневмонией или врожденными пороками развития.

В нашем наблюдении новорожденные группы А составили всего 11%, группы В – 56, группы С – 33%. Распределение больных по временным периодам отражено в таблице.

За I период (1992-2001 гг.) 40% составили больные группы С – в основном недоношенные маловесные дети, дети с тяжелой пневмонией, сопутствующими пороками развития. В группе С за I период никто не выжил, в целом за этот период летальность составила 93%. За II период (2002-2011 гг.) 54% поступивших новорожденных с атрезией пищевода отнесены к группе В, группе С – 27% поступивших больных. За этот период выжили почти все дети группы А и В, более половины младенцев группы С (57%). Общая летальность при атрезии пищевода за изучаемый период снизилась в 5 раз – с 93 до 19%.

За I период наложены 16 анастомозов пищевода (57%), за II период выполнено 23 эзофагоанастомоза (88%). В последние годы четко придерживаются следующих особенностей при лечении атрезии пищевода:

– во время предоперационной под-

Распределение больных с атрезией пищевода по группам (по классификации Waterston), чел. (%)

Группа	I период	Летальность за I п.	II период	Летальность за II п.	Общее кол-во	Летальность
A	1 (3)	–	5 (19)	1 (20)	6 (11)	1 (17)
B	16 (57)	15 (94)	14 (54)	1 (7)	30 (56)	16 (53)
C	11 (40)	11 (100)	7 (27)	3 (43)	18 (33)	14 (78)
Всего:	28	26 (93)	26	5 (19)	54	31 (57)

готовки правильной тактикой является отказ от попыток катетеризации правой подключичной вены, так как при право-сторонней торакотомии наличие гематомы в верхнем средостении справа создает сложности во время ревизии и мобилизации верхнего сегмента пищевода;

– доступ – задне-боковая торакотомия в V межреберии, экстраплевральный подход к пищеводу;

– при мобилизации трахео-пищеводного свища можно пищевод отсечь от трахеи без предварительного прошивания, затем наложить швы на дефект трахеи (с целью сохранения длины нижнего сегмента пищевода);

– достаточная мобилизация верхнего сегмента, при натяжении можно использовать метод элонгации верхнего сегмента – миотомию по Livaditis;

– эзофагоанастомоз возможен при диастазе между сегментами после их мобилизации не более 2 см;

– эзофагоанастомоз формируется однорядным непрерывным швом в задней полуокружности и узловыми швами на передней полуокружности биодеградирующей нитью ПДС 5/0, зона анастомоза окутывается пластиной «Сурджисель»;

– после операции обязательно оставление достаточно широкого дренажа в заднем средостении для ранней диагностики несостоятельности.

После операции наложения эзофагоанастомоза продленную вентиляцию легких с медикаментозной седацией продолжаем весь «опасный» период для анастомоза (до 7-8 суток), дренаж в заднем средостении сохраняя также до 7-9 послеоперационных суток. Ранней диагностикой несостоятельности эзофагоанастомоза еще до развития рентгенологически выявляемого пневмомедиастинаума является появление признаков слюны по дренажу, при этом диагноз подтверждается рентгеноконструстным исследованием с использованием водного контраста. В группе выживших больных с атрезией пищевода (23 новорожденных) в 30% случаев (7 больных) наблюдалась несостоятельность анастомоза, которая диагностирована на 6-е-7-е сутки после операции. В 6 случаях несостоятельности анастомоза (86%) выполнены реторакотомии, у 5 больных выявлены протяженные дефекты в области анастомоза, поэтому соустия разобщены с выведением шейной эзофагостомы, экстирпацией дистального отдела пищевода и наложением гастростомы, в 1 случае на реторакотомии выявлен небольшой дефект в области анастомоза – ушит с хорошим клиническим

исходом. В 1 случае несостоятельности эзофагоанастомоза ввиду наличия ненапряженного пневмоторакса и небольшого количества отделяемого по дренажу продолжена консервативная тактика с установкой дополнительного дренажа в заднее средостение для введения антибиотиков и наложения гастростомы с установкой питательного зонда в тощую кишку, заживление у данного больного без стенозирования.

Для профилактики стеноза области анастомоза с 2007 г. выполняем на 21-е-24-е сутки после эзофагоанастомоза калибровочное бужирование пищевода под наркозом до проведения возрастного диаметра бужа. У 3 больных в послеоперационном периоде отмечались стенозы в области анастомоза пищевода с выраженными явлениями дисфагии (13%). При эндоскопии диаметр просвета пищевода был в пределах 3-2 мм. 2 больным наложены гастростомы и выполнены бужирования за нить с хорошим клиническим результатом. 1 больному выполнены неоднократные баллонные дилатации зоны эзофагоанастомоза, на первой процедуре у данного больного произошло ранение пищевода, выполнена реторакотомия с ушиванием дефекта пищевода. В последующем у данного больного выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс с эрозивно-катаральными изменениями в дистальных отделах пищевода, после безуспешных попыток консервативной терапии выполнена антирефлюксная операция. С 2010 г. бужирование пищевода выполняется по струне, которая устанавливается эндоскопически, мягкими пищеводными бужами, последний метод является более безопасным. У всех больных удалось консервативными мероприятиями справиться со стенозом пищевода.

Рецидив трахео-пищеводного свища наблюдался в 1 случае у ребенка после разобщения соустия вследствие его несостоятельности и ушивания нижнего сегмента пищевода, мальчик оперирован повторно – выполнена экстирпация нижнего сегмента пищевода, в последующем проведена операция создания искусственного пищевода.

Таким образом, у 18 больных после эзофагоанастомоза имеется хороший клинический результат (78%). Большинство больных с хорошим результатом периодически жаловались на явления дисфагии первые 6-12 мес после операции, на рентгенэндоскопическом исследовании сужения зоны анастомоза не выявлено. Данные симптомы связаны с нарушением моторной функции пищевода, что является сопутствующим функциональным со-

стоянием после операций с мобилизацией сегментов пищевода [4], на фоне проводимых консервативных мероприятий эти явления полностью могут купироваться. В дальнейшем физическое развитие детей, оперированных по поводу атрезии пищевода, не отстает от сверстников.

5 больным выполнена экстирпация пищевода вследствие протяженной несостоятельности анастомоза, 3 из них – колоэзофагопластика (2 – в РДКБ г. Москва, 1 – у нас), еще 2 больных пока не оперированы. В нашей клинике впервые колоэзофагопластика выполнена в ноябре 2010 г. ребенку 1 года после разобщения эзофагоанастомоза вследствие его несостоятельности. Толстокишечный трансплантат на питающем сосуде *a. colica sinistra* проведен загрудинно, наложен шейный эзофагоколоанастомоз, кологастроанастомоз с антирефлюксной защитой по Степанову-Разумовскому, колоанастомоз. Послеоперационный период без осложнений, выписан на 21-е п/о сутки, ест через рот протертую пищу. Контроль через 1 год: физическое развитие несколько отстает, вес 13 кг, питание только через рот, ест практически все, хорошо разжевывая пищу. При питании часто еду запивает водой, иногда мама подталкивает пищевой комок в подкожно расположенным шейном сегменте трансплантата. Гастростомическая трубка удалена, свищей, стенозов в области шейного соустия нет, рефлюкса в трансплантат также не выявлено. Результат операции оценен как вполне благоприятный.

Кроме того, у 2 младенцев (1 и 1,5 мес.) наблюдался врожденный стеноз н/з пищевода, выполнена пластика пищевода в ¼ после наложения гастростомы. В послеоперационном периоде проводились бужирования по струне с хорошим клиническим исходом.

Выводы.

1. Выживаемость при атрезии пищевода увеличилась за исследуемый период (с 1992 по 2011 г.) с 7% до 81, а за последние 8 лет внедрения изменений в хирургической тактике выживаемость составила 88%. По данным ведущих клиник, выживаемость при атрезии пищевода составляет 70-90%.

2. В 30% случаев послеоперационного периода наблюдалась несостоятельность эзофагоанастомоза, тем не менее в этой группе все больные выжили. При небольшом дефекте анастомоза возможно добиться хорошего результата без повторной операции, при этом основным положительным моментом является сохранение собственного органа.

3. С целью профилактики стеноза в области соустия оправдано выполнение калибровочного бужирования на 21-е–24-е п/о сутки более безопасным методом бужирования по струне.

4. Методом выбора в случаях разобщения эзофагоанастомоза является колоэзофагопластика с загрудинным проведением трансплантата и созданием антирефлюкского механизма в области коло-гастроанастомоза.

Литература

1. Атрезия пищевода: 48-летний опыт лечения в Санкт-Петербурге / Т.К. Немилова [и др.] // Детская хирургия. – 2003. – №6. – с.14-16.

Esophageal atresia: 48 –year treating experience in St. Petersburg / T.K. Nemilova [et al.] // Pediatric Surgery.-2003.-No.6.-p.14-16.

2. Баиров В.Г. Повторные операции у детей с атрезией пищевода: дисс. ...д-ра мед. наук/ В.Г. Баиров – СПб, 1998. – 188 с.

Bairov V.G. Repeated operations of children with esophageal atresia: diss. doctor in medicine / V.G Bairov., Spb.-1998. – 188 p.

3. Валеев В.В. Прогнозирование исходов лечения атрезии пищевода у новорожденных: дисс. ...канд. мед. наук / В.В. Валеев/ – Иркутск, 2007. – 126 с.

Valeev V.V. Prognosis of esophageal atresia treatment in new-born children", PhD. diss./ V.V. Valeev // Irkutsk, -2007. – 126 p.

4. 10-летний опыт лечения новорожденных эзофаго-эзофагоанастомозом / Т.В. Красовская [и др.] // Детская хирургия. – 2003. – №6. – с. 5-8.

10-year expericency of treating of the newborns by means of esophageal anastomosis / T.V. Krasovskaya [et al.] // Pediatric Surgery.-2003.-No.6.-P.5-8.

5. О сроках выполнения пластики пищевода у детей с его атрезией /С.-Х.М. Батаев [и др.] //Хирургия. – 2002. – №11. – с.19-23.

S.-Х.М. Bataev, A.Yu. Razumovskay, A.I. Zakharkova and et.al. // Surgery. - 2002. - No11. -p.19-23.

Terms in esophageal plasty in children with atresia /S.-Х.М. Bataev [et.al.]///Surgery.-2002.-No11.-p.19-23.

6. Торакоскопическая коррекция атрезии пищевода: первый опыт / А.Ю. Разумовский [и др.] // Детская хирургия. – 2010. – №3. – с.4-8.

Thoracoscopic correction of esophageal atresia: the 1st experience /A.Yu. Razumovskii [et al.] //Pediatric Surgery.-2010.-No.3.-p.4-8.

7. Lilja H.E. Outcome in neonates with esophageal atresia treated over the last 20 years / H.E. Lilja, T. Wester // Pediatr. Surg. Int. – 2008 – 24(5) – p.531-6.

8. MacKinlay G.A. Esophageal atresia surgery in the 21st century / G.A. MacKinlay // Semin. Pediatr. Surg. – 2009. – 18(1) – p.20-2.

9. Mortell A.E. Esophageal atresia repair with thoracotomy: the Cincinnati contemporary experience / A.E. Mortell, R.G. Azizkhan // Semin. Pediatr. Surg. – 2009. – 18(1) – p.12-9.

10. Outcome of children with repaired esophageal atresia / F. Gottrand [et al.] // Arch. Pediatr. – 2008 – 15(12) – p.1837-42.

11. Successful treatment of severe refractory anastomotic stricture in an infant after esophageal atresia repair by endoscopic balloon dilation combined with systemic administration of dexamethasone / T. Hishiki [et al.] // Pediatr. Surg. Int. – 2009. – 25(6). – p.531-3.

12. Use of transanastomotic feeding tubes during esophageal atresia repair / S.I. Alabbad [et al.] // J. Pediatric Surgery. – 2009. – 44(5) – p.902-5.

**П.П. Бессонов, Н.Г. Бессонова, С.А. Курилович ,
О.В. Решетников**

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС И СИМПТОМЫ ДИСПЕПСИИ У КОРЕННОГО СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ

УДК 613.33-002(571.56-22)

С целью изучения распространенности гастроэзофагеального рефлюкса, симптомов диспепсии у коренного сельского населения Якутии и выявления факторов риска их развития обследованы жители двух сельских поселков, расположенных примерно в 200 км от Якутска в возрасте 45-70 лет. Был заполнен гастроэнтерологический вопросник с последующим выделением синдромов диспепсии, ГЭР, проведено эндоскопическое исследование. Выявлены симптомы гастроэнтерологического рефлюкса и диспепсии. При этом факторы риска развития ГЭР существенно отличаются от таковых при синдроме диспепсии. Некоторые из этих факторов являются модифицируемыми, что позволяет планировать в их отношении профилактические мероприятия.

Ключевые слова: гастроэзофагеальный рефлюкс, диспепсия, популяция, распространенность, факторы риска.

In order to study the prevalence of gastroesophageal reflux (GER), dyspepsia symptoms in the indigenous rural population of Yakutia and identify risk factors for their development residents of the two rural villages, located about 200 km from Yakutsk at the age of 45-70 years were examined. Gastroenterological questionnaire was filled with subsequent isolation of dyspepsia and GER syndromes. Symptoms of gastroesophageal reflux and dyspepsia were revealed. In this case, the risk factors for GER differ significantly from those of the syndrome of dyspepsia. Some of these factors are modifiable, which allows planning for their preventive measures.

Keywords: gastroesophageal reflux, dyspepsia, population, prevalence, risk factors.

В настоящее время в соответствии с рекомендациями согласительных совещаний Международной рабочей группы по совершенствованию диагностических критериев функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (Римские критерии I, 1991; II, 1999; III, 2006) синдром диспепсии определяется как ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, перепол-

нение, раннее насыщение и др.), локализованное в подложечной области ближе к срединной линии. Последнее согласительное совещание дало подробное определение каждого из симптомов, входящих в данный синдром. Рекомендовано деление диспепсии на 2 подгруппы: синдром эпигастральной боли и синдром постпрандиальной (после приема пищи) диспепсии [3]. В эпидемиологических исследованиях, проведенных в мире, при использовании термина «боли в верхней части живота» распространенность диспепсии составила от 7% в Сингапуре до 34 в Новой Зеландии. Более широкое определение «желудочно-кишечные симптомы в верхней части живота» позволило выявить эти симптомы у зна-

чительно большей части населения – от 24% в Испании до 41 в Великобритании и 45% в Нигерии. В соответствии с Римскими критериями I распространенность диспепсии колебалась от 8% в Сингапуре до 38 в Австралии. Наконец, в двух исследованиях распространенность диспепсии, по Римским критериям II (1999), оказалась сходной (24%) в Китае и Австралии [6]. Существовавший ранее в рамках определения диспепсии ее рефлюкс-подобный вариант в последнее время отделен от диспепсии в самостоятельное нарушение – ГЭР [4, 8]. Термином «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» (ГЭРБ) обозначают хроническое рецидивирующее заболевание, причиной развития которого является

БЕССОНОВ Прокопий Прокопьевич – к.м.н., доцент МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, bessonovproc@mail.ru; **БЕССОНОВА Наталья Георгиевна** – к.м.н., доцент МИ СВФУ; **КУРИЛОВИЧ Светлана Арсентьевна** – д.м.н., проф., зав. лаб. НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск; **РЕШЕТНИКОВ Олег Вадимович** – д.м.н., с. н. с. НИИ терапии СО РАМН.