

Тахлили марҳилаҳои бемороне, ки мурочиат кардаанд, сатҳи баланди безътиноиро нишон медиҳад (марҳилаи III-IV) - 553 бемор.

Натиҷаҳои татбиқи тадбирҳои дар барномаи миллии мубориза бар зидди бемории саратон пешбинишударо чамъбаст намуда, бояд таъғирёбии мусбии баъзе нишондиҳандаҳои расонидани кӯмаки саратониро ба аҳоли қайд кард: коҳиши ғавт аз саратон, тамоюли афзоиши марҳилаҳои аввал, афзоиши шумораи бемороне, ки пас аз ташхиси саратон дар тӯли 5 сол ё бештар аз он зинда мондаанд. Таҷҳизоткунони босифати парки технологияҳои ташхисӣ ва табобатӣ сурат гирифт, ҳамзамон, тамоюли устувори афзоиши бемории саратон ба назар мерасад. Коҳишёбии назарраси марҳилаҳои ниҳой (III –IV) ҷой надошта, чораҳои пешгирикунанда аз ҷониби сохторҳои манфиатдор, мақомот ва аҳоли ба қадри кофӣ самаранок гузаронида намешаванд.

Ҳалли вазифаҳои гузошташуда тавассути беҳтарсозии низоми муосири расонидани ёрии саратоншиносӣ, ки ба барвақт ошкор намудани бемориҳои саратон, пешгирии самараноки дуҷумдараҷаи онҳо равона карда шудааст. Унсури

муҳимтарини мубориза ҳавасмандгардонии табибони кумаки аввалия барои ташхиси барвақти саратон ва дарёфти муоинаи гурӯҳҳои одамони дорои хатари саратоншиносӣ мебошад. Иқдомҳои пешаки муайяншуда ин татбиқи нақшаи сохтмони бинои нави МЧИС, тақвияти ҳадамоти патоморфологӣ дар маҷмӯъ дар кишвар ва беҳтар намудани дастрасӣ ба доруҳои кимиёдармонӣ мебошанд. Гуфтаҳои боло ислоҳи ҷиддии барномаи ҷорӣ миллиро ҳам аз ҷиҳати сохторӣ ва ҳам аз ҷиҳати таъминоти захираҳои воқеӣ бо қабули барномаи нав барои солҳои оянда талаб мекунад.

Хулоса. Дар мақола вазъи кунунии ҳадамоти саратоншиносӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳлил карда шудааст. Натиҷаҳои татбиқи барномаи миллии мубориза бар зидди саратон омӯхта ва пешниҳод карда шуданд, мушкилоти ҳалношуда ошкор гардиданд. Дикқат ба қори нокифояи низоми аввалияи тандурустӣ, камбудии таҷҳизоти технологияи муассисаҳои минтақавӣ ҷалб карда шудааст. Роҳҳои тақмили қори ҳадамоти онкологӣ ва дурнамои рушди он бо таваҷҷӯҳ ба самти пешгирикунанда ва тақмили ташхиси барвақтӣ оварда шудаанд.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.329-002-053.2;616.8

Н.Н. Ахпаров, С.Б. Сулейманова, Э.А. Ойнарбаева

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У РЕБЕНКА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

АО «Научный Центр педиатрии и детской хирургии» МЗ, Алматы, Республика Казахстан

Сулейманова С.Б. - к.м.н., отделение неонатологии и хирургии новорожденных Научного Центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК Казахстан, г. Алматы, пр. Аль-Фараби, 146; e-mail: saule_suleiman@mail.ru

В статье представлено клиническое наблюдение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у ребенка с основной патологией центральной нервной системы. Диагностика патологии возможна в результате применения комплекса современных методов исследования, что позволило избежать осложнений, своевременно определить тактику хирургического лечения.

Ключевые слова: дети, дисфагия, рвота, неврология

N.N. Akhparov, S.B. Suleimanova, E.A. Oynarbaeva

CLINICAL CASE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN A CHILD NEUROLOGIC PATHOLOGY

AO “Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery” MH, Almaty, Republic of Kazakhstan

Suleimanova S.B. - Candidate of Medical Sciences, Department of Neonatology and Neonatal Surgery, Scientific Center of Pediatrics and Children's Surgery, MHC RK, 146 Al-Farabi Avenue, Almaty, Kazakhstan; e-mail: suale_suleiman@mail.ru

The article presents a clinical observation of gastroesophageal reflux disease in a child with underlying pathology of the central nervous system. Diagnosis of pathology is possible as a result of the use of a complex of modern research methods, to avoid complications, and timely determine the tactics of surgical treatment.

Введение. Встречаемость гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) у детей с неврологическими нарушениями чаще, чем в остальной детской популяции. Риск развития рефлюкса у таких детей обусловлен патологической моторикой желудочно-кишечного тракта, длительным горизонтальным положением, нарушением процесса глотания, замедленной эвакуацией пищи из пищевода и желудка, аномалии скелета, ослаблением мышечного тонуса и побочными эффектами используемых препаратов в целом. Тяжесть рефлюкса, может быть, связана с отсутствием защитных антирефлюксных механизмов, которые предрасполагают к рецидивирующей респираторной инфекции, способствуют развитию осложнений. Природа тяжелого хронического течения ГЭР у детей с патологией центральной нервной системы (ЦНС) - мультифакторная, и характерные особенности этого заболевания могут отсутствовать. Наряду с этим, диагностика осложняется объективными трудностями обследования, затруднениями при общении с больным, наличием атипичной симптоматики (беспокойство, дистония, судороги и др.). Лишь тонкая оценка всех существующих симптомов, таких как частые эпизоды пневмонии, поперхивания, рецидивирующая респираторная инфекция, должны рассматриваться с позиции имеющегося у ребенка гастроэзофагеального рефлюкса [1-3, 8, 9].

Кроме того, у детей с неврологическими нарушениями есть элемент глотательной дисфункции, что может привести к орофарингеальной аспирации. Эти пациенты могут аспирировать желудочное содержимое вместе со слюной во время кормления. Наилучшая возможность предотвратить дыхательные расстройства зачастую означает избегание перорального кормления (например, кормление через гастростому), а также антирефлюксную операцию. Процедура желудочного дренажа полезна для детей с выявленным замедленным опорожнением желудка до операции, подвергающихся антирефлюксной операции, которая способствует снижению проявления тошноты и рвоты, вызванных симптомами скопления газов. Появление указанных выше симптомов, после антирефлюксной

операции, считается непосредственно связанным с прогрессированием или персистенцией расстройств моторики желудочно-кишечного тракта, связанных с поражением ЦНС, при которых ГЭР является лишь одним из компонентов [4-7, 10].

Понимание потенциальных расстройств моторики желудочно-кишечного тракта, у детей с неврологическими нарушениями, связанных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), является необходимым моментом для реалистичной оценки послеоперационных ожиданий для родителей.

Вариабельность клинических симптомов остается недостаточно ясной, которая создаёт сложности в своевременной верификации патологии, что побудило нас представить собственное наблюдение.

Пациентка А., в возрасте 2-х лет, переведена в отделение хирургии Научного центра педиатрии и детской хирургии после продолжительного лечения в отделении пульмонологии по поводу: «Пневмония двусторонняя, аспирационная, внебольничная, затяжное течение, бронхо-обструктивный синдром. ДН 1-2 ст. Перинатальное поражение ЦНС гипоксическо-ишемического генеза. Гидроцефальный синдром, натальная травма шейного отдела позвоночника в виде вялого тетрапареза, псевдобульбарный синдром. Задержка психомоторного и речевого развития».

В клинической картине преобладали симптомы дыхательной недостаточности, обусловленные затяжным течением аспирационной пневмонии. С первых дней жизни на зондовом кормлении. Попытки введения *per os* сопровождалась поперхиванием, приступообразным кашлем, нарастанием одышки, оральных хрипов, эпизодов апноэ. Не представлялось возможным расширить объем разового введения, который составлял $\frac{1}{2}$ возрастного объема, ввиду нарастания частоты эпизодов регургитации.

Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне тяжелого токсикоза, обморока, анемии I ст. Роды, индуцированные в срок 38 недель. Масса тела новорожденной 2588 гр., внутриутробная

задержка плода. Закричала не сразу, переведена в ОРИТН с диагнозом: «Натальная травма головного и спинного мозга. Вялый тетрапарез, псевдобульбарный синдром. Постнатальная пневмония, тяжелая форма».

Наследственный анамнез не отягощен.

Объективное состояние ребенка расценивалось тяжелым на фоне основной патологии центральной нервной системы доминирование симптомов дыхательной недостаточности II ст., белково-энергетической недостаточности II ст., фактический вес составлял 9 кг. Дыхание самостоятельное, с участием вспомогательной мускулатуры (раздуванием крыльев носа, втяжением межреберных пространств). Одышка в покое, смешанного генеза. Постоянная дистанционная крепитация, что требовало частой санации верхних дыхательных путей. Аускультативно жесткое дыхание, проводилось по всем легочным полям, на фоне которого прослушивалась масса влажных разнокалиберных хрипов.

Пациентка проконсультирована оториноларингологом, заключение: Органы без патологий, отсутствие глотательного рефлекса обусловлены псевдобульбарными расстройствами.

Проведен комплекс клинико-лабораторного обследования включающее ультразвуковое исследование желудка, эзофагогастроскопию, полипозиционную рентгеноскопию пищевода и желудка



с контрастированием.

Ультразвуковое исследование гастроэзофагеальной зоны проводили утром, натощак с помощью аппарата «Siemens sonoline Si-450» (Австрия) с конвексным датчиком 5 МГц. Осуществлялось в два этапа: оценка исследуемой зоны натощак и после заполнения полости желудка жидкостью (молочной взвесью). Моторная функция оценивалась по методике В.Г. Сапожникова: ребенку натощак давали выпить 2/3 разового объема молочной взвеси, приготовленной на основе 5% глюкозы, которая выполняла в дальнейшем роль акустического маркера. Это обеспечивало акустическое контрастирование желудка и позволило четко дифференцировать характер расположения желудка, определить его форму, структуру и толщину стенок. В нашем наблюдении визуализировано утолщение стенок желудка с тракцией кардиофундального угла через пищеводное отверстие диафрагмы, деформацию и зияние кардиальной розетки, при динамическом наблюдении отмечался турбулентный поток жидкости из полости желудка в пищевод.

Рентгенологическое исследование проводилось с помощью аппарата «Philips». Подготовка пациентки осуществлялась по предложенной методике В.Б. Римашевского. Соблюдали классические принципы исследования пищевода: обзорная рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости, рентгеноскопия пищевода с бариевой взвесью в вертикальном положении, рентгеноскопия желудка после заполнения контрастной взвесью, затем в положении Тренделенбурга с целью выявления заброса бария из желудка в пищевод. Высокая частота одновременного вовлечения в патологический процесс пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей с неврологической патологией обязывало исследовать эти три органа при подозрении на заболевания одного из них. В связи с чем последующее продвижение контрастной взвеси (пассаж) по отделам тонкой кишки фиксировали на отсроченных снимках. По результатам обзорной рентгенографии органов грудной клетки выявлены усиление бронхо-сосудистого рисунка и множественные инфильтративные очаги на фоне тени сердца. Для дифференциации контуров пищевода применено контрастное исследование. Тупой угол впадения (110 град.) пищевода в желудок с расширением пищевода в нижней трети (рис. 1).

По результатам отсроченных рентгенологических исследований установлено нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, одним из признаков которого

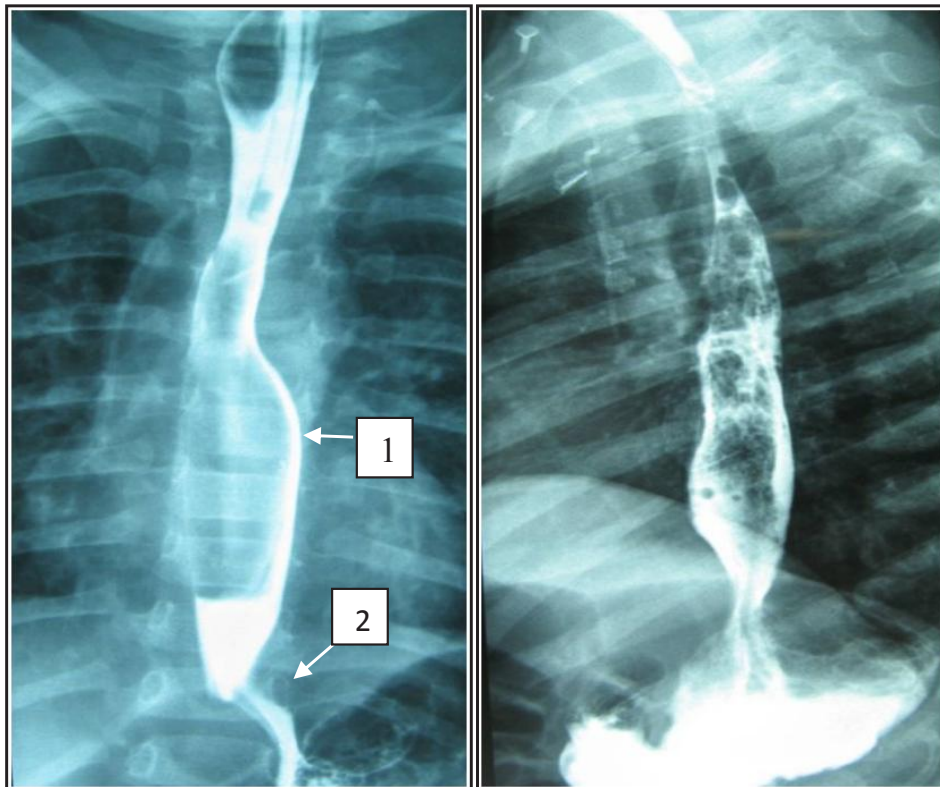


Рис. 1. Эзофагография 1 – расширение просвета нижней/трети пищевода; 2 – изменение угла Гиса (110 град)

явились увеличение размеров желудка, которое обусловлено функциональным пилороспазмом.

Фиброгастроскопия выполнена с использованием гибкого фиброэндоскопа с торцевой оптикой «Olympus» (Япония) с возможностью забора биоп-

сийного материала для дальнейшего гистологического исследования. При фиброэндоскопии линия пищеводно-желудочного перехода представлена «кардиальными зарубками» на топографическом уровне, стенки пищевода на всем протяжении от-

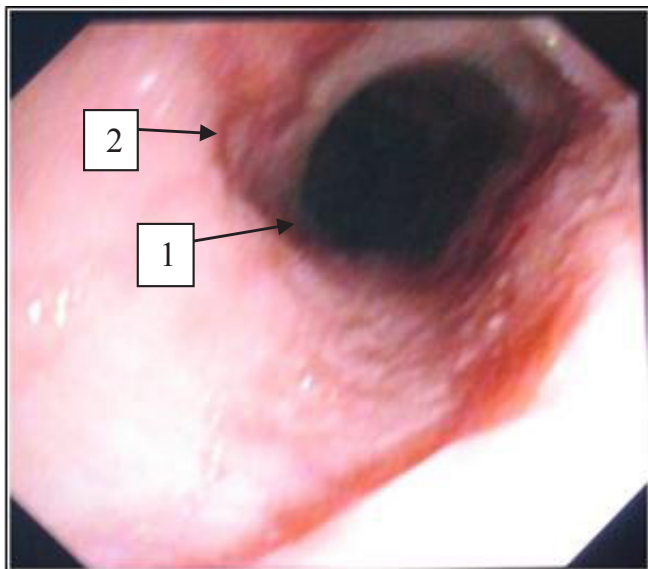


Рис. 2. Эрозивный эзофагит. Фиброэзофагоскопия. 1 – расширение зоны кардиальной розетки; 2 - следы эрозии

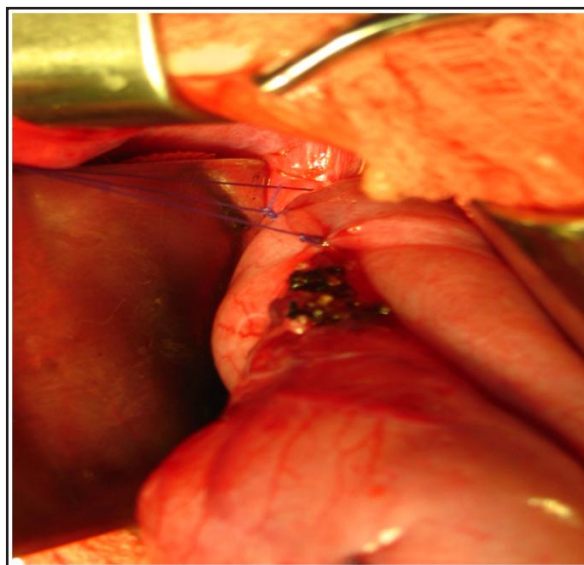


Рис. 3. Интраоперационное фото

ечная, шероховатая с наличием следов эрозии, наложениями на стенках налета фибрина, кардиальный сфинктер зияет, через который определялись складки слизистой оболочки желудка, наличие рефлюкс-эзофагита. Для оценки тяжести рефлюкс-эзофагита применена классификация Savary-Miller, в соответствии с которой диагностирован эрозивный эзофагит III степени (рис. 2).

Патоморфоз биоптата нижней трети пищевода был представлен альтерацией тканей, микроциркуляторными нарушениями. В прилегающем эпителии и собственном слое появилась лейкоцитарная инфильтрация с большим числом эозинофилов, отеком стромы, полнокровием сосудов, с наличием отдельных лейкоцитов, плазмочитов и макрофагов.

С клиническим диагнозом «Гастроэзофагеальный рефлюкс II-III ст. в структуре патологии центральной нервной системы. Эрозивный эзофагит. Нейрогенная дистония стенок пищевода» проведено оперативное вмешательство «Лапаротомия, ревизия, пластика ножек диафрагмы, эзофагофундопликация по Ниссену. Гастростомия по Кадеру. Пилоромиотомия по Фреде-Рамштеду» (рис. 3).

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Энтеральное кормление начато со 2-го дня после операции. Хирургическое вмешательство привело к разрешению симптомов.



Катамнез в течение 2 лет после операции. Отдаленные результаты были сосредоточены на качестве жизни ребенка, условиях кормления, сопутствующих дисфагических проявлениях, гастроэзофагеальном рефлюксе, регистрировались кривые веса и роста ребенка, респираторных осложнениях, приводящих к хроническим заболеваниям легких.

В долгосрочных наблюдениях состояние ребенка протекало удовлетворительно, кормление проводилось в возрастном объеме per os, частично с помощью гастростомической трубки с положительной весовой кривой в соответствии с нормативными возрастными кривыми роста и веса.

С контрольно-диагностической целью ребенку выполнено рентгенологическое исследование, фиброгастроскопия. Рецидивов не выявлено, рефлюкс-заброс купирован. Результаты лечения удовлетворительные.

Таким образом, в значительной степени выбор оперативной тактики можно адаптировать к состоянию конкретного ребенка, результатам объективных и инструментальных тестов на гастроэзофагеальный рефлюкс, псевдобульбарным расстройствам и связанным с ними пилорическим функциональным расстройствам. Своевременная коррекция рефлюксных расстройств у детей с патологиями центральной нервной системы помогает предотвратить развитие серьезных осложнений, которые неизбежно ухудшат качество жизни ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 4-10 см. в REFERENCES)

1. Абдуллоев Д.А. Диагностика и лечение хронического калькулёзного холецистита, сочетающегося с рефлюкс-эзофагитом / Д.А. Абдуллоев // Вестник Авиценны. 2010. № 2 (43). С. 34-37.

2. Ивашкин В.Т. Холинергическая стимуляция: ее роль в осуществлении двигательной функции пищевода и клиренса при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни./В.Т. Ивашкин А.С. Трухманов // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2011; –№4. – С.3-8.

3. Разумовский А.Ю. Повторные лапароскопические фундопликации при лечении желудочно-пищеводного рефлюкса у детей. Детская хирургия. – 2014. – № 3. – С.44-47.

REFERENCES

1. Abdulloev J.A. Diagnosis and treatment of chronic calculous cholecystitis combinating with reflux esophagitis

2. Ivashkin V. T. Kholinergicheskaya stimulyatsiya:

ее rol v osushchestvlenii dvigatelnoy funktsii pishchevoda i klirensa pri gastroezofagealnoy refluksnoy bolezni [Cholinergic stimulation: its role in esophageal motility and clearance in gastroesophageal reflux disease]. *Klinicheskie perspektivy gastroenterologii, gepatologii - Clinical perspectives of gastroenterology, hepatology*, 2011, No. 4, pp. 3-8.

3. Razumovskiy A. Yu. Povtornye laparoskopicheskie fundoplikatsii pri lechenii zheludochno-pishchevodnogo refluksa u detey [Repeated laparoscopic fundoplication in the treatment of gastroesophageal reflux disease in children]. *Detskaya khirurgiya - Pediatric Surgery*, 2014, No. 3, pp. 44-47.

4. Burd R. S., Price M. R., Whalen T. V. The role of protective antireflux procedures in neurologically impaired children. A decision analysis. *Journal of Pediatric Surgery*, 2002, Vol. 37, No. 3, pp. 500-506.

5. Capito C., Leclair M. D., Piloquet H. Long-term outcome of laparoscopic Nissen-Rossetti fundoplication for neurologically impaired and normal children. *Surgical Endoscopy*, 2008, Vol. 22, No. 4, pp. 875-880.

6. Georgeson K. Results of laparoscopic antireflux procedures in neurologically normal infants and children. *Seminars in Laparoscopic Surgery*, 2002, Vol. 9, No. 3, pp. 172-176.

7. Gossler A., Schalamon J., Huber-Zeyringer A., Höllwarth M. Gastroesophageal reflux and behavior in neurologically impaired children. *Journal of Pediatric Surgery*, 2007, No. 42 (9), pp. 1486-1490.

8. Orenstein S. R. An overview of reflux-associated disorders in infants: apnea, laryngospasm, and aspiration. *American Journal of Medicine*, 2001, Vol. 111, Suppl. 8a, pp. 60-63.

9. Pimpalwar A., Najmaldin A. Results of laparoscopic antireflux procedures in neurologically impaired

children. *Seminars in Laparoscopic Surgery*, 2002, Vol. 9, No. 3, pp. 190-196.

10. Richards C. A., Milla P. J., Andrews P. L. Retching and vomiting in neurologically impaired children after fundoplication: predictive preoperative factors. *Journal of Pediatric Surgery*, 2001, Vol. 36, No. 9, pp. 1401-1404.

11. Wadie G. M., Lobe T. E. Gastroesophageal reflux disease in neurologically impaired children: The role of the gastrostomy tube. *Seminars in Laparoscopic Surgery*, 2002, Vol. 9, No. 3, pp. 180-189.

ХУЛОСА

Н.Н. Ахпаров, С.Б. Сулейманова,
Э.А. Ойнарбаева

ҲОЛАТҲОИ КЛИНИКИИ БЕММОРИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛИИ РЕФЛЮКСӢ ДАР КӮДАКONI ГИРИФТОР БА ИХТИЛОЛО- ТИ НЕВРОЛОГӢ

Зимни мақола муоинаи клиникии бемории гастрозофагеалии рефлюксӣ дар мавриди кӯдаконе, ки аз патологияи асосии системаи асаби марказӣ ранҷ мебаранд, муаррифӣ карда шудааст. Ташхиси беморӣ дар натиҷаи истифодаи маҷмӯи усулҳои муосири таҳқиқот имконпазир аст. Нуктаи мазкур барои пешгирӣ аз оризаҳо шароити мусоид фароҳам оварда, саривақт муайян кардани усули муолиҷаи ҷарроҳиро имконпазир гардонид.

Калимаҳои калидӣ: кӯдакон, дисфагия, қай, неврология

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.155.392-036.11-072-053.2

И.И. Караев¹, Р.З. Юлдошев², М.Н. Умарова, Н.Г. Рахимов¹, Б.Р. Рахимов³

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА ЭТАПАХ ХИМИОТЕРАПИИ

¹ГУ «РНҚЦ ПиДХ» МЗиСЗН РТ

²Кафедра онкологии и лучевой диагностики ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

³ГУ НМЦ РТ «Шифобахи»

Юлдошев Равшан Зоидович – д.м.н., зав. кафедры онкологии и лучевой диагностики ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Тел.: 918679399, e-mail: uravshvan@mail.ru

В статье приведен обзор современной литературы с целью изучения вопросов диагностики и лечение септических осложнений на разных этапах химиотерапии у детей с острым миелобластным лейкозом.

Научные исследования последних лет доказали, что в связи с повышением вирулентности возбудителей