



ДИАГНОСТИКА ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Р.Н. Касымова

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова. г. Алматы

Проблема нарушений моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела ЖКТ обсуждается в медицинской литературе уже несколько столетий. Несмотря на столь длительный срок, она не потеряла своей актуальности. Это связано с отсутствием единой концепции, объясняющей возникновение моторных нарушений как ЖКТ, так и других полых органов, и соответственно отсутствие адекватных физиологических методов диагностики и лечения. К наиболее частым нарушениям моторно-эвакуаторной функции ЖКТ относят дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), который в среднем встречается у 30% детей с поражением гастродуоденальной системы.

Вопрос о причинах развития ДГР до настоящего времени остается нерешенным. Несомненно, что одним из этиологических моментов появления ДГР могут служить органические изменения сфинктерно-клапанного аппарата, обусловленные врожденными аномалиями его развития и перенесенными оперативными вмешательствами. Таким образом, синдром дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) - патологическое состояние, являющееся проявлением дуоденальной гипертензии, вследствие хронического нарушения дуоденальной проходимости различного генеза.

Для уточнения природы возникновения синдрома ДГР больным необходимо проводить комплексное обследование, направленное на оценку моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки. С целью визуальной оценки состояния рельефа слизистой оболочки желудка и диагностики различных проявлений моторно-эвакуаторных нарушений верхнего отдела пищеварительного тракта, в частности ДГР, больным проводили следующее обследование: эндоскопическое, рентгенологическое, УЗИ, радиоизотопное, ультрасонографическое.

Основу работы составил анализ клинико-anamnestического наблюдения и инструментального исследования 255 часто болеющих детей в возрасте от 5 до 15 лет. Из них основную группу наблюдения и исследования составили 170 детей, у которых на ФГДС был диагностирован хронический гастрит. У 90 больных был выявлен дуоденогастральный рефлюкс.

Выявленный эндоскопически у 90 больных хроническим гастритом ДГР, характеризовался различной степенью выраженности дискинетических нарушений пилородуоденальной зоны. При этом ДГР I степени диагностирован у 37 больных (41,11%), II степени - у 38 (42,22 %) и III степени у 15 (16,66 %). Была выявлена динамика роста час-

тоты ДГР с увеличением возраста больных. Также отмечено, что наибольшее количество больных - 38 (42,22 %) имели ДГР II степени. В возрастной группе с 5 до 7 лет ДГР III степени выявлен только у одного больного. Неполное смыкание и зияние привратника установлено у 4 больных, причем трое из них с ДГР III степени. Кроме этого, у 6 больных с ДГР I степени заброс дуоденального содержимого возник в процессе исследования.

Следующим методом исследования в программе диагностики ДГР, вследствие хронических нарушений дуоденальной проходимости явилась манометрия. Анализ результатов манометрии выявил различные варианты изменения внутриполостного давления (ВПД) желудка и ДПК у больных ХГД, который показал, что у больных ХГД с ДГР во всех 100% случаях наблюдались изменения ВПД. При этом изолированная дуоденальная гипертензия свидетельствует о компенсаторных возможностях со стороны пилорического сфинктера и ДПК. Гастродуоденальная гипертензия же характеризует более тяжелый процесс с выраженными нарушениями моторно-эвакуаторной функции ДПК и пилорического сфинктера, и вторичными компенсаторными расстройствами двигательной функции желудка. Дуоденальная же гипотензия - показатель глубоких морфо-функциональных изменений со стороны всей гастродуоденальной зоны, характеризующая декомпенсаторные проявления болезни. Сопоставление данных манометрии с клинической картиной заболевания и ретроспективно с данными инструментального исследования выявило, что в начальных стадиях ХГД с ДГР развивается изолированная дуоденальная гипертензия, затем по мере прогрессирования болезни формируется гастродуоденальная гипертензия и дуоденальная гипотензия. С нашей точки зрения, данные проявления соответствуют и характеризуют компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную стадии ХГД с ДГР, и могут быть использованы как объективные критерии тяжести заболевания.

В основе ультрасонографического метода регистрации ДГР лежит сонографический мониторинг за порционным перемещением желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку (ДПК) и последующая регистрация рефлюкса. Этим методом ДГР выявлен у 31 больного, что составило 34,4%.

Релаксационная зондовая дуоденография (РЗД) заключается в том, что вызывается состояние искусственной гипотонии дуоденум путем внутримышечного введения возрастной дозы 0,1%



раствора атропина. Через 30-35 минут достигается релаксация двенадцатиперстной кишки. Из 20 больных, которым проведена РЗД, у 2 детей были выявлены признаки артериомезентериальной компрессии (АМК): остановка бариевой взвеси в нижней горизонтальной ветви ДПК с вертикальным уровнем его, значительное расширение ДПК проксимальнее места предполагаемого препятствия (ствол ВБА). У одного больного была выявлена редкая врожденная патология – кольцевидная поджелудочная железа. У 2 больных диагностирована высокая фиксация дуоденоеюнального перехода (ДЕП), у 1 - деформация и сложная ротация ДЕП и начального отдела тощей кишки.

Динамическая гепатодуоденосцинтиграфия (ДГДС) устанавливает сцинтиграфические признаки нарушений дуоденальной проходимости: функциональной и органической природы. ДГДС выполнена 79 пациентам. ДГР выявлен у 7 (8,86%) детей, из них нарушения дуоденальной проходимости функциональной природы у 6 и органической - у 1 ребенка.

В тех случаях, когда рентгенологически или сцинтиграфически диагностировались признаки АМК ДПК, больным с целью уточнения диагноза проводили УЗИ-доплерографию висцеральных ветвей брюшной части аорты с определением угла отхождения верхней брыжеечной артерии (ВБА) от аорты. За нормальные показатели были взяты данные исследований Н.М. Арынова, где аортомезентериальный угол колебался в пределах от 24 до 36 градусов, а расстояние – от 0,8 до 1,3 см. У одного больного угол отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты составил 10 градусов, что было причиной нарушения дуоденальной проходимости с развитием дуоденальной гипертензии и возникновением ДГР. При этом из 6 больных ультрасонографически диагноз АМК ДПК подтвержден у 4.

Таким образом, с целью выявления ДГР применяются различные методы диагностики прямого и косвенного характера, направленные на количественную или качественную его оценку. Однако, данных по изучению степени информативности каждого из методов в педиатрической практике мы не встретили. Следовательно, при проведении сравнительного анализа степени информативности методов диагностики ДГР у детей с хроническим гастродуоденитом, мы пришли к следующему выводу:

- ФГДС наиболее часто используемый метод диагностики в гастроэнтерологии. К преимуществам этого метода относится возможность непосредственно констатировать факт заброса желчи, а также возможность оценки состояния анатомических структур, связанных с ДГР и степени повреждения слизистой оболочки желудка, вызываемой ДГР. Из недостатков метода можно выделить два основных – это возможность провокации

ДГР и субъективная оценка степени интенсивности рефлюкса

- манометрия желудка и ДПК является высокоинформативной в диагностике ХГД с наличием ДГР, позволяет объективно оценить функциональное состояние ДПК с последующим определением показаний для дальнейшего более глубокого обследования больных с ХГД. Недостатком является физическая и психоэмоциональная травматичность и техническая сложность выполнения у детей
 - ультрасонографический метод регистрации ДГР к сожалению не позволяет достоверно определить степень рефлюкса;
 - РЗД является высокоинформативным методом диагностики хронических нарушений дуоденальной проходимости органической природы (ХНДПОП) в детском возрасте, позволяет с высокой достоверностью определить механическую причину заболевания, а также степень поражения ДПК. Метод обладает самостоятельным значением и является одним из основных в диагностике ХНДПОП. К недостаткам следует отнести техническую сложность выполнения, в некоторой степени его нефизиологичность и невозможность применения у детей раннего возраста;
 - радиоизотопный метод диагностики ДГР считается наиболее физиологичным, который позволяет количественно оценить рефлюкс, функциональное состояние печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и ДПК. Но наряду с преимуществами этого метода, он имеет и существенные недостатки. Во-первых, существуют определенные трудности в распознавании ДГР, т.е. не позволяют достоверно точно определить степень и интенсивность ДГР, поскольку область желудка прикрыта левой долей печени и петлями тонкой кишки, которые могут содержать эвакуированный радиоактивный материал. Во-вторых, исследование нельзя проводить у больных с заболеваниями печени, так как нарушается процесс захвата радиоизотопного препарата гепатоцитами и выделение его с желчью. В-третьих, лучевая нагрузка для больного и персонала. В-четвертых, использование сложной дорогостоящей техники и радиофармакологических препаратов. К тому же не в каждой больнице имеется радиоизотопная лаборатория.
 - УЗИ-доплерография висцеральных ветвей брюшной части аорты эффективна в дифференциальной диагностике с другими причинами развития нарушения дуоденальной проходимости, что дает возможность не применять инвазивные методы;
- Исходя из этого, с нашей точки зрения наиболее физиологичными методами являются радиоизотопный и ультразвуковой.