

ФУНДОПЛИКАЦИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С БУЛЬБАРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Тарасов А.Ю.¹, Саввина В.А.², Петрова Н.Е.¹, Шейкин И.Ю.¹,
Парников М.А.¹, Павлюкова Ю.П.¹

¹ Республиканская больница № 1, Национальный центр медицины, Якутск, Россия;

² Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Якутск, Россия

Обоснование. Основной причиной тяжелых вариантов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у неврологических пациентов является нарушение иннервации мышц глотки, пищевода и нижнего пищеводного сфинктера. В результате частых аспираций пациенты страдают частыми бронхолегочными заболеваниями, заболеваниями ЛОР-органов, становятся постоянными пациентами инфекционных госпиталей с непрерывно-рецидивирующими пневмониями. В отечественной литературе очень скудна информация о хирургической тактике лечения ГЭРБ у пациентов с грубой неврологической патологией, нет общепринятого алгоритма лечения. В некоторых госпиталях ограничиваются минимально инвазивным наложением гастростомы, не решая проблемы рефлюкса.

Цель: анализ результатов лечения ГЭРБ у неврологических пациентов в Республике Саха (Якутия).

Материалы и методы. За период 2018–2021 гг. в хирургическом отделении получили лечение 10 неврологических пациентов с бульбарными расстройствами и ГЭРБ. Возраст колебался от 5 до 12 лет. Всего на данный момент в Республике Саха (Якутия) в паллиативном отделении и на дому находятся около 30 детей, нуждающихся в хирургической помощи. Из них 4 некурабельных больных с трахеостомами. Характер основной патологии поступивших пациентов в большинстве случаев это: тяжелое течение ДЦП, наследственная митохондриальная, обменная патология, синдром Корнелии де Ланги. Все дети находились на зондовом кормлении, страдали рецидивирующей аспирационной пневмонией, являясь практически постоянными пациентами инфекционных госпиталей. У 8 детей имелся дефицит массы тела, анемия и гипопроотеинемия. Все пациенты имели бульбарные нарушения, судорожный синдром, получали антиконвульсанты. Всем детям проведено эндоскопическое и рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка. У всех детей выявлена недостаточность кардии, у 6 — рефлюкс-эзофагит, у 5 — проявления аксиальной грыжи. При решении вопроса об оперативном лечении мы ориентировались на соматическое состояние пациента, неврологический и нутритивный статус, наличие респираторных осложнений. При необходимости была проведена коррекция анемии, свертывающей системы, гипопроотеинемии, лечение эзофагита. При бронхообструктивном синдроме назначали ингаляции и физиолечение. Всем детям выполнена лапароскопическая фундопликация и гастростомия. Причем манжета формировалась туго 2-этажными швами и фиксировалась к правой ножке диафрагмы. У 5 пациентов с аксиальной грыжей операция дополнялась пластикой ножек диафрагмы. Интраоперационных осложнений не отмечено. Все пациенты перенесли операцию адекватно и были переведены на спонтанное дыхание в течение 1 сут. Кормление в гастростому начато на 2-е сутки послеоперационного периода. Все дети осмотрены через 6 и 12 мес. после операции. Родители отмечают значительное улучшение общего и нутритивного статуса, снижение, а в некоторых случаях полное отсутствие бронхолегочных заболеваний, более комфортные условия при кормлении в гастростому.

Выводы. Детям с грубым неврологическим дефицитом с бульбарными и псевдобульбарными расстройствами показана лапароскопическая фундопликация Ниссена с гастростомией. Своевременное проведение оперативного лечения значительно улучшает общее соматическое состояние пациентов с неврологической патологией и нутритивный статус, предотвращает аспирационные осложнения, облегчает уход за детьми.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; детский церебральный паралич; бульбарный синдром; гастростомия; фундопликация по Ниссену.