

Полипы кардиоэзофагеального перехода у детей

Л.В. Лопатина, Г.В. Иванов

Детская городская клиническая больница №5 им Н.Ф. Филатова, Санкт-Петербург, Россия.

Cardioesophageal polyps in infants

L.V.Lopatina, G.V.Ivanov

State clinical infant hospital №5 named by Filatov

Полип — новообразование, локализованное на слизистой оболочке, выступающее в просвет полости органа, со стенкой органа связывается с помощью ножки или широкого основания. Известно, что «полип» — термин макроскопический и установить, что представляет собой образование можно только после гистологического исследования.

В настоящее время нередкой находкой при проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) у детей становится обнаружение полипов в области кардиоэзофагеального (пищеводно-желудочного) перехода. Они преобладают в структуре полиповидных образований верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) у детей. Таким образом, и сегодня актуальным представляется изучение этиологии, оценка непосредственных и отдаленных результатов консервативного и оперативного лечения полипов, а также уточнение рекомендаций по динамическому наблюдению детей с данной патологией.

Частота обнаружения полипов ВОПТ у детей, по данным отечественных и зарубежных авторов, варьирует от 0,5 до 3% [9]. Наиболее часто в детском возрасте встречаются полипы кардиоэзофагеального перехода (41 % от всех полипов, по данным Щербакова П.Л., 1997 г., 55,4 % по данным Саралова С.Н., 2002 г.) [7, 9]. Реже полипы встречаются в антральном отделе желудка. Затем с убывающей частотой они обнаруживаются в теле желудка, постбульбарных отделах ДПК и тощей кишке.

За последние годы число детей с данной патологией значительно возросло [9, 12, 13]. Основными причинами увеличения частоты встречаемости полипов являются:

- рост распространённости гастроэнтерологической патологии в общей популяции детей;
- ухудшение экологии, повышение аллергизации детей.

Также, значение имеет совершенствование эндоскопической техники (в том числе применение видеоэндоскопов) и расширение показаний для эндоскопических исследований у детей.

Большинство авторов отмечают, что полипы ВОПТ, в том числе кардиоэзофагеального перехода, преимущественно определяются у подростков 11–16 лет [9, 12, 13]. По данным П.Л. Щербакова полипы чаще обнаруживались у детей пре- и пубертатного возраста. Однако, по его мнению, повышение частоты обнаружения полипов в этом возрасте обусловлено общим увеличением количества проводимых эндоскопических исследований. Большинство исследователей в последние годы отмечают, что частота встречаемости полипов у мальчиков выше, чем у девочек [9, 10].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В исследованиях многих авторов есть сведения о роли *Helicobacter pylori* (НР) в формировании полипов желудка [2, 16]. Е.Л. Куренков, наблюдавший взрослых пациентов, делает вывод, что возникновение подавляющего большинства гиперпластических образований слизистой оболочки желудка сопряжено с персистенцией на её поверхности НР. Б.Г. Князевой было доказано, что консервативная терапия с использованием эрадикационных схем у взрослых пациентов с полипами желудка является патогенетически обоснованной и способствует обратному развитию гиперпластических полипов, снижает частоту рецидивов после эндоскопической полипэктомии. Однако все эти сведения касаются полипов антрального отдела и тела желудка. При гистологическом исследовании, бактерии НР в слизистой оболочке полипов кардиоэзофагеального перехода не выявлялись, что объясняется отсутствием тропности микроорганизма к слизистой оболочке этой зоны [9, 13].

Наиболее распространённой теорией развития полипов кардиоэзофагеального перехода является «теория

раздражения», согласно которой, в основе формирования полипов лежат гиперрегенераторные процессы, которые часто сопутствуют хроническому воспалению.

В патогенезе развития полипов кардиоэзофагеального перехода большое значение придаётся нарушению замыкательной функции кардии и гастроэзофагальному рефлюксу в сочетании с определёнными анатомическими особенностями строения пищеводно-желудочного перехода [11]. Известно, что подавляющее большинство полипов кардиоэзофагеального перехода располагается на его правой и задней стенках [11]. Это не случайно. Направление входа пищевода в желудок идёт косо (справа налево). В результате этого образуется в норме острый угол между терминальным отделом пищевода и сводом желудка (угол Гиса). К тому же с внутренней поверхности этого угла имеется утолщенная складка (клапан Губарева), которая участвует в обеспечении замыкательной функции пищеводно-желудочной зоны. Переход на малую кривизну желудка со стороны правой стенки пищевода происходит под тупым углом. И при недостаточности кардиального сфинктера регургитация желудочного содержимого возникает в первую очередь на правую стенку кардиального отдела, где, как правило, чаще и возникают полипы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

В подавляющем большинстве случаев полипы кардиоэзофагеального перехода не имеют определённой симптоматики и обнаруживаются, как правило, случайно при проведении у детей ЭГДС по поводу болевого синдрома в эпигастрии, тошноты, рвоты, изжоги и других проявлений [11, 12].

Часто полипы кардиоэзофагеального перехода сочетаются с другими хроническими заболеваниями ВОПТ (эзофагит, гастродуоденит, эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки). Также отличительной особенностью полипов данной локализации является преобладание моторных нарушений ВОПТ [11]. Недостаточность кардиального сфинктера, по данным литературы, определяется от 47 до 70,4 % детей с полипами этой области [11, 12]. Достаточно часто обнаруживается эрозия над полипом (по данным Сосюры В.Х.). Остается неясным, являются ли эти образования следствием единого патологического процесса, или эрозия появляется в результате нарушения моторной функции пищевода обусловленной полипом.

Таким образом, по мнению большинства авторов, клиническая симптоматика и особенности физикального обследования чаще определяются течением основного гастроэнтерологического заболевания.

ДИАГНОСТИКА

Эндоскопическое исследование является «золотым стандартом» в диагностике полипов желудочно-кишечного тракта. При эндоскопии уточняется форма и поверхность полипа. Так же эндоскопический метод диагностики позволяет взять прицельную биопсию для уточнения гистологического строения полипа.

Полипы области кардиоэзофагеального перехода в большинстве случаев имеют широкое основание и располагаются на вершинах утолщенных, гиперемизированных складок или между ними. Реже эти полипы располагаются на ножке [10, 11].

В последние годы некоторые авторы используют термин «воспалительный полипо-складчатый комплекс». В этом комплексе присутствует «воспалительный полип» в кардиоэзофагеальном переходе и далее продолжается выступающая складка желудка часто с линейной эрозией на ней.

По данным литературы, при оценке кислотопродукции слизистой оболочки желудка у детей с полипами кардиоэзофагеального перехода, чаще выявляется гиперацидность. При этом было отмечено, что при дистально расположенных полипах кислотопродуктивная функция желудка была нормальной в 5 раз чаще, чем при полипах кардиоэзофагеального перехода.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

При гистологических исследованиях, по данным различных авторов (авторы), в подавляющем большинстве случаев в области кардиоэзофагеального перехода определяются гиперпластические полипы. Гиперпластические полипы также называют гиперплазиогенными, регенераторными или воспалительными. Поиск начальных этапов формирования этого типа полипа позволил выделить фовеолярную (очаговую) гиперплазию. При фовеолярной гиперплазии полиповидное утолщение слизистой оболочки желудка происходит за счёт резкого удлинения желудочных ямок и наличия высоких валиков, выстланных высоким светлым покровно-ямочным эпителием. Иногда, возникновение фовеолярной гиперплазии в краях эрозий и язв связывают с воспалением.

ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время нет единых подходов к тактике ведения детей с полипами кардиоэзофагеального перехода. Большинство «детских эндоскопистов» считают необходимым проведение контрольных ЭГДС не реже 1 раза в 6 мес [11]. Другие исследователи проводили ЭГДС 1 раз в год [11]. Мы согласны, что дети с данной патологией должны наблюдаться весь период детства.

Нет также единой тактики в отношении применения гистологического исследования. Большинство авторов считают, что гистологическое исследование должно проводиться всем детям с полипами кардиоэзофагеального перехода [11, 18]. Иностранные исследователи, наблюдавшие взрослых пациентов, также считают, что все полипы должны быть исследованы гистологически, они также рекомендуют не использовать при эндоскопическом исследовании термин «полип», пока не будет получено гистологического заключения [6]. В клинической практике очень редко проводится гистологическое исследование и морфологическая оценка особенностей природы таких полипов.

Эндоскопическое удаление полипов кардиоэзофагеального перехода сегодня технически возможно у пациентов любого возраста. Самому маленькому пациенту, перенесшему эту операцию, по данным В.А. Тимошенко и соавт. [4], было 3 года. Но формулировки показаний к полипэктомии, по данным разных авторов, несколько различаются [4, 6, 9, 11]. Ранее в нашем стационаре показаниями для эндоскопической полипэктомии считались следующие критерии:

- размер полипа более 5 мм;
- сочетание с эрозиями слизистой оболочки пищевода, воспалительными изменениями полипа, а также выраженными моторными нарушениями этой области (недостаточность кардии, гастроэзофагеальный пролапс);
- интенсивный рост полипа, более чем в 1,5 раза за 1 год;
- кровоточащие полипы;
- морфологически подтвержденный аденоматозный характер новообразования.

Эндоскопическая полипэктомия (ЭП) – эффективный и широко распространенный метод удаления полипов [4, 6, 9, 11]. Однако, полипэктомия – это инвазивное вмешательство, проводимое под общим обезболиванием, несущее большую психоэмоциональную нагрузку для ребенка. Следует отметить, что область кардиоэзофагеального перехода является одной из наиболее сложных для проведения ЭП, поскольку здесь наиболее вероятно развитие осложнений. Во время и после полипэктомии могут наблюдаться кровотечения [9, 12].

Достаточно обширная группа детей имеет небольшие полипы, не подлежащие полипэктомии. Они динамически наблюдаются и получают консервативную терапию.

За период с 2011 по 2015 год в отделениях стационара детской городской клинической больницы №5 диагностированы полипы верхних отделов пищеварительного тракта у 48 пациентов, 30 (62,5%) мальчиков и 18 (37,5%) девочек. Возраст детей составил от 6 до 17

лет. В кардиоэзофагеальном переходе локализовалось 46 полипов (95,8%); 1 (2,1%) полип в антральном отделе желудка и 1 (2,1%) полип в луковице ДПК. Размеры полипов варьировали от 0,5 до 1,5 см. По данным гистологического исследования все полипы были гиперпластические.

Проанализировав эти данные, в настоящее время мы изменили тактику ведения пациентов с полипами кардиоэзофагеального перехода. В настоящее время консервативная терапия предпочтительна у всех пациентов при гистологически подтвержденном гиперпластическом полипе, размерами до 1,0 см, независимо от наличия эрозии слизистой оболочки пищевода, воспалительных изменений полипа, а также моторных нарушениях этой области (недостаточность кардии, гастроэзофагеальный пролапс).

Показаниями к ЭП полипов кардиоэзофагеального перехода у детей мы считаем:

- кровоточащие полипы,
- выявление аденомы или кишечной метаплазии при гистологическом исследовании,
- размеры полипа более 1,0 см.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Сроки проведения контрольных ЭГДС после ЭП, по литературным данным, различаются. По рекомендациям Т.Т. Бораевой, динамическое наблюдение проводится каждые 3–6 месяцев в течение первого года после ЭП, затем один раз в год. А.Ф. Федоровский проводил контрольные ЭГДС спустя 1–2, 4 и 8–12 недель после ЭП, затем дети также наблюдались 1 раз в год. В.Х. Сосюра и соавт. проводили контрольные ЭГДС на 7-е сутки и через месяц. А.И. Брегель и Е.А. Кельчевская, наблюдавшие взрослых пациентов, проводили осмотры в течение первых 3-х суток, затем через 2–4 недели, 6 месяцев и один год.

Мнение исследователей по поводу причин и частоты рецидивирования полипов после ЭП также расходятся. С одной стороны, некоторые «детские эндоскописты» и гастроэнтерологи отрицают возможность развития рецидивов [4, 9, 19]. Другие считают, что риск рецидивов низок и составляет 4–8% [11]. По мнению этих авторов, причинами рецидивов были неполное удаление полипа и стойкий гастроэзофагеальный рефлюкс. По данным В.Х. Сосюры и соавторов, частота развития рецидивов выше, но и выраженность функциональных нарушений со стороны замыкательного механизма кардии, выявляемость гастроэзофагеального рефлюкса и терминального эзофагита выше.

Сроки возникновения рецидивов полипов различны. А.Ф. Федоровский отмечал рецидив у ребенка через 4

месяца после ЭП. С.Н. Саралов и соавторы [11] через 1,5 года. У взрослых они чаще диагностируются в течение первого года после ЭП [17]. Некоторые авторы подчеркивают, что полипэктомия направлена лишь на ликвидацию имеющихся полипов, но не на саму причину, вызвавшую эти изменения [17].

Большинство исследователей, рассматривая возможность профилактики рецидивирования полипов, предлагают рассмотреть вопросы необходимости регулярной антирефлюксной терапии с повторными курсами прокинетиков, антисекреторных препаратов у детей с полипами кардиоэзофагеального перехода, как перенесших ЭП, так и леченых консервативно. Длительность и кратность терапии должна подбираться индивидуально [4, 11, 12, 17, 18, 20].

Большинство врачей-эндоскопистов отмечают возможность уменьшения размеров и самопроизвольного исчезновения полипов кардиоэзофагеального перехода у детей [4, 11, 18, 20]. При этом все исследователи утверждают, что обратное развитие возможно только в случае гиперпластического полипа. Так же, важным фактором для регрессии полипа служит его исходный диаметр, чем меньше исходные размеры гиперпластического полипа, тем вероятнее их дальнейшее уменьшение. Регрессия отмечена у 66,7% детей при размерах полипа менее 0,5 см и только у 22,2% при диаметре более 0,5 см.

Авторы, описывающие «воспалительный полипоскладчатый комплекс» при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей, говорят, что в ЭП таких «полипов» нет необходимости. Медикаментозное подавление кислотопродукции ведет к уменьшению или исчезновению складки и «полипа».

Установлено, что, несмотря на регрессию полипов, у пациентов 18–27 лет сохраняются клинические и эндоскопические проявления рефлюкс-эзофагита, что требует дальнейшего наблюдения и лечения таких пациентов у гастроэнтеролога [20].

ВЫВОДЫ

1. При обнаружении у ребёнка полипа кардиоэзофагеального перехода при ЭГДС показано проведение биопсии полипа и последующее плановое диспансерное наблюдение и лечение сопутствующих воспалительных заболеваний пищеварительного тракта (гастродуоденитов, эрозивных и язвенных поражений, рефлюкс-эзофагитов).
2. Детям с полипами кардиоэзофагеального перехода рекомендуется проведение суточной рН-метрии пищевода с целью выявления патологического ГЭР и его варианта (кислотный, некислотный). В комплексном лечении пациентов с патологи-

ческим кислотным ГЭР важное значение имеет назначение ингибиторов протонной помпы, а в лечении детей с патологическим некислотным (щелочным) ГЭР - назначение прокинетиков.

3. Решение о проведении эндоскопической полипэктомии принимается совместно врачом-эндоскопистом, детским хирургом и лечащим врачом-гастроэнтерологом на основании оценки размеров полипа, состояния его слизистой оболочки, динамики развития и результатов морфологического исследования.
4. Детям с полипами кардиоэзофагеального перехода, не подлежащими полипэктомии, а также тем, кому она была проведена, необходимо проведение антирефлюксной терапии, включающей повторные курсы ингибиторов протонной помпы и прокинетиков.
5. Диспансерное наблюдение детей с полипами кардиоэзофагеального перехода, не подвергавшихся полипэктомии и перенесших её, предусматривает проведение контрольных ЭГДС 1 раз в 6 месяцев.
6. Пациенты старше 18 лет с полипами кардиоэзофагеального перехода в анамнезе должны наблюдаться гастроэнтерологом с регулярным проведением ЭГДС и биопсии пищевода с целью выявления ГЭРБ и предотвращения её осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 6/2006, приложение № 14.
2. Medicine (Baltimore). 2016 Jan; 95(3): автор: S Diaconescu – 2016
3. Баранов А.А. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью 2015 г.
4. Тимошенко В.А., Виноградов А.В., Донской Д.В. и соавт. Полипы кардиального отдела пищевода у детей. // Детская хирургия. – 1999. – № 4.
5. Куренков Е.Л. Патоморфология и морфогенез приобретённых эпителиальных образований желудка: дис. докт. мед. наук. – Челябинск, 2000.
6. Rasim Gencosmanoglu, Ebru Sen-Oran, et al. Gastric polypoid lesions: Analysis of 150 endoscopic polypectomy specimens from 91 patients. // World J Gastroenterol. – 2003. – № 9 (10).
7. Филин В.А., Бораева Т.Т., Щербakov П.Л. Полипы желудка у детей. // Педиатрия. – 1993. – № 1.
8. Лапко С.Б., Клецкий С.К., Недзведь М.К. Полипы и папилломы верхних отделов ЖКТ у детей. // Здоровоохранение Беларуси. – 2000. – № 6.
9. Щербakov П.Л. Заболевания верхних отделов пищеварительного тракта у детей, клинко-эндоскопические исследования: дис. ... докт. мед. наук. – М., 1997.
10. Attard T.M., Yardley M.D., Cuffari C., et al. Gastric polyps in Pediatrics: An 18-year hospital-based analysis. // Americal Journal of Gastroenterology. – 2002. – vol 97. – № 2. – с. 298-334.

11. Саралов С.Н., Волков А.И., Потехин П.П., Асенов Б.М., Со-рокин С.П. Клинические проявления и морфофункциональные изменения слизистой оболочки у детей с полипами верхних от-делов пищеварительного тракта.// Педиатрия. – 2002. – № 3.
12. Сосюра В.Х., Таберовская Е.М., Новикова А.В., Шершевская А.Я. Полипы пищевода у детей.// Материалы XII Конгресса дет-ских гастроэнтерологов России. – М., 2005.
13. Цветков П.М. Алгоритмы эндоскопической диагностики за-болеваний пищевода у детей: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002.
14. Black R.E. Zinitis plastica in a child.// S. Pediatr. Surg. – 1985
15. Gregory Y. Lauwers, MD. Gastric Polyps: Classification and Management. Archives of Pathology and Laboratory Medicine: Vol. 132, № 4.
16. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Болотов В.Б. и соавт. Инфекция Helicobacter pylori при эпителиальных полипах желудка.// Педиа-трия. – 2002. – Приложение.
17. Князева Б.Г. Оценка эффективности и обоснование при-менения антисекреторных и антибактериальных препаратов в лечении больных с полипами желудка: дис. ... канд. мед. наук. – Ижевск, 2003.

18. Румянцева Г.Н., Мешелова Д.Г., Минько Т.Н., Арефьев С. Н. По-липы пищевода и желудка у детей.// Анналы хирургии. – 2001. – № 5.
19. Бораева Т.Т. Полипы желудка у детей: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993.
20. Сергеева Т.Н. Полипы кардио-эзофагеального перехо-да у детей: причины возникновения, динамика развития, так-тика лечения и прогноз: дис...канд.мед.наук – Москва 2009.

КОНТАКТЫ

Лопатина Лидия Викторовна – врач-эндоскопист,
педиатр. Детская городская клиническая
больница №5 им Н.Ф. Филатова,
Санкт-Петербург, Россия.

Иванов Геннадий Валентинович – детский хирург,
заведующий отделением эндоскопии,
Детская городская клиническая больница №5
им. Н.Ф. Филатова, Санкт-Петербург, Россия.
e-mail: hirurg-detyam@yandex.ru
телефон: +7-950-009-85-81

