

Как видно из представленных на рис.4 данных лишь у 10% отсутствует склонность к алкоголизации, еще у 5,5% были получены неопределенные значения по данному измерению. У остальной части группы выявлена психологическая склонность (43%) и демонстративная алкоголизация (32%).

При определении выраженности тревожно-депрессивных расстройств в исследуемой группе не было проявлений тревоги у 14%, депрессии – у 21% больных. У остальной части группы имелись тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности – от легкой до тяжелой. Данные представлены на следующих рисунках.

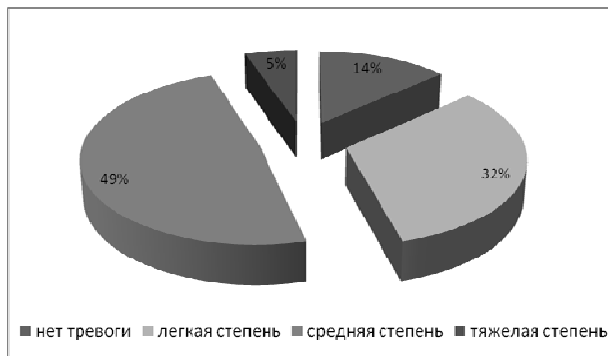


Рис.5. Анализ выраженности проявлений тревоги у пациентов с девиантным поведением (n=37)

Как видно из представленных на рис. 5 данных, в группе обследованных больных почти в 50% случаев встречались проявления тревоги средней степени выраженности, у 32% выявлены проявления легкой степени и у 5% – тяжелые.

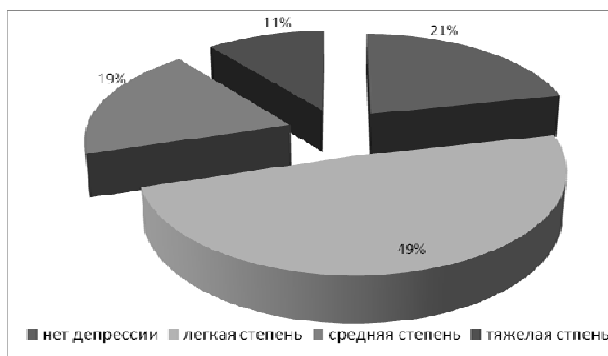


Рис.6. Анализ выраженности проявлений депрессии у пациентов с девиантным поведением (n=37)

Как видно из представленных на рис.6 данных, в группе обследованных больных почти в 50% случаев встречались проявления депрессии легкой степени выраженности, у 19% выявлены проявления средней степени и у 11% – тяжелые.

Выводы:

1. В группе обследованных пациентов установлены высокие значения неблагоприятных показателей личностного профиля: склонность к деликвентности (65%), ранней алкоголизации (32%), значительно выраженной реакцией эмансипации (90%).
2. Среди выявленных личностных акцентуаций преобладают: гипертимный (29,73%), эпилептоидный (21,62%) и шизоидный (24,32%) типы.
3. У пациентов с девиантным поведением имеются проявления тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности – от легкой до тяжелой.
4. Полученные данные обуславливают актуальность дальнейшего исследования указанных расстройств с целью оптимизации методов лечения и реабилитации данного контингента пациентов.

Литература

1. Моисеева, В.В. Основные тенденции и факторы риска в алкогольном поведении молодежи: связь с девиацией / В.В. Моисеева // Информационно-аналитический вестник «Социальные

аспекты здоровья населения».– 2010.– Т15.– №3.– С.1–18

2. Позднякова, М.Е. Региональные особенности приобщения подростков к психоактивным веществам / М.Е. Позднякова, Л.М. Романенко, Т.В. Чекинева // Сб. Особенности девиантного поведения в современной России: наркотизация, алкоголизация, преступность, коррупция / Под ред. М.Е. Поздняковой.– М.: Институт социологии.– 2005.– С. 17–58

3. Рахова, М.В. Влияние распространенности девиантных форм поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, на показатели смертности / М.В. Рахова // Здоровье семьи – 21 век.– №3.– С. 5–15

4. Schepis, T.S. Neurobiological processes in adolescent addictive disorders / Schepis TS, Adinoff B, Rao U. // Am J Addict.– 2008.– Jan-Feb.–17(1):6-23. Review.

THE ANALYSIS OF PERSONALITY TRAITS AND THE LEVEL OF ANXIETY AND DEPRESSION IN ADOLESCENTS WITH DEVIATIONS

V.N. KINSHINA, A.F. NERETINA, O.U. SHIRYAEV

Voronezh N.N. Burdenko State Medical Academy

The objective of the investigation is to analyze personality traits and to access the level of affective disorder in adolescents with deviations. The further investigation of ways of evaluating the rehabilitation of the adolescents is topical.

Key word: deviation, personality traits, personality accentuation, early alcohol abuse, anxiety, depression.

УДК 616.329-002-008.17-053.2

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Н.В. БАСАЛАЕВА, Ю.С. АПЕНЧЕНКО, А.Ф. ВИНОГРАДОВ, А.В. КОПЦЕВА, В.М. МИКИН*

Статья посвящена проблеме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей. В ней рассматриваются особенности появления первых симптомов и их связь с интенсивным ростом ребенка, физической нагрузкой. Хроническая ЛОР-патология у детей с патологией пищевода встречается почти в 2 раза чаще, чем у детей с изолированным хроническим гастродуоденитом. В хронобиологическом аспекте формирование сезонности у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью свидетельствуют о большой давности и тяжести заболевания. Выявленные особенности диктуют необходимость изменения тактики диспансеризации детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью за счет увеличения кратности наблюдений и обязательного привлечения узких специалистов, в частности, оториноларингологов.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дети, эзофагит.

В структуре общей заболеваемости детского населения России одно из ведущих мест принадлежит хроническим воспалительным заболеваниям верхних отделов пищеварительного тракта, а у большинства взрослых пациентов гастроэнтерологические заболевания берут свое начало в раннем детском возрасте [1].

По данным Всероссийской диспансеризации детского населения, произошли значительные изменения в структуре хронических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта: снизилась заболеваемость по язвенной болезни и на 30% выросла выявляемость *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни* (ГЭРБ), под которой большинство исследователей понимают спонтанный, регулярно повторяющийся заброс в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, приводящий к возникновению характерных пищеводных и внепищеводных симптомов [2]. В настоящее время истинная частота ГЭРБ у детей не известна и составляет, по данным разных авторов, от 8,7 до 49% [3,4].

Актуальность данной патологии обусловлена тем, что ГЭРБ имеет хроническое рецидивирующее течение, требующее ограничений в питании, физической и эмоциональной нагрузке. Многочисленные «маски» ГЭРБ нередко являются причиной поздней ее диагностики и врачебных ошибок, особенно при сочетанном течении с другой соматической патологией, хроническими заболеваниями *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ). Типичные пищеводные симптомы (дисфагия, изжога, одиофагия, икота, отрыжка) значительно снижают качество жизни детей, а нетипичные стерые клинические проявления (фрагментированный сон, утомляемость,

* ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Минздрава РФ, 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4

раздражительность, нервные расстройства, чувство тревоги, сердцебиение) затрудняют своевременную постановку диагноза [5]. ГЭРБ заболевание многоликое и коварное, а недооценка последствий приводит к развитию грозных осложнений.

Цель исследования – выявить особенности формирования и клинические проявления ГЭРБ в детском возрасте.

Материалы и методы исследования. Материалом данной работы послужили результаты комплексного клинического и инструментального обследования 161 ребенка в возрасте от 6 до 17 лет. В исследование включались пациенты, страдающие гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, *хроническим гастродуоденитом* (ХГД).

Критериями исключения являлись: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, врожденные пороки развития пищевода после хирургической коррекции, эндоскопически негативная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь, функциональные и органические заболевания кишечника, сопутствующие иммунопатологические заболевания и другая патология, способная оказать влияние на течение основного заболевания. Исследование было продольным, ретроспективным, по типу случай – контроль.

Все обследованные дети были разделены на группы: 1 (основная) группа – дети с ГЭРБ (52 ребенка), 2 группа (сравнения) – дети с ХГД (109 человек). Группы формировались методом случайной выборки. Верификацию диагноза ГЭРБ проводили в соответствии с проектом стандартов диагностики и лечения, принятым на XIV Конгрессе детских гастроэнтерологов России, а также на основании материалов международного консенсуса по вопросу определения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в педиатрии. Диагностика ХГД проводилась в соответствии с рабочей классификацией «Хронического гастрита, дуоденита, гастродуоденита у детей», принятой на IX Конгрессе педиатров России с учетом подразделения болезней органов пищеварения в *Международной классификации болезней* (МКБ) X пересмотра.

Обследование включало следующие методы: анкетно-опросный метод, клинические данные, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, *эзофагогастродуоденоскопия* (ЭГДС). Описание эндоскопических изменений и формулировка заключений проводилась в соответствии с Минимальной Стандартной Терминологией эндоскопии пищеварительной системы по З. Маржатке и Е.Д. Федорову. Для оценки степени повреждения *слизистой оболочки* (СО) пищевода использовалась классификация рефлюкс-эзофagита у детей по G. Tytgat в модификации В.Ф. Приворотского с соавторами. Морфологическое исследование выполнено на серийных парафиновых срезах биопсийного материала пищевода и желудка. Парафиновые срезы готовили традиционным методом, окрашивали гематоксилином и эозином. Диагностика хеликобактерной инфекции осуществлялась с помощью тест-системы «ХЕЛПИЛ» разработанной и производимой ООО «Ассоциация Медицины и Аналитики» Санкт-Петербург, Россия.

Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере IBM/PC Celeron (R) CPU 1.70 GHz с использованием пакетов прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Для решения поставленных задач проведена оценка клинической картины заболевания с учетом жалоб и объективных данных. Выделены следующие ведущие патологические синдромы: вегетативной дисфункции (головная боль, утомляемость, плохой сон, тревожное состояние) и диспепсический (отрыжка, изжога, изменение аппетита, боли в животе). Выявленные симптомы у обследованных детей появились в различные возрастные периоды.

Анализ данных исследования показал, что у детей с ГЭРБ средний возраст манифестации вегетативных проявлений был достоверно меньше, чем у детей с ХГД ($10,7 \pm 0,76$ и $12,0 \pm 0,65$ соответственно, $p < 0,05$). Следует отметить, что жалобы на плохой сон у детей основной группы появились в более раннем возрасте по сравнению с детьми группы сравнения ($p < 0,05$). Достоверных различий в сроках появления диспепсического синдрома у детей с ГЭРБ и ХГД не было.

Периоды физиологического вытяжения и интенсивного роста являются периодами напряженной адаптации и стрессового функционирования всех органов и систем организма. Проведен анализ времени появления первых симптомов заболевания в зависимости от периода интенсивного роста у обследованных детей. Полученные закономерности отражены на рис. 1.

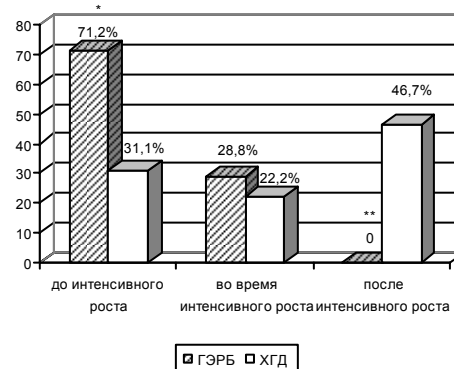


Рис. 1. Закономерности выявления первых симптомов заболевания в зависимости от периода интенсивного роста (%)

Примечание: * – достоверность различий между группой детей с ГЭРБ и ХГД $< 0,05$; ** – достоверность различий между группой детей с ГЭРБ и ХГД $< 0,001$

Обращает на себя внимание, что у всех детей основной группы появление первых симптомов заболевания происходило непосредственно до или во время периода интенсивного роста и развития; у половины же детей с ХГД манифестация первых симптомов заболевания отмечена после периода интенсивного роста. Период вытяжения оказывается более напряженным в плане адаптации для детей с ГЭРБ. Интересным оказался тот факт, что у детей с ГЭРБ раньше манифестируют нарушения сна, что не противоречит данным исследований Е.И. Кашкиной, выявившей значение нарушений качественных и количественных характеристик сна, как маркера очередного обострения ГЭРБ у взрослых пациентов [6]. Не исключено, что диссомния у детей является доклиническим проявлением формирующейся патологии пищевода.



Рис. 2. Характеристика сезонности клинических проявлений у обследованных детей, %

Примечание: * – достоверность различий между группой детей с ГЭРБ и ХГД $< 0,05$

На момент осмотра все дети с ГЭРБ и ХГД предъявляли жалобы на боли в животе, что, как правило, и являлось поводом обращения к педиатру. У большинства детей 1 и 2 группы боли локализовались в эпигастрии или гастродуоденальной области.

У 75% детей с ГЭРБ отмечено возникновение поздних болей (возникают днем через 30-60 минут после еды или ночью), что в 3 раза чаще, чем у детей с ХГД ($p < 0,001$). Следует отметить, что условия возникновения абдоминального синдрома у обследованных детей также различались, а именно: у детей с ГЭРБ болевой синдром, как правило, возникал после физической нагрузки (46,2% и 22,0% в 1 и 2 гр. соответственно, $p < 0,05$), тогда как у детей с ХГД – после психоэмоционального стресса (30,8% и 67,0% в 1 и 2 гр. соответственно, $p < 0,05$).

Зависимость клинических проявлений от времени года иллюстрирована рис. 2.

Сезонность обострений весьма характерна для хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, не отягощенных ГЭР. Формирование же сезонности у больных с ГЭРБ, по мнению М.А. Осадчук является неблагоприятным прогностическим признаком, так как свидетельствует о тяжести и большой

длительности заболевания [7]. В нашем исследовании у детей с ГЭРБ сезонность клинических проявлений зарегистрирована в 2,3 раза реже, чем у детей с ХГД ($p<0,05$).

Диспепсические расстройства в виде тошноты, рвоты, отрыжки, тяжести в желудке, метеоризма, изменения аппетита отмечены детьми в обеих группах обследования. Характеристика основных клинических проявлений диспепсического синдрома у детей основной группы и группы сравнения представлена в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика диспепсического синдрома у детей с ГЭРБ и ХГД (n и %)

Показатель	Группы обследования		p
	Дети с ГЭРБ, n=52	Дети с ХГД, n=109	
Изжога:			
– ежедневно	49 (94,2)	24 (22,0)	$p<0,001$
– до еды	14 (26,9)	12 (11,0)	$p<0,01$
– после еды	0	21 (19,3)	$p<0,05$
– после физической нагрузки	23 (44,2)	10 (9,2)	$p<0,001$
– в положении лёжа	31 (59,6)	9 (8,3)	$p<0,001$
– в положении лёжа	26 (50,0)	11 (10,1)	$p<0,001$
Отрыжка:			
– воздухом	45 (86,5)	103 (94,5)	
– пищей	38 (73,1)	101 (92,7)	
– кислым	6 (11,5)	12 (11,0)	
– горьким	19 (36,5)	49 (45,0)	
– горьким	11 (21,2)	2 (1,8)	$p<0,001$
Тяжесть в желудке:	17 (32,7)	97 (89,0)	$p<0,01$
Характеристика аппетита:			
– повышенный	36 (69,2)	36 (33,0)	$p<0,05$
– пониженный	12 (23,1)	61 (56,0)	$p<0,05$
– нормальный	4 (7,7)	12 (11,0)	

У детей с ГЭРБ диспепсический синдром проявлялся тошнотой (63,5%), изжогой (94,2%), отрыжкой (73,1%) и повышенным аппетитом (69,2%). Отрыжка горьким достоверно чаще встречалась у детей с ГЭРБ, что связано с забросом в пищевод компонентов желчи в результате сочетанных моторных нарушений. Следует отметить, что изжога, как одно из ведущих клинических проявлений ГЭРБ, у детей основной группы встречалась в 4,3 раза чаще, чем у детей группы сравнения ($p<0,001$). При этом ежедневные клинические проявления этого симптома у детей с ГЭРБ отмечены у каждого пятого ребёнка (26,9%), у каждого второго ребёнка они возникали после приёма пищи (44,2%) и в положении лёжа (50,0%). Обращает на себя внимание достоверно более высокая частота возникновения изжоги после физической нагрузки у детей с ГЭРБ (59,5% и 8,3% в 1 и 2 гр. соответственно, $p<0,001$), что согласуется с данными, описанными в международном, основанном на принципах доказательной медицины консенсусе по вопросу определения ГЭРБ в педиатрии. Достоверно чаще дети с ГЭРБ жаловались на отрыжку горьким ($p<0,001$), в то время как тяжесть в эпигастрии достоверно чаще испытывали дети с ХГД ($p<0,01$), что связано с моторно-эвакуаторными нарушениями в области гастроудоденального перехода. Достоверных различий по частоте и характеру стула у обследованных детей не выявлено.

В отечественной и зарубежной литературе широко обсуждаются внепищеводные проявления ГЭРБ. К ним относятся симптомы бронхоспазма, хроническая ЛОР-патология, кардиальные и стоматологические признаки. Результаты исследования по внепищеводным проявлениям ГЭРБ показали, что хроническая патология ЛОР-органов имела место у детей обеих групп, однако у детей с ГЭРБ выявлялась в 1,9 раза чаще, чем у детей с ХГД (85,6 и 46,9% соответственно, $p<0,005$). Увеличение ЛОР-патологии почти в 2 раза обусловлено наличием диспластических изменений у детей с ГЭРБ, что не противоречит данным Г.А. Сидорова, 2011 [8]. Проведен анализ структуры заболеваний ЛОР-органов у детей групп обследования, результаты которого представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительная характеристика хронической ЛОР-патологии у обследованных детей (n и %)

Показатель	Группы обследования		p
	Дети с ГЭРБ, n=52	Дети с ХГД, n=109	
Хронический тонзиллит	41 (78,8)	10 (9,2)	$p<0,001$
Хронический отит	6 (11,5)	3 (2,8)	
Хронический аденоидит	17 (32,7)	43 (39,4)	
Хронический синусит	19 (36,5)	6 (5,5)	$p<0,001$

Как видно из данных, представленных в таблице 2, в структуре патологии ЛОР-органов у детей основной группы обследо-

вания преобладал хронический тонзиллит (78,8%), более трети детей имели хронический аденоидит (32,7%) и хронический синусит (36,5%). При этом хронический тонзиллит и хронический синусит встречались у детей с ГЭРБ достоверно чаще, чем у детей с ХГД. Частота хронического аденоидита в группах практически не отличалась. Большинство гастроэнтерологов склоняются к мнению, что внепищеводные проявления ГЭРБ обусловлены прямым повреждающим химическим действием соляной кислоты или рефлекторным механизмом, опосредованным вагусным влиянием. В тоже время имеется мнение, что хроническое воспаление лимфоглоточного кольца может нарушать работу антирефлюксного механизма за счет формирования стойкой гипоксии и за счет очага афферентной импульсации вегетативной нервной системы [9]. Патологическое поражение рта при ГЭРБ также нельзя отнести к категории редких. На фоне постоянных рефлюксов pH слюны снижается и она начинает оказывать деминерализующее действие на твердые ткани зубов. Причем все эти процессы тесно связаны с длительностью и тяжестью течения заболевания. Карриозное поражение зубов в 3,5 раза чаще встречалось у детей основной группы, чем у детей группы сравнения (48,1% и 13,8% соответственно, $p<0,001$). В нашем исследовании не выявлено достоверных различий частоте таких симптомов как осиплость голоса, кашель, першение, боли в горле.

В качестве основного метода инструментальной диагностики использовалась эзофагогастродуоденоскопия, при проведении которой было выявлено, что пациенты с эндоскопически позитивной формой ГЭРБ имели эзофагит 1,2,3 степени. Детей с осложнениями (эзофагит 4 степени) не было. Более чем у половины детей эзофагит был катаральным (63,8%), у 1/3 детей выявлены эрозивные дефекты слизистой оболочки нижней трети пищевода (28,8%). Лишь у 2 пациентов (3,8%) обнаружены язвы пищевода, причем длительность заболевания у этих детей составляла около 5 лет, обострения носили сезонный характер, была отягощена наследственностью по заболеваниям пищеварительного тракта, имелись вредные привычки (курение) с раннего школьного возраста. Моторные нарушения были выявлены практически у всех детей с ГЭРБ (96,2%), причем у 1/4 детей определялись умеренные нарушения моторики (степень А). В группе детей с воспалительными изменениями со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки без поражения пищевода моторные нарушения наблюдались значительно реже (2,8%). Эти данные перекликаются с результатами исследований Т.А. Видмановой (2010) [10] и подтверждают патогенетическую значимость дисфункции верхних отделов пищеварительного тракта в развитии эзофагитов у детей.

У детей с ГЭРБ дуоденогастральный рефлюкс отмечался в 3,5 раза чаще чем у детей с ХГД (50,0 и 13,9% соответственно, $p<0,05$). По мнению В.А.Ахмедова (2007) длительное существование дуоденогастроэзофагеального рефлюкса приводит к формированию воспалительных, эрозивных и неопластических изменений слизистой оболочки желудка и пищевода [11]. Нельзя не согласиться с мнением, что сочетанный кислотно-желчный рефлюкс оказывает на слизистую оболочку пищевода наиболее агрессивное воздействие, приводящее к нарушению регенерации эпителия. Патологический гастроэзофагеальный рефлюкс также часто сочетается с полипами желудочно-пищеводного перехода. При проведении ЭГДС полипы кардии были выявлены у 38,5% детей основной группы и лишь у 2,8% детей группы сравнения ($p<0,01$), что согласуется с данными С. И. Эрдес [12].

Сегодня ни у кого не вызывает сомнений, что одной из причин возникновения и развития заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта является инфицирование слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* (HP). Однако взаимоотношения HP и ГЭРБ являются предметом ожесточенных дискуссий. Всем детям при проведении ЭГДС выполнялся Хеликоп-тест на наличие инфекции HP. При этом тест был положительным у 69,2% пациентов и достоверно не отличался от показателя в группе детей с ХГД (77,7%, $p>0,05$), что связано с протеканием ГЭРБ у детей в 1 группе не изолированно, а на фоне ХГД. Полученные данные не противоречат М.А. Осадчук (2005), который при исследовании особенностей ГЭРБ у лиц молодого возраста среди сопутствующих заболеваний выявил ХГД в 100% случаев [7].

Заключение. Проведенные исследования выявили ряд существенных закономерностей клинко-функциональной характеристики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей. Прежде всего, обращали на себя внимание отчетливые различия в клинической характеристике ГЭРБ по сравнению с хроническими

гастродуоденитами. Дебют ГЭРБ у детей характеризовался вегетативными проявлениями, причем появление первых симптомов заболевания происходило непосредственно до или во время периода интенсивного роста и развития. Не исключено, что диссомния у детей является доклиническим проявлением формирующейся патологии пищевода. У большинства детей с ГЭРБ отмечено возникновение поздних болей в животе и болей после физической нагрузки. Изжога, как одно из ведущих клинических проявлений ГЭРБ, у детей возникала чаще после еды, в положении лежа и после физической нагрузки.

Хроническая ЛОР-патология, в структуре которой преобладали хронический тонзиллит и хронический синусит, встречалась почти в 2 раза чаще у детей с ГЭРБ, чем у детей с изолированным ХГД.

Хронобиологические особенности протекания гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей характеризовались отсутствием сезонности, в отличие от хронического гастродуоденита. Быстрое развитие симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и короткий анамнез нивелируют ее сезонность. Формирование же сезонности у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью отмечено у детей с большой давностью заболевания, отягощенным анамнезом, курением и неправильным пищевым поведением.

Таким образом, выявленные особенности диктуют необходимость изменения тактики диспансеризации детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью за счет увеличения кратности наблюдения за больными (не только в традиционные сезонные периоды обострений) и обязательного привлечения узких специалистов, в частности, оториноларингологов. Кроме того, необходим тщательный мониторинг вновь появившихся нетипичных жалоб у детей с хроническим гастродуоденитом с учетом возможности формирования патологии пищевода.

Литература

1. Бельмер, С.В. Гастроэнтерология детская и взрослая: точка зрения педиатра / С.В. Бельмер // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2011. – №4. – С6–9.2
2. Апенченко, Ю.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей в кн: Гастроэнтерология детского возраста / Ю.С. Апенченко, П.Л. Щербаков. – М.: Мед. Практика, 2010. – С.85–105.
3. Приворотский, В.Ф. ГЭРБ у детей (проект стандартов диагностики и лечения) / В.Ф. Приворотский, Н.Е. Лупова // Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – 2007. – С.75–90.
4. Коваленко, А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / А.А. Коваленко, С.В. Бельмер // Лечащий врач. – 2008. – №1. – С.14–18
5. Armstrong, D. Gastroesophageal reflux disease / D. Armstrong // Curr. Opin. Pharmacol. – 2005. – Vol 5. – № 6. – P. 589–595.
6. Кашкина, Е.И. Нарушения цикла сон бодрствование / Е.И. Кашкина, Р.В. Лянишева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т.5. – №3.
7. Осадчук, М.А. Особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц молодого возраста / М.А. Осадчук, С.Ф. Усик, И.Н. Юрченко, А.М. Золотовичкая // Клиническая медицина. – 2005. – №3. – С. 61–65.
8. Сидоров, Г.А. Совершенствование диспансерного наблюдения детей с различной степенью дисплазии соединительной ткани / Г.А. Сидоров, А.Ф. Виноградов, Е.М. Корнюшо, А.Г. Иванов, В.В. Мурга, Т.А. Федотова // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. XVII. – № 4. – С. 26–29.
9. Захарова, И.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей / И.Н. Захарова, Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов // Вопросы практической педиатрии. – 2008. – Т. 3. – №6. – С. 42–48.
10. Видманова, Т.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей / Т.А. Видманова, Е.А. Жукова, О.В. Сыресина // Медицинский Альманах. – 2010. – 4 (13). – С. 229–234.
11. Ахмедов, В.А. Рефлюксная болезнь и органы-мишени. – М.: Медицинское информационное агенство. – 2007. – 128 с.
12. Эрдес, С.И. Полипы кардио-эзофагеального перехода у детей / С.И. Эрдес, Т.И. Сергеева // Педиатрия. – 2006. – №6. – С. 101–109.

THE FEATURES OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN CHILDREN

N.V.BASALAEVA, YU.S.APENCHENKO, A.F.VINOGRADOV, A.V.KOPTSEVA, V.M.MIKIN

Tver Medical State Academy

The article is devoted to the problem of gastroesophageal reflux disease in children. The first symptoms and their relationship with rapid growth and physical exercise are reviewed. Chronic ENT pathology in children with esophageal disorders occurs twice as likely than children with gastroduodenitis. The appearance of season relapses in children with gastroesophageal reflux shows most severity and duration of disease. These findings make it necessary to involve ENT-specialists and to increase frequency of observation of children with gastroesophageal reflux disease.

Key words: gastroesophageal reflux disease, children, esophagitis.

УДК 618.14 – 006.36-089

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СУБМУКОЗНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

Т.А. ГУСТОВАРОВА, Л.А. ЩЕРБАКОВА, С.Б. КРЮКОВСКИЙ, Д.А. БУРАК*

В исследование были включены 87 пациенток репродуктивного возраста, которым была произведена миомэктомия по поводу субмукозной миомы матки. Иммуногистохимическое исследование показало различия в экспрессии рецепторов эстрогена, прогестерона, пролиферативной активности по Ki-67 и площади сосудистого русла в ткани нормального эндо- и миометрия и в субмукозных миомах, сочетающихся с гиперплазией эндометрия. Проведение гормональной терапии в послеоперационном периоде, с учетом данных иммуногистохимии, позволило снизить частоту рецидива заболевания и сохранить репродуктивное здоровье женщины.

Ключевые слова: репродуктивный возраст, субмукозная миома матки, миомэктомия.

Сохранение репродуктивной функции у женщин является одной из приоритетных задач современного здравоохранения. Ухудшение общего индекса здоровья населения, рост соматической и гинекологической патологии значительно снижает шансы на реализацию репродуктивного потенциала современной женщины. Одним из часто встречающихся доброкачественных заболеваний женской половой сферы, оказывающим неблагоприятное влияние на здоровье женщины, является миома матки. Развитие данного заболевания имеет сложные механизмы системных нарушений в организме, приводящих к патологическим изменениям в эндо- и миометрии [3, 7].

Субмукозное расположение миоматозного узла является неблагоприятной разновидностью локализации миомы, так как практически всегда требует хирургического лечения, не оставляя шансов для консервативной терапии. При данной патологии может развиваться бесплодие, а при наступлении беременности возможно невынашивание, возникновение осложнений как в период гестации, так и во время родов и в послеродовом периоде [1,5]. Любое хирургическое вмешательство предполагает травматическое воздействие на ткани, риск интра- и послеоперационных осложнений, имеет психологические и социальные последствия [6,8]. Важным является ведение послеоперационного периода для улучшения процессов репарации тканей и последующая гормональная коррекция с целью профилактики рецидива заболевания и подготовки организма к наступлению беременности [2,4].

Несмотря на результаты многочисленных исследований, до сих пор дискуссионными остаются вопросы этиопатогенеза заболевания, методов хирургического лечения и гормональной терапии миомы матки, что особенно актуально в репродуктивном возрасте.

Цель исследования – оптимизация ведения больных репродуктивного возраста после хирургического лечения субмукозной миомы матки с учетом клинко-морфологических особенностей заболевания.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 87 пациенток, после хирургического лечения миомы матки. Из них лапаротомный доступ был применен у 34,5%, лапароскопи-

* ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздрава России, 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28