

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.342–002–071–072.1–053.2

ВОЛКОВА
Оксана Николаевна

**КЛИНИЧЕСКАЯ, ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ
И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СОСТОЯНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНИТАХ
У ДЕТЕЙ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.00.09 – педиатрия

Минск 2009

Работа выполнена в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: **Сукало Александр Васильевич**,
заслуженный деятель науки Республики Беларусь,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий
1-й кафедрой детских болезней УО «Белорусский
государственный медицинский университет»

Научный консультант: **Клецкий Семён Кивович**,
кандидат медицинских наук, заведующий
отделением детской патологии городского
клинического патологоанатомического бюро
г. Минска

Официальные оппоненты: **Войтович Татьяна Николаевна**,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий
2-й кафедрой детских болезней УО «Белорусский
государственный медицинский университет»

Василевский Игорь Вениаминович,
доктор медицинских наук, профессор кафедры
поликлинической педиатрии ГУО «Белорусская
медицинская академия последипломного
образования»

Оппонирующая организация: УО «Витебский государственный медицинский университет»

Защита состоится 4 марта 2009 года в 10.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.01 в УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83, тел. 272-60-87.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «___» _____ 2009 года.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций,
канд. мед. наук, доцент



А. В. Сикорский

SUMMARY

Volkava Aksana

Clinical, endoscopic and morphological characteristics of the gullet condition at gastroduodenitis in children

Key words: children, reflux lesions of the gullet, life quality, psychological porvegetative homeostasis.

Object of investigation: patients with reflux lesions of the gullet and chronic gastroduodenitis; healthy children (of the first and second health groups) at the age of 8–18 years, case histories; child development histories (registration form 112); clinical examination results, laboratory and functional study methods data; gullet and stomach mucosa biopsies.

Aim of investigation: to find out clinical, endoscopic and morphological (considering helicobacter infection) gullet characteristics at gastroduodenitis in children; to assess the vegetative status and a psychosomatic condition of examined patients with the subsequent algorithm design of the differentiated treatment of patients for the complex therapy results and life quality improvements.

Methods of investigation: Fibroesophagogastroduodenoscopy with gullet and stomach mucosa biopsy, morphological examination of the gullet mucosa on Bhan I, 1981, of the stomach mucosa on the modified Sydney classification of 1996, cardiointervalography in a calm condition and at carrying out of the orthostatic test, a life quality assessment questionnaire SF-36, Lusher and Kettell tests.

Obtained results: the prevalence of a pain symptom is characteristic for children with reflux lesions of the gullet and chronic gastroduodenitis, typical clinical implications are less often. They are characterised by motor disturbances by way of cardia and duodenogastral reflux failures. A clear interrelation between endoscopic and morphological picture of lesion hasn't been revealed. Helicobacter pylori has been revealed mainly in 11–14-year-old patients. Signs of initial vagotonia, hypersympatricotonic type of vegetative reactance and superfluous vegetative support have appeared the most typical. Features of personal characteristics and psychological portrait, decreasing of the most parameters of the life quality have been revealed.

Sphere of application: pediatrics.

Подписано в печать 22.01.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,32. Тираж 60 экз. Заказ 44.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004.

ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

Ул. Ленинградская, 6, 220030, Минск.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертации

Поражения органов пищеварения в детском возрасте редко бывают изолированными. В последние годы в клинической педиатрии отмечается увеличение частоты сочетанной патологии различных органов и систем, в том числе среди поражения верхних отделов пищеварительного тракта.

Болезни органов пищеварения относятся к наиболее распространенным в детском возрасте, большинство из них может быть отнесено к «болезням цивилизации», которые характеризуются прогрессирующим ростом распространенности в развитых странах мира, в том числе и в Республике Беларусь (И.В. Василевский, 2006; А.И. Хавкин, 2003). В возрастной структуре преобладают дети старшего школьного возраста, что свидетельствует об увеличении количества заболеваний желудочно-кишечного тракта с возрастом (Л.М. Карпина, 1995; К.Ю. Мараховский и др., 2006; П.Л. Щербаков, 2002). Неоднозначно оценивается роль хеликобактерной инфекции как этиологического фактора гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (К.В. Арифиллина, 2006; Л.И. Аруин, 2000; В.Ф. Приворотский, 2006; S. Sontag, 1998). Раннее выявление хеликобактер-позитивных пациентов позволяет своевременно провести санацию и снизить риск возникновения таких тяжелых осложнений, как язвенная болезнь, атрофия желез, кишечная метаплазия, рак желудка (М. Asaka, 1996; К.Ю. Мараховский, 2006). Поэтому важно изучить клиническую и эндоскопическую характеристики заболевания, выявить особенности морфологической картины в зависимости от степени хеликобактерного инфицирования.

Гастроэзофагеальный рефлюкс – одна из наиболее распространенных форм нарушения моторной деятельности в детском возрасте (Ю.В. Васильев, 2005; В.Ф. Приворотский, 2002, 2004; А.И. Хавкин, 2002). Частота патологического гастроэзофагеального рефлюкса, по данным разных авторов, колеблется от 10 до 25% в когорте детей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта (В.Ф. Приворотский, 2002, 2004; А.И. Хавкин, 2002). Истинная частота гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей неизвестна, по данным российских исследователей у детей с заболеваниями гастродуоденальной зоны она колеблется от 8,7% до 49,0% (В.Ф. Приворотский, 2004) и является потенциально серьезным патологическим состоянием, способным резко ухудшить качество жизни пациентов (О.Н. Минушкин, 2006; В.Т. Ивашкин, 2002).

Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей (С.В. Бельмер, 2002; А.И. Хавкин, 2002; В.Ф. Приворотский, 2006), отечественные данные

о распространенности, особенностях клинической картины, факторах риска патологии пищевода и хронического гастрита противоречивы и требуют дальнейшего изучения, чем и определяется актуальность исследования.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами, темами. Работа выполнена в 2004–2008 гг. в соответствии с планом научных исследований кафедры пропедевтики детских болезней «Лечение и реабилитация детей и подростков с функциональной и органической патологией желудочно-кишечного тракта и аллергией» регистрационный № 2004793 от 27 апреля 2004 г.

Цель настоящей работы: установить клинические, эндоскопические и морфологические (с учетом хеликобактерной инфицированности) характеристики пищевода при гастродуоденитах у детей; оценить вегетативный статус и психосоматическое состояние обследуемых с последующей разработкой алгоритма дифференцированного ведения больных для улучшения результатов комплексной терапии и качества их жизни.

Для реализации этой цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Изучить клинику, эндоскопическую и гистологическую картину поражения слизистой оболочки пищевода, оценить влияние хеликобактерной инфекции на её состояние в аспекте возрастной эволюции у детей с хроническим гастродуоденитом и рефлюксными поражениями пищевода.

2. Охарактеризовать вегетативный гомеостаз у пациентов с хроническим гастродуоденитом и рефлюксными поражениями пищевода.

3. Выяснить психологический портрет детей с хроническим гастродуоденитом и рефлюксными поражениями пищевода, оценить качество их жизни и предложить комплексный подход к коррекции выявленных психологических нарушений.

Объект и предмет исследования: пациенты с хроническим гастродуоденитом и рефлюксными поражениями пищевода; здоровые дети (первой и второй групп здоровья) в возрасте 8–18 лет, истории болезни; истории развития ребенка (учетная форма № 112); результаты клинического обследования, данные лабораторных и функциональных методов исследования; биоптаты слизистой оболочки пищевода и желудка.

Методология и методы исследования: методологической основой исследования является системный анализ. Для проведения исследований применялись следующие методы: анамнестический, выборочный метод выкопирования сведений из медицинской документации; клиническое обследование пациентов с хроническим гастродуоденитом с использованием лабораторных и инструментальных тестов; анкетирование с целью оценки

личностных характеристик детей. Фиброэзофагогастроуденоскопия с биопсией слизистой оболочки пищевода и желудка, морфологическое исследование слизистой оболочки пищевода по Bhan 1981 года, слизистой оболочки желудка с использованием модифицированной Сиднейской классификации 1996 года, кардиоинтервалография в покое и при проведении ортостатической пробы, опросник для оценки качества жизни SF-36, тесты Люшера и Кеттелла.

Методики статистического анализа: полученные результаты обследования детей обработаны с помощью параметрических и непараметрических методов биологической статистики. Вычисляли средние показатели и показатели вариации, сравнительную оценку средних величин выполняли с помощью критериев достоверности Стьюдента. Описание связи между переменными величинами производили в результате выполнения корреляционного анализа.

Научная новизна работы заключается в следующем. Впервые проведена комплексная оценка состояния здоровья детей с поражением пищевода и хроническим гастродуоденитом. В работе использован современный подход к оценке роли личностных особенностей и качества жизни у этой группы детей. Исследован вегетативный гомеостаз у детей с сочетанным поражением пищевода и хроническим гастродуоденитом. Предложены методы психотерапии в комплексном лечении детей и подростков с сочетанной патологией пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Практическая значимость работы. Исследование функционального состояния пищевода у детей с хроническим гастродуоденитом позволяет выявлять ранние отклонения в слизистой оболочке пищевода и своевременно проводить их коррекцию.

Коррекция изменений вегетативного гомеостаза у детей с сочетанным поражением пищевода и хроническим гастродуоденитом позволит улучшить качество реабилитации у данной группы больных.

Оценка личностных особенностей детей с поражением пищевода и хроническим гастродуоденитом позволит проводить индивидуальные реабилитационные программы с учетом психологической характеристики детей.

В практическую работу гастроэнтерологического отделения 4-й детской клинической больницы и отделения медицинской реабилитации 10-й детской клинической поликлиники города Минска внедрена комплексная оценка состояния пищевода, вегетативной нервной системы и личностных особенностей детей с поражением пищевода и хроническим гастродуоденитом.

Рекомендована оценка качества жизни этой категории больных и консультация психотерапевта и реабилитолога, что позволит практическим врачам целенаправленно выявлять и корректировать возникшие отклонения.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Для детей с рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом характерно преобладание желудочных симптомов. Особенности болевого и диспептического синдромов определяют необходимость дополнительных исследований для исключения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Отсутствует четкая взаимосвязь между эндоскопической и гистологической картиной у детей с рефлюксными поражениями пищевода. Моторные нарушения в виде недостаточности кардии и дуоденогастрального рефлюкса вносят существенный вклад в развитие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Имеются возрастные и половые различия хеликобактерной инфекции у детей с сочетанными рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом.

2. Для более полной оценки состояния детей с сочетанным поражением пищевода и хроническим гастродуоденитом требуется исследование вегетативного статуса этой группы пациентов.

3. Целесообразно проводить психотерапевтическую коррекцию в группе детей с РПП и ХГД, что способствует повышению эффективности стандартных медикаментозных протоколов, улучшая качество жизни пациентов.

Личный вклад соискателя. Диссертантом лично проводились анкетирование для оценки личностных особенностей и качества жизни, клинический осмотр всех обследуемых детей, исследование ВНС, выкопировка данных из медицинской документации. Автором лично оценены данные кардиоинтервалографии, тестирования, создана база данных об обследуемой группе детей с патологией пищевода, лично осуществлена статистическая обработка и анализ полученных данных. Результаты совместных исследований отражены в соответствующих публикациях.

Апробация результатов диссертации. Материалы исследований и основные положения работы докладывались на: XI международной научно-практической конференции «Экология человека в постчернобыльский период» (Минск, 2003 г.); Республиканском научно-практическом семинаре «Наследственные и врожденные заболевания сердечно-сосудистой системы у детей и подростков» (Минск, 2003 г.); научной сессии БГМУ (Минск, 2004 г.); X Российской гастроэнтерологической неделе (Москва, 2004 г.); научно-практическом семинаре «Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии» (Минск, 2005 г.); научно-практическом семинаре «Актуальные проблемы педиатрии и детской гастроэнтерологии» (Минск, 2007 г.).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 15 научных работ: из них 4 статьи в рецензируемых журналах, 2 статьи в рецензируемых сборниках научных работ; 9 – в материалах конференций,

тезисах съездов и конференций. Самостоятельно (без соавторов) опубликованы 3 научные работы (71198 печатных знака или 1,78 авторского листа).

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 135 страницах машинописи и состоит из введения, общей характеристики работы, 4 глав собственных результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 305 источников (в т. ч. 194 источника отечественных авторов, стран СНГ и 111 иностранных). Работа иллюстрирована 37 таблицами и 15 рисунками, имеет приложение (акты внедрения результатов диссертационной работы).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

В соответствии с целью и задачами работы обследовано 196 детей в возрасте 8–18 лет, из них 152 ребенка (мальчиков 73, девочек 79) с жалобами на боли в животе, диспептическим синдромом, жалобами характерными для астено-невротического синдрома.

Критерии включения пациентов в исследование: 1) жалобы на диспептический синдром и боли в животе на протяжении более одного года; 2) жалобы на изжогу 2 и более раза в неделю; 3) жалобы характерные для астено-невротического синдрома; 4) установленное при эндоскопии поражение пищевода в виде гиперемированной (катаральный эзофагит) или эрозированной слизистой оболочки (эрозивный эзофагит по Los Angeles Classification System, 1994).

В качестве ведущего дифференциально-диагностического критерия использовали результаты фиброэзофагогастродуоденоскопии, которые позволили выделить следующие группы больных:

Группа 1 – дети с рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом (основная группа, $n = 88$); из них:

Первая подгруппа – пациенты с рефлюксным поражением пищевода в виде катарального эзофагита и хроническим гастродуоденитом – $n = 64$, (72,7%; средний возраст $13,1 \pm 1,3$ года).

Вторая подгруппа – больные с эрозивным рефлюкс-эзофагитом и хроническим гастродуоденитом – $n = 24$, (27,3%; средний возраст $13,1 \pm 1,2$ года).

Группа 2 – больные с гастродуоденитом без сопутствующего рефлюксного поражения пищевода (условно-контрольная группа, $n=64$, средний возраст $13,2 \pm 1,5$ года).

Группа 3 – практически здоровые дети, не страдающие какими-либо хроническими заболеваниями (контрольная группа, $n=44$, средний возраст $13,5 \pm 0,2$ года).

Исследования проводили на базе гастроэнтерологического отделения 4-й городской детской клинической больницы г. Минска. В клиническое обследование включено изучение анамнестических данных, объективный осмотр и другие общеклинические исследования (общий анализ крови, мочи, биохимическое обследование).

Изучение состояния пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки проводили с помощью фиброзофагогастроуденоскопии с биопсией слизистой оболочки пищевода и желудка с последующим морфологическим исследованием биоптатов (кроме контрольной группы детей).

Биопсию слизистой оболочки пищевода проводили с учетом рекомендуемого порядка действий. Биопсию слизистой оболочки желудка проводили в антральном отделе (2 кусочка в 2–3 см от пилоруса) и в теле желудка (1 кусочек по большой и 1 по малой кривизне).

Результаты эндоскопического и морфологического исследования слизистой оболочки пищевода и желудка оценивали в соответствии с классификациями: эзофагита – Los Angeles Classification System (1994) и модифицированной Сиднейской международной классификацией гастрита (1996). Образцы биопсийного материала были представлены на консультацию заведующему отделением детской патологии городского патологоанатомического бюро г. Минска, кандидату медицинских наук С.К. Клецкому.

Исходный вегетативный тонус сердечно-сосудистой системы и вегетативную реактивность определяли с помощью кардиоинтервалографии в покое и при проведении клиноортостатической пробы, анализ проводился по общепринятой методике (М.Б. Кубергер, 1984, 1985) с использованием компьютерной программы «Rhythm-4».

Качество жизни оценивали по специальному опроснику SF-36, который переведен на русский язык, прошел культурную адаптацию и валидацию в соответствии с международными стандартами в институте клинико-фармакологических исследований (Санкт-Петербург) и рекомендован к использованию при исследовании качества жизни в России (А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд, 1999, 2002, 2004).

Диагностику психологического состояния и свойств личности проводили с помощью многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (16PF-опросник) (А.А. Рукавишников, 1995) и 8 цветного варианта теста Люшера (М. Люшер, 2003).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты обследования детей, с рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом (РПП+ХГД), показали, что жалоба на изжогу

встречалась в $62,5 \pm 5,2\%$ случаев, без достоверного различия у девочек и мальчиков. Наиболее часто на ее проявления жаловались дети 11–14 лет, только $12,7 \pm 4,5\%$ обследованных пациентов отмечали ее в младшем возрасте. Тяжелую степень проявления изжоги (ежедневно) чаще предъявляли дети с РПП+ХГД, тогда как легкую степень проявления отмечали пациенты с ХГД. При катаральной форме эзофагита жалобу на изжогу предъявляли преимущественно девочки, а при эрозивной – мальчики. Пациенты с РПП+ХГД также отмечали жалобы: на отрыжку воздухом $71,6 \pm 4,8\%$ ($P < 0,05$), отрыжку кислым $58,0 \pm 5,3\%$ ($P < 0,001$), чувство переполнения в подложечной области и раннего насыщения $62,5 \pm 5,2\%$ ($P < 0,05$), симптом «мокрого пятна» на подушке встречался в $26,1 \pm 4,7\%$ случаев ($P < 0,001$). Дети с эрозивной формой эзофагита отмечали неприятный вкус во рту (горечь) в $50,0 \pm 10,2\%$ ($P < 0,01$). Жалобы на проявления диспептического синдрома, которые беспокоили один раз в месяц, предъявил каждый второй ребенок ($52,3 \pm 5,3\%$) с РПП+ХГД ($P < 0,001$). Болевой синдром в эпигастральной области встречался у $93,2 \pm 2,7\%$ пациентов с рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом, за грудиной – у $69,3 \pm 4,9\%$, у детей с эрозивным эзофагитом жалобы на боли за грудиной встречались чаще $83,3 \pm 7,6\%$ против $64,1 \pm 6,0\%$ пациентов с катаральным эзофагитом ($P < 0,05$).

Анализ давности заболевания позволил установить, что в большинстве случаев ($68,8 \pm 5,8\%$ и $83,3 \pm 7,6\%$) в основной (обеих подгруппах) группе и условно-контрольной ($81,3 \pm 4,9\%$) длительность хронического гастродуоденита составляла от 1 года до 3 лет.

Исследование основных предрасполагающих факторов к воспалительным заболеваниям верхних отделов пищеварительного тракта у детей основной группы показало, что среди факторов риска ведущее место занимали: активное курение – каждый третий ребенок ($28,4 \pm 4,8\%$), употребление пива – каждый четвертый ($22,7 \pm 4,5\%$). Употребляли спиртные напитки (слабые алкогольные (джин-тоник)) – $4,5 \pm 2,2\%$ больных. Средний возраст активно курящих детей составил $14,1 \pm 0,81$ лет. Следует иметь в виду, что не все дети ответили на эти вопросы, а определенная часть скрыла наличие у себя вредных привычек.

Изучение эндоскопической картины слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей с рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом показало, что полипы пищевода чаще ($P < 0,001$) диагностированы у пациентов с рефлюксными поражениями пищевода ($19,3 \pm 4,2\%$). Одинаково часто полипы встречались при катаральном ($P < 0,01$) и эрозивном эзофагитах ($P < 0,05$) ($18,7 \pm 4,9\%$ и $20,8 \pm 8,3\%$ соответственно), с тенденцией к увеличению при эрозивном эзофагите в стадии А ($22,2 \pm 9,8\%$) против $16,6 \pm 5,2\%$ в стадии В. Полипы пищевода чаще ($P < 0,05$) встречались у мальчиков $64,7 \pm 11,6\%$ против $35,3 \pm 11,6\%$ девочек, без

достоверных отличий в возрастных группах. У детей с хроническим гастродуоденитом и рефлюксными поражениями пищевода полипы пищевода сочетались с эндоскопическими проявлениями хронического пангастрита и составили $76,5 \pm 10,3\%$, против $23,5 \pm 10,3\%$ хронического антрального гастрита ($P < 0,001$). По нашим данным полипы пищевода одинаково выявлялись у хеликобактер-негативных ($58,8 \pm 11,9\%$) и позитивных ($41,2 \pm 11,9\%$) пациентов.

Эндоскопическое поражение двенадцатиперстной кишки у пациентов основной группы встречалось в виде хронического дуоденита, и составило $59,1 \pm 5,2\%$ против $19,3 \pm 4,2\%$ хронического бульбита ($P < 0,001$).

Моторные нарушения пищевода в виде недостаточности кардии существенно ($P < 0,001$) чаще регистрировались у детей основной группы. Нами не получено достоверной разницы в частоте встречаемости недостаточности кардии при катаральном и эрозивном эзофагитах. Дуоденогастральный рефлюкс ($P < 0,05$) был отмечен у $19,3 \pm 4,2\%$ пациентов с рефлюксными поражениями пищевода, чаще ($P < 0,05$) у больных с катаральным эзофагитом. Между рефлюксным поражением пищевода (эндоскопическим) и дуоденогастральным рефлюксом у пациентов с эзофагитом нами выявлена прямая слабая связь ($r = 0,2$, $P < 0,05$). У детей основной группы с полипами пищевода недостаточность кардии встречалась у $35,3 \pm 11,6\%$, а дуоденогастральный рефлюкс у $17,6 \pm 9,2\%$ соответственно. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы диагностирована у $3,4 \pm 1,9\%$ детей с рефлюксными поражениями пищевода.

Частота эндоскопической картины антрального гастрита была одинаковой в сравниваемых группах – $36,4 \pm 5,1\%$ пациентов основной группы, $48,4 \pm 6,2\%$ у детей условно-контрольной группы.

Эндоскопическая картина хронического пангастрита ($P < 0,01$) встречалась у $55,7 \pm 5,3\%$ детей с рефлюксными поражениями пищевода. У пациентов с эрозивной формой эзофагита хронический пангастрит встречался чаще ($P < 0,001$), чем у наблюдаемых с катаральным эзофагитом.

Воспалительные изменения в слизистой оболочке бульбарного отдела двенадцатиперстной кишки одинаково часто встречались у наблюдаемых основной и условно-контрольной групп ($19,3 \pm 4,2\%$ и $9,4 \pm 3,6\%$ соответственно). Хронический бульбит регистрировался у $33,4 \pm 9,6\%$ пациентов с эрозивным эзофагитом против $9,4 \pm 3,6\%$ детей с ХГД ($P < 0,02$).

Эндоскопическая картина хронического дуоденита встречалась у $59,1 \pm 5,2\%$ больных основной группы ($P < 0,01$). Корреляция между рефлюксными поражениями пищевода (эндоскопическими) и воспалительным процессом в двенадцатиперстной кишке (эндоскопическим дуоденитом и бульбитом) у больных основной группы оказалась сильной прямой ($r = 0,8$ и $r = 0,7$, $P < 0,05$).

Поражение антрального отдела желудка одинаково регистрировалось в обеих сравниваемых группах. Напротив хронический пангастрит встречался чаще у детей с рефлюксными поражениями пищевода ($P < 0,01$). Воспалительные изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки встречались у пациентов основной группы ($59,09 \pm 5,2\%$, $P < 0,05$), у этих больных также достоверно чаще встречалось изолированное поражение луковицы двенадцатиперстной кишки ($19,31 \pm 4,2\%$, $P < 0,05$).

При оценке эндоскопических поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки внутри основной и условно-контрольной групп обнаружено, что в группе детей с рефлюксными поражениями пищевода был отмечен пангастрит $55,7 \pm 5,3\%$ против $36,4 \pm 5,1\%$ антрального гастрита ($P < 0,01$), и дуоденит ($P < 0,001$) $59,1 \pm 5,2\%$ против $19,3 \pm 4,2\%$ бульбита.

Оценка степени выраженности гистологических изменений слизистой оболочки пищевода (по I. Bhan, 1981) у детей с разной формой эзофагита показала, что «0» и « $\frac{1}{2}$ » степень поражения имели ($40,6 \pm 6,1\%$ и $18,7 \pm 4,9\%$, соответственно) детей с катаральным эзофагитом и ($25,0 \pm 8,8\%$ и $33,3 \pm 9,6\%$) с эрозивным. Достоверно чаще ($P < 0,05$) у пациентов с эрозивным эзофагитом встречалась «1» степень поражения пищевода $29,2 \pm 9,3\%$ против $6,3 \pm 3,0\%$ больных с катаральным эзофагитом. Выраженная степень («2») поражения одинаково встречалась у детей с катаральным и эрозивным эзофагитом $6,3 \pm 3,0\%$ против $12,5 \pm 6,8\%$ соответственно. Тяжелая степень поражения и изъязвления не выявлена. Нормальное строение слизистой оболочки пищевода отмечено только у детей с катаральным эзофагитом и составило $28,1 \pm 5,6\%$. У детей с катаральным и эрозивным эзофагитом преобладала минимальная степень поражения пищевода ($P < 0,001$). Средняя степень встречалась достоверно чаще у детей с эрозивным эзофагитом ($P < 0,05$). При анализе биоптатов абдоминального отдела пищевода у 5 ($5,7 \pm 2,5\%$) детей с рефлюксными поражениями пищевода обнаружена гистологическая картина пищевода Баррета. У детей с эрозивным эзофагитом (все мальчики) пищевод Баррета встречался в $16,7 \pm 7,6\%$ случаев против $1,6 \pm 1,5\%$ детей с катаральным эзофагитом ($P < 0,05$). У всех детей метаплазия характеризовалась появлением цилиндрического эпителия кардиального типа слизистой желудка.

При эндоскопическом исследовании у 17 больных с рефлюксными поражениями пищевода были выявлены полипы пищевода. При гистологическом исследовании в 100% случаев диагностированы гиперплазиогенные полипы. При анализе эндоскопических и гистологических исследований выяснилось, что гиперплазиогенные полипы одинаково часто встречались при катаральном и эрозивном эзофагите ($18,7 \pm 4,9\%$ и $20,8 \pm 8,3\%$ соответственно).

По данным исследования, *H. pylori* выявлялся у $43,7 \pm 6,2\%$ детей с катаральным эзофагитом и хроническим гастродуоденитом, у $62,5 \pm 9,9\%$ детей с эрозивным эзофагитом и хроническим гастродуоденитом и у $53,1 \pm 6,2\%$ детей с хроническим гастродуоденитом. Во всех сравниваемых группах *H. pylori*-позитивные пациенты преимущественно 11–14-летние. Чаще *H. pylori* встречался у мальчиков с эрозивным поражением пищевода и хроническим гастродуоденитом ($80,0 \pm 10,3\%$, $P < 0,05$).

Большое количество жалоб обследованных детей с рефлюксными поражениями пищевода на головную боль ($79,5\%$), повышенную утомляемость ($36,4\%$), головокружение ($23,9\%$), слабость ($22,7\%$) предопределило исследование у них состояния вегетативной нервной системы. Анализ исходного вегетативного тонуса показал, что у наблюдаемых основной группы чаще выявлялась ваготония ($84,1 \pm 3,9\%$) по сравнению с условно-контрольной ($P < 0,05$) и контрольной группами ($P < 0,01$). Реже встречалась у этих пациентов эйтония ($10,2 \pm 3,2\%$). При анализе показателей вегетативной нервной системы у детей с рефлюксными поражениями пищевода нами было обнаружено повышение активности гуморального контура по сравнению с контрольной группой ($P < 0,01$) и увеличение степени variability сердечного ритма по сравнению с контролем ($P < 0,05$). В основной и условно-контрольной группах в большей степени наблюдалось увеличение амплитуды моды по сравнению с контролем ($P < 0,05$), что говорит о более высоком уровне функционирования симпатического звена вегетативной нервной системы.

Анализ вегетативной реактивности обнаружил преобладание у здоровых детей нормального типа вегетативной реактивности ($59,1 \pm 7,4\%$, $P < 0,001$). У пациентов с РПП+ХГД по сравнению со здоровыми сверстниками значительно реже ($P < 0,001$) встречался нормальный тип ($27,3 \pm 4,7\%$), а преобладал гиперсимпатикотонический тип вегетативной реактивности ($44,3 \pm 5,3\%$, против $13,6 \pm 5,2\%$ в контроле, $P < 0,001$). Асимпатикотонический тип регистрировался в одинаковом проценте случаев во всех группах.

У большинства детей с рефлюксными поражениями пищевода ($59,1 \pm 5,2\%$) было выявлено избыточное обеспечение ортостаза, которое носило абсолютный характер в $70,6\%$ и реализовалось за счет повышенного тонуса симпатического ($AMo = 185,6 \pm 10,3\%$) и нормальной или пониженной активности парасимпатического отдела ВНС ($\Delta X = 78,7 \pm 8,2\%$). В $9,6\%$ случаев избыток был компенсированным, а $25,6\%$ детей имели относительное избыточное вегетативное обеспечение. Нормальное вегетативное обеспечение ортостаза регистрировалось только у $21,2 \pm 4,4\%$ больных, что меньше ($P < 0,001$), чем в контрольной группе, где нормальный тип вегетативного обеспечения превалировал ($61,4 \pm 7,3\%$). Недостаточное и избыточное обеспечение ортостаза в контроле имело меньшее количество детей ($25,0 \pm 6,5\%$ и $13,6 \pm 5,2\%$,

соответственно, $P < 0,001$), причем, только у 13,6% наблюдаемых регистрировался абсолютный недостаток вегетативного обеспечения, а избыточное обеспечение было относительным. Достоверных отличий между вегетативным обеспечением ортостаза основной и условно-контрольной групп нами не получено. Избыточное вегетативное обеспечение ортостаза у детей с рефлюксными поражениями пищевода обнаруженное нами подтверждает состояние напряжения вегетативной нервной системы у этой группы детей.

Изучение психологического состояния по тесту Кеттелла выявило, что наблюдаемые из основной группы имеют низкие показатели: фактора F (сдержанность – экспрессивность) – $(73,9 \pm 4,7\%)$, фактора Н (робость – смелость) – $59,1 \pm 5,2\%$, фактора Q₃ (низкий самоконтроль – высокий самоконтроль) – $80,7 \pm 4,2\%$, что достоверно чаще ($P < 0,001$), чем у детей из условно-контрольной (ХГД) и контрольной групп. Следовательно, эти больные имеют сверхчувствительную нервную систему, что отражается в их поведенческих реакциях. Они сенситивны к внешним изменениям, тревожны, недоверчивы, слабовольны.

У пациентов основной группы отмечались высокие показатели по фактору О ($55,7 \pm 5,3\%$) и фактору Q₄ (расслабленность – напряженность) – $77,3 \pm 4,5\%$, ($P < 0,001$). Для них характерна замкнутость, раздражительность, пониженное настроение, тревожность и эмоциональная нестабильность.

Нами не выявлено достоверных различий в частоте встречаемости конституциональных факторов, отвечающих за эмоционально-волевые особенности, коммуникативные свойства и особенности межличностного взаимодействия у детей с хроническим гастродуоденитом и разными формами эзофагита. Наши результаты показывают, что психологический портрет (тревожность, сверхчувствительность, фрустрированность, ранимость, внутренняя конфликтность представлений о себе, взвинченность) не зависит от формы эзофагита.

Исследование психоэмоционального состояния детей с рефлюксными поражениями пищевода по тесту Люшера выявило, что эти пациенты на первую позицию достоверно реже ($P < 0,05$) выдвигали основные цвета ($62,5 \pm 5,2\%$), по сравнению с условно-контрольной $78,1 \pm 5,2\%$ и контрольной $79,5 \pm 6,1\%$ группами соответственно. Достоверно чаще ($P < 0,05$) эти наблюдаемые на первую позицию ставили дополнительные цвета $37,5 \pm 5,2\%$.

Больные основной группы существенно чаще ($P_{1-3} < 0,001$, $P_{2-3} < 0,05$) основным цветом на первую позицию выбирали синий цвет, что составило $17,0 \pm 4,0\%$, против $12,5 \pm 4,1\%$ условно-контрольной и $2,3 \pm 2,3\%$ контрольной групп, и фиолетовый $31,8 \pm 5,0\%$ (против $14,1 \pm 4,4\%$ и $9,1 \pm 4,3\%$, $P_{1-2} < 0,01$; $P_{1-3} < 0,05$) соответственно.

Когда имеют место тревога и стресс они вызывают определенный тип компенсаторного поведения, на который указывает цвет, помещенный в тесте на первые позиции.

Пациенты с рефлюксными поражениями пищевода достоверно чаще ($P < 0,001$) в $94,5 \pm 3,1\%$ случаев (из тех кто выбрал основной цвет на первую позицию) выставляли его в качестве компенсации. Основным цветом в качестве компенсации на первую позицию больные из основной группы в $19,3 \pm 4,2\%$ и $26,1 \pm 4,7\%$ случаев выбирали синий или зеленый цвет, соответственно. Этот выбор, если синий цвет стоит на 1 месте, говорит о том, что у ребенка есть потребность либо в эмоциональном спокойствии, покое, гармонии и удовлетворенности, либо о физиологической потребности в отдыхе, разрядке и возможности восстановления сил. В том случае, если зеленый цвет стоит на 1 месте, может предприниматься попытка компенсировать ощущение безнадежности стремлением к безопасности.

Изучение критериев качества жизни у детей с рефлюксными поражениями пищевода (группа 1) выявило достоверное ухудшение всех показателей по опроснику SF-36. Это касается значительного повышения роли физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности этих детей (РФФ $51,3 \pm 3,5$ у.е., РЭФ $54,7 \pm 2,9$ у.е.). Физическая активность у наблюдаемых пациентов 1 группы самая низкая (ФФ $65,5 \pm 8,2$ у.е., против ФФ $81,5 \pm 8,2$ у.е. и $94,6 \pm 5,2$ у.е. соответственно условно-контрольной и контрольной групп). Зафиксированы низкие показатели общего восприятия здоровья (ОЗ $47,5 \pm 7,9$ у.е.) и телесной боли (Б $47,5 \pm 6,6$ у.е.) у этой группы больных. Параметры психического здоровья и социальной активности у респондентов 1 и 2 групп (ХГД) оказались достоверно одинаково низкими по сравнению с контрольной группой детей (ПЗ $54,5 \pm 5,8$ у.е.; $54,3 \pm 7,4$ у.е.; СФ $59,5 \pm 3,2$ у.е.; $61,8 \pm 8,1$ у.е., против ПЗ $77,9 \pm 8,7$ у.е., СФ $80,9 \pm 8,9$ у.е. соответственно контрольной группы детей).

Мальчики основной группы в физическом компоненте здоровья имели самый низкий один показатель (ФФ), а девочки – три показателя (РФФ, Б, ОЗ). В психическом компоненте здоровья и у мальчиков и у девочек с рефлюксными поражениями пищевода самыми низкими оказались по два показателя качества жизни (ЖА и ПЗ у мальчиков; СФ и РЭФ у девочек).

Нами выявлены обратные корреляционные связи между наиболее часто встречающимися жалобами и показателями качества жизни у детей основной группы: на боль в эпигастральной области и показателями РЭФ ($r = -0,37$; $P < 0,02$) и РФФ ($r = -0,34$; $P < 0,05$); на неприятный вкус во рту (горечь) и показателями РЭФ ($r = -0,32$; $P < 0,05$) и РФФ ($r = -0,30$; $P < 0,05$); на тошноту и показателем РЭФ ($r = -0,40$; $P < 0,01$).

Не выявлено отличий при сравнении показателей качества жизни у детей с разной формой эзофагита.

Полученные нами данные исследования психологического состояния и качества жизни детей, страдающих рефлюксными поражениями пищевода, показали, что у пациентов с хронической сочетанной патологией верхнего отдела пищеварительного тракта имеются отклонения психосоматического статуса в виде эмоциональных расстройств с повышенной тревожностью, плаксивостью, нарушениями сна, изменениями внимания, мышления. Учитывая данные психологического состояния и показателей качества жизни у этих детей, с нашей точки зрения наряду с медикаментозной терапией основного заболевания, необходимо проводить психокоррекцию.

Психотерапевтом проводилось индивидуальное и групповое лечение. Курс лечения у психотерапевта составлял 8–10 сеансов. Все пациенты хорошо переносили назначенную терапию. Для оценки качества жизни заполняли опросник SF-36 до начала терапии и перед выпиской из стационара.

У пациентов первой группы (на медикаментозном лечении) выявлено улучшение всех критериев качества жизни по сравнению с показателями до начала терапии, в значительной степени связанных с физическим компонентом здоровья (РФФ $75,3 \pm 14,4$ у.е., Б $68,4 \pm 7,1$ у.е., ОЗ $81,4 \pm 2,3$ у.е., $P < 0,001$), и жизненной активностью (ЖА $74,5 \pm 14,3$ у.е., $P < 0,001$). Отмечается прирост по шкалам: социального функционирования (у детей отвечающий за уровень игровой активности, общение и взаимоотношение со сверстниками, адаптацию в коллективе, школьную успеваемость) $63,5 \pm 11,5$ у.е.; ролевого функционирования $56,3 \pm 7,2$ у.е.; психического здоровья $58,5 \pm 11,2$ у.е. Однако эти показатели остаются несколько сниженными.

В группе детей с психотерапевтическим лечением (на фоне медикаментозного) обращает на себя внимание улучшение всех показателей качества жизни. У этих детей значительно снижается роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭФ $65,5 \pm 8,2$ у.е., $P < 0,001$), возрастает социальная активность (СФ $65,5 \pm 12,6$ у.е., $P < 0,02$). Улучшается психическое здоровье (ПЗ $74,7 \pm 2,9$ у.е., $P < 0,001$).

Анализ критериев качества жизни у наблюдаемых детей по сравнению с контрольной группой (практически здоровые дети, не страдающие какими-либо хроническими заболеваниями, $n=50$) показал, что у детей с медикаментозной и психотерапевтической терапией показатели качества жизни имеют тенденцию приближения к уровню здоровых детей. Особенно это касается показателей, связанных с ментальной сферой. Возможно, занятия у психотерапевта помогают ребенку понять суть болезни, ее причины, приводят к внутреннему успокоению, и как следствие, к снятию хронического стресса и отрицательных эмоций. Повышение жизнеспособности пациентов, посещающих занятия

у психотерапевта, указывают на то, что полученные знания открывают перед детьми новые перспективы в лечении, жизни, что пессимизм сменяется оптимизмом. Повышение социальной активности, свидетельствует об их лучшей социальной адаптации. Однако показатели качества жизни пациентов с рефлюксными поражениями пищевода не достигли уровня здоровых детей и, следовательно, они нуждаются в продолжение терапии как медикаментозной, так и психотерапевтической.

Таким образом, проведенное нами исследование подтверждает целесообразность использования в стандартной этиопатогенетической терапии детей с рефлюксными поражениями пищевода психотерапевтического лечения. Полученные нами данные исследования психологического состояния и качества жизни детей, страдающих рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом, позволили нам разработать диагностический алгоритм ведения этих пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Для детей и подростков с рефлюксными поражениями пищевода в сочетании с гастродуоденитом характерно преобладание внепищеводных, желудочных симптомов (боль в эпигастральной области – 93,2% ($P < 0,05$); боль за грудиной – 69,3% ($P < 0,01$)), у них реже встречаются типичные клинические проявления – изжога 62,5% ($P < 0,001$); отрыжка кислым – 57,9% ($P < 0,001$); отрыжка воздухом – 71,6% ($P < 0,05$); симптом «мокрого пятна на подушке» – 26,1% ($P < 0,001$). У основной группы детей нельзя оценивать состояние слизистой оболочки пищевода по предъявляемым жалобам и клинической картине, так как нет четкого параллелизма между частотой встречаемости тех или иных жалоб и тяжестью поражения пищевода. Особенности болевого и диспептического синдромов с длительностью от 1 года и более у пациентов с РПП + ХГД определяют настороженность в плане развития ГЭРБ и диктуют необходимость проведения ФЭГДС с биопсией для установления характера поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта [3; 7; 11; 12; 14].

Для детей и подростков с РПП + ХГД характерны моторные нарушения в виде недостаточности кардии и дуоденогастрального рефлюкса. Чем больше распространенность воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка (пангастрит $55,7 \pm 5,3\%$, $P < 0,01$) и двенадцатиперстной кишки (хронический дуоденит $59,1 \pm 5,2\%$, $P < 0,01$), тем чаще отмечаются рефлюксные поражения пищевода. У детей и подростков основной группы чаще в воспалительный процесс вовлекается двенадцатиперстная кишка ($78,4 \pm 4,4\%$, $P < 0,001$). Нет четкой взаимосвязи между эндоскопической и гистологической картинами,

даже эрозивные эзофагиты сопровождаются минимальными морфологическими изменениями ($58,3 \pm 10,1\%$). У детей с катаральным и эрозивным эзофагитами выявляются одинаково часто гиперплазиогенные полипы ($18,7 \pm 4,9\%$ и $20,8 \pm 8,3\%$ соответственно). У детей с эрозивным эзофагитом более тяжелое гистологическое поражение пищевода ($41,7 \pm 10,1\%$; $P < 0,01$) чем с катаральным эзофагитом, чаще может встречаться гистологическая картина пищевода Баррета ($16,7 \pm 7,6\%$; $P < 0,05$) [4; 5].

Во всех сравниваемых группах *H. pylori*-позитивные пациенты преимущественно 11–14-летние. Для пациентов с эрозивным эзофагитом и хроническим гастродуоденитом характерны: более высокая степень инфицирования НР; половые отличия (чаще *H. pylori* встречался у мальчиков с эрозивным поражением пищевода и хроническим гастродуоденитом ($80,0 \pm 10,3\%$, $P < 0,05$); жалобы на икоту ($25,0 \pm 8,8\%$, $P < 0,05$), неприятный вкус во рту (горечь) ($29,2 \pm 9,3\%$, $P < 0,05$). Для НР негативных и позитивных пациентов наблюдаемых групп типична исходная ваготония ($P < 0,001$), причем у НР-позитивных детей с эрозивным эзофагитом исходная ваготония встречается чаще ($P < 0,05$) [8; 9; 10].

2. Практически все дети с РПП+ХГД предъявляли жалобы, свидетельствующие о наличии вегетативной дисфункции ($79,5\%$ – на головную боль, $36,4\%$ – на повышенную утомляемость, $23,9\%$ – на головокружение, $22,7\%$ – на слабость). Для большинства детей основной группы наиболее характерными оказались признаки исходной ваготонии ($84,6 \pm 4,5\%$, $P < 0,05$) и гиперсимпатикотонического типа вегетативной реактивности ($44,6 \pm 6,2\%$, $P < 0,001$). Максимально выраженные нарушения вегетативного гомеостаза в виде повышения активности гуморального контура, увеличения степени variability сердечного ритма и избыточного вегетативного обеспечения ортостаза по данным кардиоинтервалографии при КОП определялись у пациентов с сочетанной патологией верхнего отдела пищеварительного тракта [2; 6; 15].

3. Для детей и подростков с рефлюксными поражениями пищевода и ХГД типичны следующие психологические характеристики: они имеют сверхчувствительную нервную систему, что отражается в поведенческих реакциях, они сенситивны к внешним изменениям, тревожны, недоверчивы, слабовольны (низкие показатели F , H , Q_3 , $P < 0,001$; основные цвета на первой позиции $62,5 \pm 5,2\%$, $P < 0,05$); замкнуты, раздражительны, эмоционально лабильны (высокий показатель Q_4 , $P < 0,001$; основной цвет в качестве компенсации на первой позиции $94,5 \pm 3,1\%$, $P < 0,001$). Психологические особенности детей основной группы не зависят от формы эзофагита. Высокий уровень тревожности (фактор O у $55,7 \pm 5,3\%$ имеет низкие значения), эмоциональной лабильности (фактор Q_4 у $77,3 \pm 4,5\%$ имеет высокие значения)

у пациентов с РПП и ХГД диктует необходимость психологической коррекции данной группы детей. Рефлюксные поражения пищевода и хронический гастродуоденит у детей и подростков, значительно влияют на важнейшие показатели качества жизни, отражающие важнейшие функции организма, вызывая ухудшение общего и ментального здоровья. Для пациентов с рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом характерно снижение физического компонента здоровья (ФФ $65,5 \pm 8,2$ у.е., $P < 0,001$; Б $47,5 \pm 6,6$ у.е., $P < 0,02$; ОЗ $47,5 \pm 7,9$ у.е.; $P < 0,001$). Показатели качества жизни у наблюдаемых основной группы имеют половые отличия. Для девочек с РПП и ХГД характерно снижение физического компонента здоровья (РФФ, Б, ОЗ) по сравнению с психологическим (СФ, РЭФ), для мальчиков снижение и физического (ФФ самый низкий показатель) и психологического компонента здоровья (ЖА, ПЗ). У детей с рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом необходимо исследовать показатели качества жизни до начала лечения и в конце курса терапии для определения эффективности и продолжительности лечения. Показатели качества жизни у детей и подростков основной группы на фоне медикаментозной терапии в сочетании с психотерапевтической коррекцией имеют большую динамику приближения к уровню здоровых детей, у них снижается роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭФ $65,5 \pm 8,2$ у.е., $P < 0,001$), возрастает социальная активность (СФ $65,5 \pm 12,6$ у.е., $P < 0,02$), улучшается психическое здоровье (ПЗ $74,7 \pm 2,9$ у.е., $P < 0,001$). Целесообразно дополнение стандартных медикаментозных схем психотерапией. Коррекцию психосоматических нарушений у детей с рефлюксными поражениями пищевода целесообразно проводить по разработанному нами алгоритму [1; 13].

Практические рекомендации

1. Для проведения адекватной реабилитации детей страдающих сочетанным рефлюксным поражением пищевода и хроническим гастродуоденитом, необходимо исследование вегетативного статуса, психологического состояния и личностных особенностей этих больных.

2. В план обследования пациентов с РПП+ХГД целесообразно включение проведения кардиоинтервалографии, тестирования по Люшеру, Кеттеллу, опроснику качества жизни SF-36.

3. В план реабилитационных мероприятий целесообразно включить курс психотерапии. При проведении курса психотерапии достигаются наилучшие результаты качества жизни и психологического состояния.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в журналах

1. Волкова, О.Н. Особенности психоэмоционального статуса детей, страдающих хроническим гастродуоденитом и рефлюксным поражением пищевода / О.Н. Волкова, А.В. Сукало // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2005. – № 3. – С. 57–60.
2. Волкова, О.Н. Состояние вегетативной нервной системы у детей с хроническим гастродуоденитом и рефлюксным поражением пищевода / О.Н. Волкова // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2005. – № 3. – С. 61–63.
3. Волкова, О.Н. Гастроэзофагеальная болезнь у детей / О.Н. Волкова, А.В. Сукало // Медицинская панорама. – 2007. – № 3. – С. 17–21.
4. Волкова, О.Н. Частота встречаемости симптомов моторных нарушений пищевода и факторов риска развития этих нарушений у школьников Минска / О.Н. Волкова, А.В. Сукало // Медицинская панорама. – 2007. – № 3. – С. 32–34.

Статьи в научных сборниках и материалах конференций, тезисы

5. Морфологические изменения при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О.Н. Волкова, О.Н. Назаренко, М.В. Чичко, К.Ю. Мараховский, С.К. Клецкий // Сб. материалов 7-й конф. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – М., 2000. – С. 64–65.
6. Состояние слизистой оболочки пищевода и вегетативный гомеостаз у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / О.Н. Волкова, М.В. Чичко, О.Н. Назаренко, В.В. Дмитрачков // Материалы 2-й Объединен. Всерос. и Всеармейск. науч. конф. «Санкт-Петербург – Гастро 2000». – СПб., 2000. – С. 16.
7. Волкова, О.Н. Симптоматика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей / О.Н. Волкова // Тр. молодых ученых: Сб. науч. работ. – Минск, 2001. – С. 34–37.
8. Влияние НР инфекции на течение заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта у детей / О.Н. Назаренко, М.В. Чичко, О.Н. Волкова, О.Е. Сушицкая // Материалы 3-го Славяно-Балтийского науч. форума «Санкт-Петербург – Гастро 2001». – СПб., 2001. – С. 58.
9. Волкова, О.Н. Частота обнаружения пилорических хеликобактеров у детей с патологией пищевода / О.Н. Волкова, О.Н. Назаренко, М.В. Чичко // Материалы 3-го Славяно-Балтийского науч. форума «Санкт-Петербург – Гастро 2001». – СПб., 2001. – С. 21.
10. Влияние хеликобактериоза на частоту рецидивов и тяжесть заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей / О.Н. Волкова,

О.Н. Назаренко, О.Е. Сушицкая, Н.Н. Былинский // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – № 6. – С. 6.

11. Применение мотилиума при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей / О.Н. Волкова, О.Н. Назаренко, М.В. Чичко, С.Э. Загорский // Сб. материалов 9-го симп. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – М., 2002. – С. 74–75.

12. Волкова, О.Н. Клинико-эндоскопические проявления заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта / О.Н. Волкова // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2003. – № 2–3. – С. 36.

13. Волкова, О.Н. Особенности вегетативного тонуса и личностных качеств у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной и дуоденогастральной рефлюксной болезнью / О.Н. Волкова, А.М. Чичко, Л.В. Шилович, М.И. Дугмонич, О.А. Боровик // Экологическая антропология: Материалы XI Междунар. науч.-практ. конф. «Экология человека в постчернобыльский период». – Минск, 2004. – С. 173–174.

14. Волкова, О.Н. Частота диспептических жалоб у школьников города Минска / О.Н. Волкова, В.П. Молодянович // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – № 5. – С. 113.

15. Волкова, О.Н. Частота диспепсии, астеновегетативного синдрома у школьников города Минска / О.Н. Волкова, В.П. Молодянович, О.Н. Назаренко // Материалы XII Конгр. детских гастроэнтерологов России (Всерос. совещ. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей»). – М.: ИД Медпрактика, 2005. – С. 287–288.

РЭЗІЮМЭ

Волкава Аксана Мікалаеўна Клінічная, эндаскапічная і марфалагічная характарыстыка стану страваводу пры гастродуадэнітах у дзяцей

Ключавыя словы: дзеці, рэфлюксныя пашкоджанні стрававода, якасць жыцця, псіхалагічны партрэт, вегетатыўны гомеастаз.

Аб'ект даследавання: пацыенты з рэфлюкснымі пашкоджаннямі стрававода і хранічным гастродуадэнітам; здаровыя дзеці (першай і другой груп здароўя) ва ўзросце 8–18 гадоў, гісторыі хваробы; гісторыя развіцця дзіцяці (уліковая форма № 112); вынікі клінічнага абследавання, даныя лабараторных і функцыянальных метадаў даследавання; біяптаты слізистой абалонкі стрававода і страўніка.

Мэта даследавання: устанавіць клінічныя, эндаскапічныя і марфалагічныя (з улікам хелікабактэрнай інфіцыраванасці) характарыстыкі стрававода пры гастродуадэнітах ў дзяцей; ацаніць вегетатыўны статус і псіхасаматычнае становішча пацыентаў з наступнай распрацоўкай алгарытму дыферэнцыраванага вядзення хворых для паляпшэння вынікаў комплекснай тэрапіі і якасці іх жыцця.

Метады даследавання: фібраэзафагагастродуадэнаскопія з біяпсіяй слізистой абалонкі стрававода і страўніка, марфалагічнае даследаванне слізистой абалонкі стрававода па I. Bhan 1981 г., слізистой абалонкі страўніка з выкарыстаннем мадыфікаванай Сіднейскай класіфікацыі 1996 г., кардыяінтэрвалаграфія ў спакоі і пры правядзенні артастатычнай пробы, апытальнік для ацэнкі якасці SF-36, тэсты Люшара і Кэттэлла.

Атрыманыя вынікі: для дзяцей з рэфлюкснымі пашкоджаннямі стрававода і хранічным гастродуадэнітам характэрна перавага балявога сіндрому, у іх радзей сустракаюцца тыповыя клінічныя праяўленні. Для іх характэрны маторныя парушэнні ў выглядзе недастатковасці кардыі і дуадэнагастральнага рэфлюкса. Не выяўлена дакладнай узаемасувязі паміж эндаскапічным і марфалагічным малюнкам пашкоджання. *Helicobacter pylori* выяўляўся пераважна ў 11–14-гадовых пацыентаў. Найбольш характэрнымі аказаліся прыкметы зыходнай вагатаніі, гіперсімпатыкатанічнага тыпу вегетатыўнай рэактыўнасці і залішняга вегетатыўнага забеспячэння. Знойдзены індывідуальныя рысы асабістых характарыстык і псіхалагічнага партрэта, зніжэнне большасці паказчыкаў якасці жыцця.

Вобласць прымянення: педыятрыя.

РЕЗЮМЕ

Волкова Оксана Николаевна

Клиническая, эндоскопическая и морфологическая характеристика состояния пищевода при гастродуоденитах у детей

Ключевые слова: дети, рефлюксные поражения пищевода, качество жизни, психологический портрет, вегетативный гомеостаз.

Объект исследования: пациенты с рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом; здоровые дети (первой и второй групп здоровья) в возрасте 8–18 лет, истории болезни; истории развития ребенка (учетная форма № 112); результаты клинического обследования, данные лабораторных и функциональных методов исследования; биоптаты слизистой оболочки пищевода и желудка.

Цель исследования: установить клинические, эндоскопические и морфологические (с учетом хеликобактерной инфицированности) характеристики пищевода при гастродуоденитах у детей; оценить вегетативный статус и психосоматическое состояние обследуемых с последующей разработкой алгоритма дифференцированного ведения больных для улучшения результатов комплексной терапии и качества их жизни.

Методы исследования: Фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки пищевода и желудка, морфологическое исследование слизистой оболочки пищевода по I. Bhan 1981 г., слизистой оболочки желудка с использованием модифицированной Сиднейской классификации 1996 г., кардиоинтервалография в покое и при проведении ортостатической пробы, опросник для оценки качества жизни SF-36, тесты Люшера и Кеттелла.

Полученные результаты: для детей с рефлюксными поражениями пищевода и хроническим гастродуоденитом характерно преобладание болевого синдрома, у них реже встречаются типичные клинические проявления. Для них характерны моторные нарушения в виде недостаточности кардии и дуоденогастрального рефлюкса. Не выявлено четкой взаимосвязи между эндоскопической и морфологической картиной поражения. *Helicobacter pylori* выявлялся преимущественно у 11–14-летних пациентов. Наиболее характерными оказались признаки исходной ваготонии, гиперсимпатикотонического типа вегетативной реактивности и избыточного вегетативного обеспечения. Обнаружены особенности личностных характеристик и психологического портрета, снижение большинства показателей качества жизни.

Область применения: педиатрия.