

Закключение. Таким образом, условия труда женщин – работниц химического синтеза характеризуются неблагоприятным воздействием комплекса вредных факторов производственной среды и трудового процесса на состояние репродуктивного здоровья.

Литература:

1. Дьякович, М.П. Оценка риска развития общепатологических синдромов у рабочих - аппаратчиков химического производства с учётом их пола / М.П. Дьякович // Медицина труда и пром. экология. - 2000. - №1. - С.17-20.
2. Прогнозирование риска нарушений состояния здоровья работающих в химической промышленности / Ю.П. Тихомиров [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2002. - №5. - С. 29-33.
3. Профессиональные заболевания у работающих производств пенополиуретанов / Э.А. Покровская [и др.] // Медицина труда и пром. экология. - 2004. - №6. - С. 42-44.
4. Репродуктивное здоровье женщин-работниц нефтехимических производств / М.К. Гайнуллина [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – №3. – С. 49-50.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СИМПТОМАМИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Загорский С.Э., Безлер Ж.А.

*УО «Полесский государственный университет»,
кафедра общей и клинической медицины*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней*

В последние годы отмечается значительный рост частоты заболевания гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), и этот эпидемический процесс носит практически глобальный характер. Регистрируется также отчетливая тенденция к увеличению распространенности таких грозных осложнений ГЭРБ, как аденокарцинома, стриктуры, кровотечения, пищевод Барретта. ГЭРБ нередко берет свои истоки в детском возрасте, и в настоящее время отмечается тенденция к «омоложению» заболевания [3, 8]. В качестве вероятных причин, приводящих к формированию ГЭРБ, рассматриваются генетические особенности организма и целый комплекс внешнесредовых воздействий (неадекватное по составу и режиму питание, гиподинамия, психологическое напряжение, нерациональный режим и образ жизни, влияние токсичных веществ, попадающих с водой и пищей, курение и др.).

Одним из ведущих признаков здоровья в детском возрасте является физическое развитие, от которого зависит функционирование различных систем организма. По результатам исследований последних лет многие авторы отмечают параллелизм между увеличением частоты избыточной массы тела (ожирения) и ростом заболеваемости ГЭРБ [7, 10]. В то же время некоторые ученые предпринимают попытки выявить связь между другими диспропорциями в физическом развитии и риском возникновения болезни [6]. Недавно проведенные исследования по оценке физического развития детей школьного возраста и подростков свидетельствуют о значительных изменениях его показателей за последние десятилетия [1, 5]. При этом имеются данные в пользу увеличения удельного веса детей как с избыточной массой тела [1], так и с ее дефицитом [5].

Исследования, посвященные изучению взаимосвязей особенностей физического развития и клинических проявлений ГЭРБ в педиатрических популяциях, немногочисленны и не позволяют сделать определенные выводы. В то же время, именно донозологическое выявление признаков заболевания позволило бы практическому здравоохранению выработать эффективную систему формирования групп риска, а также разработать профилактические мероприятия и раннюю диагностику данной патологии.

Цель настоящей работы - оценка физического развития детей старшего возраста крупного промышленного города (г. Минска) и определение его особенностей при наличии типичных симптомов ГЭРБ.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 1389 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет (средний возраст ($M \pm \sigma$) – $15,16 \pm 1,6$ лет); девочек – 715 (51,5%), мальчиков – 674 (48,5%). Отбор для исследования проводился методом случайной выборки: были включены дети и подростки, поступавшие в 3-ю и 4-ю ГДКБ г. Минска по поводу острых заболеваний (респираторные инфекции, травмы и др.) ($n=722$), а также школьники Московского района г. Минска ($n=667$). В исследование не включали детей и подростков, перенесших длительные (более двух недель) острые заболевания в течение последних шести месяцев.

Сбор данных выполнен методом анкетирования с помощью разработанного нами опросника, включающего в себя пять вопросов о наличии следующих симптомов ГЭРБ: изжога, срыгивание, кислая отрыжка (ощущение кислого во рту), ощущение горечи во рту и чувство затрудненного и/или болезненного глотания. В опроснике даны разъяснения по определению изжоги и срыгивания согласно дефинициям Монреальского консенсуса [11]. Типичные симптомы ГЭРБ, согласно рекомендациям Монреальского консенсуса, расценивались как положительные при наличии вышеуказанных жалоб не реже одного раза в неделю. При наличии у респондентов двух и более жалоб нарушения расценивались как сочетанные. Наличие симптомов учитывалось в течение последних шести месяцев.

Длина тела, масса тела и индекс массы тела (ИМТ) определялись по стандартной методике и оценивались в соответствии с возрастными нор-

мами, разработанными для детского населения Республики Беларусь Ляликовым С.А., Ореховым С.Д. (2000) [2].

Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета программ Statistica 8.0. Для описания относительной частоты бинарных признаков применяли 95% доверительный интервал (ДИ). При анализе данных использовали непараметрические методы с расчетом критерия χ^2 , с построением таблиц сопряженности для оценки частоты отклонений в физическом развитии в зависимости от наличия симптомов ГЭРБ. За уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$ [4].

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования, в выборке обследованных детей и подростков гораздо чаще отмечались высокие (на уровне 90-95 перцентили) и очень высокие (выше 95-й перцентили) показатели роста (суммарно 24,9%) по сравнению с низкими значениями (ниже 10-й перцентили) (2,4%; $\chi^2 = 296,8$; $p < 0,00001$). Следовательно, за время, прошедшее с момента оценки физического развития детей Республики Беларусь (2000), рост у детского населения г. Минска имеет тенденцию к увеличению. Это диктует необходимость проведения дополнительных исследований, на основании которых будут составлены новые оценочные шкалы, релевантные (для популяции г. Минска) и актуальные по времени.

В то же время, полученные нами данные не выявили особенностей роста у детей и подростков с ГЭРБ, что позволяет предположить отсутствие влияния этого антропометрического показателя на развитие субъективных проявлений болезни.

Другие по характеру результаты были получены при анализе связи ИМТ с типичными жалобами ГЭРБ. Частота низкого (ниже 10 перцентили) ИМТ в общей группе обследованных детей и подростков составила 14,2%, а при наличии симптомов ГЭРБ снижалась до 9,9%, однако различия не достигали статистически значимых величин. Противоположное соотношение отмечалось при сравнении частоты высоких показателей ИМТ в общей группе и у детей и подростков с симптомами ГЭРБ. Так, избыточная масса тела (ИМТ в диапазоне 90-95 перцентилей) и ожирение (ИМТ выше 95 перцентили) суммарно были выявлены у 12,9% обследованных общей группы, а у респондентов с эзофагеальными жалобами – в 18,0% случаев. Различия по этому показателю были более значительными и носили статистически значимый характер ($\chi^2 = 4,94$; $p = 0,026$).

Таким образом, соотношение низких и высоких показателей индекса массы тела у детей и подростков г. Минска было сопоставимо по своему распределению, что, вероятно, свидетельствует об отсутствии существенной динамики в антропометрических пропорциях за последнее десятилетие. Однако повышенный удельный вес высокого ИМТ среди детей и подростков с симптомами ГЭРБ доказывает, на наш взгляд, участие этой особенности физического развития в формировании предрасположенности к болезни. Ряд исследователей получили подтверждение повышенной пред-

расположенности к формированию ГЭРБ на фоне избыточной массы тела, в том числе и в детском возрасте [10]. Однако, по результатам других исследований, избыточная масса тела не приводила к повышенному риску развития заболевания [9].

Для последующего анализа обследованные дети и подростки были разделены на группы в зависимости от возраста (дети 12-15 лет и подростки 15-17 лет) и пола. Выделение таких возрастных интервалов обусловлено наличием выраженных нейроэндокринных изменений в организме (в т. ч. влияющих на физическое развитие) в пубертатный период. У большинства детей значительная часть пубертата приходится на возраст 12-15 лет, а к подростковому (15-18 лет) возрасту гормональная перестройка, как правило, практически завершается.

Анализ полученных данных показал, что частота высокого роста (выше 90-й перцентили) отмечалась значительно чаще в возрасте 12-15 лет (33%) по сравнению с подростками 15-17 лет (19,3%) ($\chi^2=33,68$; $p<0,0001$), что, по-видимому, связано с более ранним и выраженным ростовым скачком в этот возрастной период. При этом удельный вес детей с низким ростом (ниже 10-й перцентили) был меньше у детей 12-15 лет (1,6% против 3%), хотя различия не были статистически значимыми ($\chi^2=3,06$; $p=0,08$).

Аналогичные возрастные тенденции наблюдались при сравнении ИМТ. Так, дефицит массы тела имели 11,1% обследованных детей 12-15 лет и 16,4% подростков 15-17 лет ($\chi^2=7,78$; $p=0,005$). Противоположное соотношение имело место в отношении частоты избытка массы тела (16,5% и 10,4% соответственно; $\chi^2=11,19$; $p=0,0008$).

Результаты исследования выявили также гендерные различия в физическом развитии обследованных детей и подростков. Низкий рост у девочек регистрировался статистически значимо чаще (3,5%), чем у мальчиков (1,4%) ($\chi^2=6,79$; $p=0,009$). Мальчики с высоким ростом встречались намного чаще девочек (29,6% против 20,4%) ($\chi^2=15,88$; $p=0,0001$). Низкий ИМТ отмечался у 18,8% девочек и только у 9,4% мальчиков ($\chi^2=25,16$; $p<0,0001$). Склонность к избыточной массе тела определялась чаще у мальчиков (16,9%), чем у девочек (9,1%) ($\chi^2=18,91$; $p<0,0001$). На различия антропометрических показателей в зависимости от пола указывают и другие исследования [5].

Заключение. Физическое развитие детского населения г. Минска существенно изменилось за последнее десятилетие. Эти изменения характеризуются преимущественно увеличением роста и диспропорциями массоростовых соотношений и наблюдаются, как правило, в пубертатный период.

У детей и подростков с симптомами ГЭРБ достоверно чаще, по сравнению с группой респондентов без симптомов ГЭРБ, регистрировался высокий ИМТ, что подтверждает участие таких показателей, как избыток массы тела и ожирение, в формировании предрасположенности к развитию ГЭРБ.

Литература:

1. Аверьянов, А.П. Ожирение в детском возрасте / А.П. Аверьянов, Н.В. Болотова, С.А. Зотова // Леч. врач. -2010. - № 2. – С. 69-75.
2. Ляликов, С.А., Орехов, С.Д. Таблицы оценки физического развития детей Беларуси: методические рекомендации. Гродно, 2000. – 67с.
3. Мухаметова, Е.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: эпидемиология, диагностические критерии, прогноз / Е.М. Мухаметова, С.И. Эрдес // РЖГГК. – 2010. - № 1. – С. 75-81.
4. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
5. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий / Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. М., 2008. – 216 с.
6. Цветков, П.М. Отклонения темпов физического развития ребенка как фактор риска формирования гастроэзофагеального рефлюкса / П.М. Цветков [и др.] // Вопросы дет. диетологии. – 2009. – № 2. – С. 25-29.
7. Anand, G. Gastroesophageal reflux disease and obesity / G. Anand, P.O. Katz, // Gastroenterol. Clin. North Am. – 2010. – Vol. 39(1). – P. 39-46.
8. Nelson, S.P. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during childhood: a pediatric practice-based survey / S.P. Nelson [et al.] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2000. – Vol. 154. – P. 150-154.
9. Patel, N.R. The association between childhood overweight and reflux esophagitis / N.R. Patel [et al.] // J Obes. - 2010; 2010. pii: 136909.
10. Quitadamo, P. Total and abdominal obesity are risk factors for gastroesophageal reflux symptoms in children // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2012. – Vol. 55 (1). – P. 72-75.
11. Vakil, N. Disease definition, clinical manifestations, epidemiology and natural history of GERD / N. Vakil // Best Pract. Clin. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 24(6). – P. 759-764.

ХЛАМИДИЙНАЯ И МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Зарянкина А.И., Кривицкая Л.В.

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Кафедра педиатрии*

Введение. В последние годы отмечается рост этиологической значимости хламидийно-микоплазменной инфекции в респираторной патологии у детей различного возраста. Распространенность хламидийной и микоплазменной инфекции у детей с бронхолегочной патологией варьирует от 6,2 до 50%. В настоящее время инфекции, вызванные атипичной флорой,