

5. Коломоец, Н.М. Эндотелиальная дисфункция и ее клиническое значение / Н.М. Коломоец // Военно–медицинский журнал. – 2001. – № 5. – С 29–35.
6. Морфофункциональная характеристика артериального русла при обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и хронического панкреатита / Л.А. Фаустов [и др.] // Архив патологии. – 2003. – № 6. – С. 26-29.
7. Папко, С.Б. Эрозивная гастропатия у подростков / С.Б. Папко, И.В. Сивцов // Здоровоохранение. – 2007. – №4. – С. 29–33.
8. Поленов, С.А. Окись азота в регуляции функций желудочно-кишечного тракта / С.А. Поленов // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктोल. – 1998. – № 1. – С. 53-60.
9. Konturek, S. Role of nitric oxide in the digestive systems / S. Konturek, P. Konturek // Digestion. – 1995. – Vol. 56. – P. 1-13.
10. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis / D.S. Celermajer [et al.] // Lancet. – 1992. – Vol. 340, № 7 – P. 1111–1115.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Назаренко О.Н., Макуцевич Т.В., Ковальчук С.В, Загорский С.Э.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра пропедевтики детских болезней*

В настоящее время во всём мире регистрируется возрастание распространённости гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), в том числе и у детей. Распространённость ГЭРБ среди взрослого населения развитых стран мира достигает 20–40%. Однако низкая обращаемость пациентов к врачам при легких формах болезни, разнообразие клинических проявлений ГЭРБ, скрывающейся нередко под маской других заболеваний, отсутствие широкомасштабных доказательных эпидемиологических исследований приводит к занижению истинного уровня заболеваемости ГЭРБ [1, 2]. Официальной статистики ГЭРБ в РБ не ведется, но, согласно предположительным данным, в Беларуси ГЭРБ с эзофагитом составляет примерно 40 случаев на 100 тыс. населения. [2]

Истинная распространённость ГЭРБ у детей также не определена. Это связано с расплывчатостью определения болезни, неясностью разграничения между физиологическим и патологическим рефлюксом, отсутствием диагностического «золотого стандарта», а также малым количеством литературных данных о случаях и проявлениях заболевания. [3] Разброс

данных о частоте ГЭРБ у детей с заболеваниями гастродуоденальной зоны в России значительный – от 8,7% до 49,0% [3]. По данным Европейского общества детских гастроэнтерологов, нутрициологов и гепатологов (ESPGHAN), 25-50% младенцев в возрасте до 6 месяцев имеют ГЭР. Из них в 33% случаях это состояние трансформируется в ГЭРБ, а в остальных 67% - остаётся физиологическим с постепенным исчезновением симптомов.[4]. Приблизительно 8% младенцев страдают ГЭРБ с установленным диагнозом заболевания и исследованными симптомами [4, 5]. Имеются упоминания о семейной предрасположенности к болезни, подтверждающие генетическую природу значительной части случаев тяжёлой ГЭРБ. [4, 5, 6, 7]

Особенностью данного заболевания, определяющей трудности его диагностики, является то, что оно может проявляться типичными симптомами (так называемые пищеводные проявления) и атипичными (внепищеводными).

К пищеводным проявлениям ГЭРБ относятся [7]: икота, рвота, чувство раннего насыщения, тяжесть в животе после еды, дисфагия, одиофагия, изжога, ощущение кислоты во рту, отрыжка кислым или воздухом, боль за грудиной или у края мечевидного отростка. В соответствии с существующим положением Генвальской конференции 1998 года, если изжога является главным или единственным симптомом, то у 75% индивидуумов ее причина – ГЭРБ. О наличии ГЭРБ можно думать, если изжога возникает 2 или более дней в неделю. К внепищеводным проявлениям болезни относят [3, 6, 7] бронхиальную астму, рецидивирующие пневмонии, хронический кашель, хронический ларингит, дисфонию, оталгию, охриплость голоса, ларингоспазм, афонию, контактные язвы и гранулемы голосовых складок, хронический фарингит, стеноз гортани, папилломатоз и рак гортани, стридор, повреждение зубов.

В контексте перечисленных проявлений ГЭРБ понятна и объяснима необходимость её ранней диагностики, которая наиболее затруднительна у детей младшего возраста, поскольку зачастую только дети старшего школьного возраста способны точно обозначить симптомы заболевания. В просмотренной литературе мы не встретили чёткого разделения жалоб, наиболее характерных для детей в различные возрастные периоды.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений ГЭРБ у детей в различные возрастные периоды.

Материал и методы исследования. Исследование основывалось на детальном ретроспективном изучении историй болезни и амбулаторных карт 88 детей с изучением анамнеза, основных жалоб, а также данных инструментального (ФГДС, УЗИ или рентгенологическое исследование для подтверждения ГЭР). Истории были подобраны путем случайной выборки. Дети в возрасте от 11 месяцев до 18 лет находились на лечении в УЗ «4 городская детская клиническая больница» или под наблюдением в УЗ «10 городская детская клиническая поликлиника» г. Минска в 2011 – 2012 го-

дах. Сравнение полученных результатов проводилось в 3 возрастных группах: 1 группа (дети от 11 месяцев до 3 лет, $n=22$), 2 группа (дети от 3 до 10 лет, $n=26$) и 3 группа (дети от 10 до 18 лет, $n=40$). Формирование групп проводилось в 2 этапа – в начале исследования младшая возрастная группа состояла из 2 подгрупп – дети с патологическим ГЭР и дети с эндоскопически подтверждённой ГЭРБ, однако поскольку анализ клинических данных в этих подгруппах показал практически одинаковые результаты, было принято решение объединить эти подгруппы в группу «клинические проявления ГЭРБ». Далее были сформированы 3 вышеуказанные группы.

Полученные результаты. При анализе распределения детей по полу установлено незначительное преобладание мальчиков во всех группах наблюдения, составившее 54,5%, 57,69% и 60% соответственно. Подробное изучение анамнеза мы смогли провести в 1 и 2 группах наблюдения из-за доступности амбулаторных карт у детей этих групп. Оказалось, что в младшей возрастной группе наибольшее значение имела отягощённость акушерского анамнеза (группа риска развития патологии ЦНС), которая составила $68,2 \pm 9,93\%$ по сравнению с $25 \pm 14,7\%$ во второй группе, $P < 0,05$. Кроме того, в обеих группах имела место отягощённость семейного анамнеза по заболеваниям верхних отделов пищеварительного тракта, составившая $50 \pm 10,7\%$ и $42,3 \pm 9,7\%$ соответственно. Обращает на себя также внимание отягощённость аллергологического анамнеза, наблюдавшаяся у $59,1 \pm 10,5$ и $76,92 \pm 8,26\%$ пациентов, причём с возрастом имело место нарастание частоты встречаемости этого фактора.

Наибольший интерес для нас представлял сравнительный анализ основных жалоб пациентов в группах наблюдения, результаты которого представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Основные жалобы в группах наблюдения

Основные жалобы	Группа 1 Дети до 3 лет ($n=22$)	Группа 2 Дети 3-10 лет ($n=26$)	Группа 3 Дети 10-18 лет ($n=40$)
Срыгивания >5 раз в день	17 ($77,3 \pm 8,9\%$)*	0	0
Колики	15 ($68,2 \pm 9,93\%$)*	0	0
Вздутие живота	12 ($54,5 \pm 10,6\%$)*	0	0
Изменения стула (понос, запор)	10 ($45,45 \pm 10,6\%$)*	9 ($34,6 \pm 9,33\%$)*	0
Рвота	5 ($22,72 \pm 8,9\%$)	8 ($30,76 \pm 9,0\%$)	13 ($32,5 \pm 7,4\%$)
Отрыжка	0	12 ($46,1 \pm 9,8\%$)	21 ($52,5 \pm 7,9\%$)
Боли в животе	0	23 ($88,46 \pm 6,26\%$)*	32 ($80 \pm 6,32\%$)*
Изжога	0	5 ($19,2 \pm 7,72\%$)*	27 ($67,5 \pm 7,4\%$)*
Тошнота	0	10 ($38,46 \pm 9,54\%$)	23 ($57,5 \pm 7,8\%$)*

Из таблицы видно, что для детей с ГЭРБ каждого возрастного периода существует своеобразный комплекс симптомов, причём различия в частоте встречаемости тех или иных симптомов в большинстве случаев были

достоверными (*, $P < 0,001$, $P < 0,01$) Так, в младшей возрастной группе наиболее характерными были срыгивания (отвечающие характеристикам патологического ГЭР) и эпизоды рвоты. Данному состоянию в этом возрасте часто сопутствовали колики, вздутие живота и изменения частоты стула, вероятно, обусловленные нарушением моторики ЖКТ в целом. У детей в возрасте 3 – 10 лет проявлениями заболевания были боли в животе, отрыжка, тошнота и рвота; у 1/3 пациентов сохранялись нарушения частоты и характера стула. В старшей возрастной группе наиболее часто наблюдались такие жалобы, как боли в животе, изжога, тошнота и отрыжка.

При сравнении результатов эндоскопического исследования, проведенного у всех пациентов группы 2 и 3, установлено нарастание частоты воспалительных изменений слизистой желудка и ДПК и их тяжести с возрастом детей: так, функциональная диспепсия наблюдалась у 11 ($42,3 \pm 9,7\%$) детей средней возрастной группы и у 9 ($22,5 \pm 6,6\%$) - $P < 0,05$, тогда как хронический гастродуоденит - у 5 ($19,23 \pm 7,73\%$) и 31 ($77,5 \pm 6,6\%$) детей соответственно - $P < 0,002$. В обеих группах отмечалась высокая частота недостаточности кардии (около 1/3 пациентов). Следует отметить, что существенных различий в частоте встречаемости эндоскопически негативных, неэрозивных и эрозивных форм ГЭРБ в обеих группах наблюдения выявлено не было, и каждый из этих вариантов болезни составлял около 30%. Более того, при сравнении частоты встречаемости типичных симптомов в подгруппах – неэрозивные и эрозивные формы ГЭРБ у детей старшей группы достоверных различий выявлено не было.

Выводы:

1. Для ГЭРБ у детей каждого возрастного периода имеется своеобразный симптомокомплекс, знание которого позволит повысить настороженность в отношении этого заболевания.
2. Степень поражения слизистой пищевода у детей не имеет четкой зависимости от возраста, тогда как тяжесть сопутствующего поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки с возрастом увеличивается.
3. Выраженность симптомов заболевания у детей старшего возраста не зависит от тяжести поражения слизистой пищевода.

Литература:

1. Михайлов, А.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / А.Н. Михайлов, В.Б. Римашевский // Медицинские новости. – 2011. – № 8. – С. 6-10.
2. Мараховский, Ю. Х. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клинические аспекты. / Ю.Х. Мараховский // Медицина. - 1999. - № 3. - С. 26-29.
3. Приворотский, В.Ф. Проект рабочего протокола диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. / В.Ф. Приворотский, Н.Е.

- Луппова // «Материалы к обсуждению» на XII конгрессе детских гастроэнтерологов России / М., 2005. – 15 с.
4. Frank Kneepkens, CM. Gastroesophageal reflux disease. The materials of ESPGHAN summer school, Riga, 2005.
 5. Nelson, S.P. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. A pediatric practice-based survey. Pediatric Practice Research Group / S.P. Nelson, E.N. Chen, G.M. Syniar, K.K. Christoffel // Arch Pediatr Adolesc Med. – 1997- Jun; 151(6): 569 – 572.
 6. Oberstein, S.R. Gastroesophageal reflux / S.R. Oberstein // Pediatrics in Review. – 1999. - Vol. 20. - N 1. – P.24-28.
 7. Oberstein, S.R. Gastroesophageal reflux. In: Walker W.A., Goulet O., Kleinman R.E. Pediatric gastrointestinal disease. Pathophysiology, diagnosis, management / S.R. Oberstein, S. Khan: Hamilton: BC Decker. – 2004. P. 384 – 399.
 8. Ивашкин, В.Т. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин. – Пособие для врачей. – М., 2005. – 30 с.
 9. Маев, И.В. Бронхолегочные и орофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Г.Л. Юренев, С.Г. Бурков, Т.А. Сергеева // Consilium Medicum. – 2006. – № 2. – С. 22 – 27.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

*Онегин Е.В., Онегина О.Е.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра неврологии и нейрохирургии*

*УЗ «Гродненская детская областная клиническая больница», г. Гродно**

Невропатии лицевого нерва (НЛН) занимают основное место среди заболеваний периферической нервной системы в детском возрасте [1, 2]. Проведение восстановительного лечения в поздние сроки является причиной стойких остаточных двигательных нарушений, а иногда синкинезий и контрактур лицевой мускулатуры. Последнее отражается на психическом и эмоциональном состоянии детей, создает у больных комплекс неполноценности и ограничивает круг их деятельности, ряд профессий в последующем им недоступен [1, 3].

Цель исследования

Изучение особенностей клинических и параклинических проявлений невропатий лицевого нерва у детей в возрастном аспекте и определение наиболее эффективных методов лечения.