

	антрум	20,0 20,0-35,0	30,0 25,0-40,0	40,0 30,0-40,0	0,00 2	0,21	0,0005
	ДПК	20,0 20,0-30,0	30,0 30,0-40,0	40,0 30,0-40,0	0,00 09	0,33	0,00008
CD20	тело	30,0 30,0-40,0	40,0 30,0-40,0	50,0 40,0-50,0	0,00 4	0,008	0,00009
	антрум	30,0 30,0-50,0	50,0 30,0-50,0	50,0 40,0-60,0	0,08	0,06	0,007
	ДПК	30,0 30,0-40,0	40,0 30,0-50,0	50,0 40,0-50,0	0,01	0,05	0,002

Установлено, что после проведенной иммунокоррекции в СО детей произошло достоверное увеличение числа клеток во всех субпопуляциях лимфоцитов, причем наиболее выраженные изменения произошли в Т-клеточном звене.

Выводы. Применение иммуномодулирующего препарата «Циклоферон» у детей, страдающих хроническими гастродуоденитами, приводит к достоверному увеличению Т и В клеточных популяций в СО желудка и ДПК, нормализации количества цитотоксических лимфоцитов, снижению степени экспрессии антигенов ВПГ-1, ВПГ-2, ВЭБ и ВПЧ. В результате этого происходит снижение выраженности и активности воспалительного процесса в слизистых.

Литература:

1. Романова, Е. И. Герпетическая инфекция, вызванная вирусами ВПГ-1 и ВПГ-2: Пособие / Е. И. Романова, Е. Л. Красавцев // Минск : Зималетто, 2012. – 36 с.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ

Загорский С. Э., Войтович Т. Н.*

УО «Международный государственный экологический университет имени А. Д. Сахарова»;

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Введение. Современной тенденцией гастроэнтерологии является рост распространенности гастроэзофагельной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [1]. Предполагается, что часто ГЭРБ берет свои

истoki в детстве, однако большинство гастроэнтерологов указывают на недостаточную фактическую базу этой версии и рассматривают необходимость продолжения исследований по уточнению такой связи [2–5].

Объект и методы исследования. В нашем исследовании в динамике были осмотрены 135 детей 12-18 лет с ГЭРБ, осложненной рефлюкс-эзофагитом (РЭ). Средний возраст – 15,5 (14,25/16,0) лет, 75 девочек (55,6%) и 60 (44,4%) мальчиков. Средний срок наблюдения после первичного осмотра составил $25,2 \pm 13,3$ мес. В дебюте наблюдения у половины (51,1%) пациентов имелась эрозивная форма РЭ, у остальных – неэрозивный эзофагит, сопровождающийся симптомами ГЭРБ.

Результаты и их обсуждение. В процессе наблюдения у пациентов отмечалась определенная динамика клинических проявлений заболевания (табл.).

Положительная динамика (исчезновение или уменьшение проявлений) по клиническим и эндоскопическим признакам эзофагита была достигнута более чем у половины пациентов. Ее частота оказалась наиболее существенной по абдоминальной боли (70,3%), что значительно превышало показатели по другим признакам заболевания ($p < 0,05$).

Частота положительной динамики основных симптомов ГЭРБ (изжоги и регургитации) и эндоскопических данных была сопоставима (55,4% и 55,6%, соответственно), однако корреляционный анализ по критерию Спирмена не выявил связи между этими процессами ($R = 0,11$; $p = 0,33$).

Таблица – Динамика клинических проявлений у детей с РЭ

Клинический признак ¹ , абс/%	Купирование (нормализация)	Улучшение ²	Отсутствие динамики	Ухудшение
Симптомы:				
изжога (регрurgитация) (n=112)	14 / 12,5%	48 / 42,9%	35 / 31,2%	15 / 13,4%
боли в животе (n=131)	9 / 6,9%	83 / 63,4%	37 / 28,2%	2 / 1,5%
другие диспепсические жалобы (n=78)	28 / 35,9%	15 / 19,2%	34 / 43,6%	1 / 1,3%

астеновегетативные жалобы (n=75)	31 / 41,3%	8 / 10,7%	31 / 41,3%	5 / 6,7%
Результаты эзофагоскопии:				
эндоскопические данные (n=99)	9 / 9,1%	46 / 46,5%	42 / 42,4%	2 / 2,0%
гистологические данные (n=14)	1 / 7,1%	5 / 35,7%	7 / 50,0%	1 / 7,1%

Примечания:

¹ – приведена частота признаков в зависимости от их наличия при первичном осмотре;

² – улучшение (ухудшение) признака оценивалось: по симптомам – по учащению (урежению) жалоб, по результатам эзофагоскопии – по увеличению (уменьшению) воспалительных проявлений

Представляется важным, что у значительной части пациентов признаки болезни сохраняются или наблюдается их ухудшение. Это свидетельствует о высокой вероятности хронического течения РЭ уже в детском возрасте и возможности его прогрессирования.

Доказательством такой тенденции является также высокая частота обострений за время наблюдения пациентов (рис. 1).

Более чем у трети (37,8% (95% ДИ 29,6–46,5%)) детей с РЭ обострения болезни отмечались два и более раз в год.

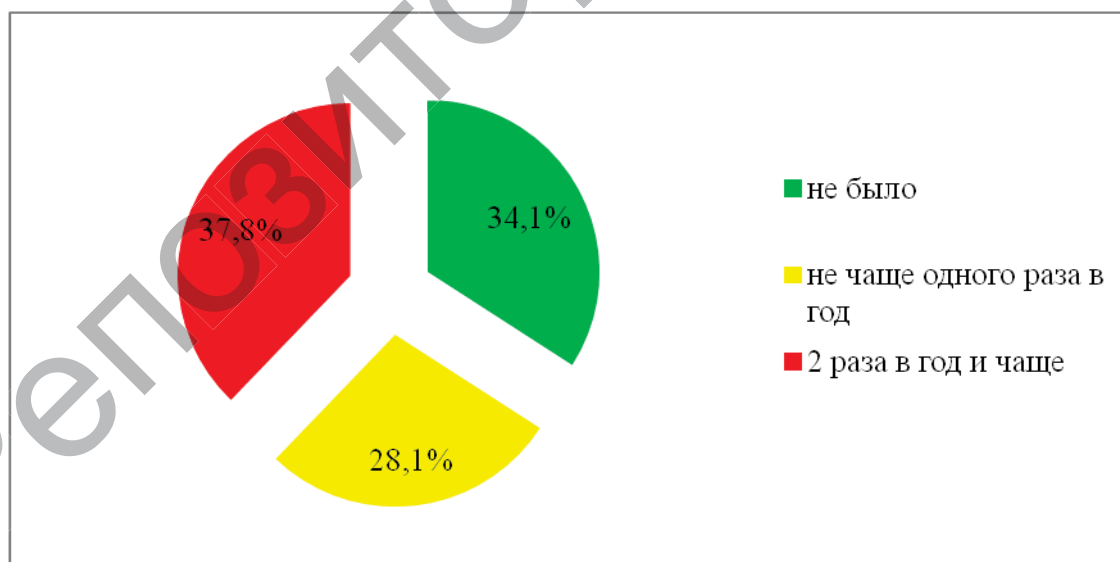


Рисунок 1. – Частота обострений при динамическом наблюдении детей с рефлюкс-эзофагитом

Нами также показано, что течение РЭ зависит от ряда факторов. Так, изжога исчезала или становилась реже у 77,8%

пациентов при соблюдении диеты, в то время как у детей, не соблюдавших диету, положительная динамика отмечена в 51,8% случаев ($p=0,02$). При этом частота изжоги при динамическом наблюдении не зависела от наличия эрозий в пищеводе, пола, наследственной отягощенности, частоты стрессов, курения, массы тела.

Положительная динамика эндоскопической картины пищевода чаще наблюдалась при эрозивных поражениях (75,4%), у мальчиков (79,1%) и при соблюдении диеты (78,6%), в то время как при курении и избыточной массе тела имелась тенденция к сохранению макроскопических изменений. На наш взгляд, улучшение или нормализация эндоскопических данных при эрозивных поражениях пищевода и у мальчиков связаны с активным участием в деструктивном процессе агрессивных внешнесредовых факторов, которые чаще встречаются у пациентов мужского пола. При устранении вредных экзогенных воздействий отмечается отчетливая положительная динамика макроскопических эзофагеальных изменений.

Исчезновение воспалительных признаков при эндоскопии чаще наблюдалось при эрозивном эзофагите (11,2% (95% ДИ 4,3–23,0%)), чем при неэрозивной ГЭРБ (6,5% (95% ДИ 1,4–17,9%)) (рис. 2).

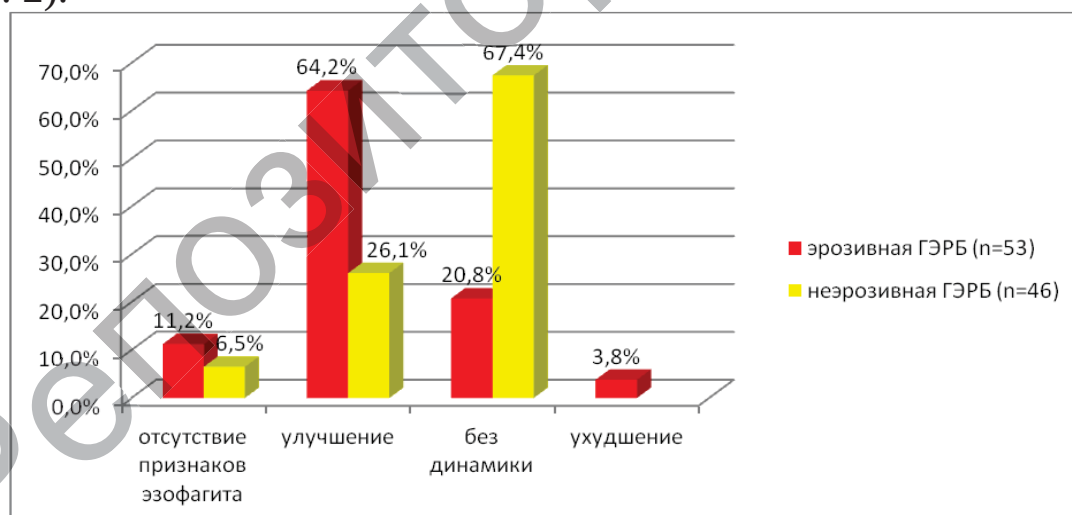


Рисунок 2. – Динамика эндоскопической картины пищевода у детей в зависимости от тяжести рефлюкс-эзофагита

Улучшение эндоскопической картины в пищеводе в 2,5 раза чаще встречалось при первоначальном диагнозе эрозивного эзофагита (64,2% (95% ДИ 49,8–76,9%)) против 26,1% (95% ДИ

14,3–41,1%) при катаральных изменениях, $\chi^2=14,34$, $p=0,002$), при этом у большинства (32/34; 94,1%) пациентов отмечалась трансформация в неэрозивную форму и у 5,9% установлено уменьшение количества эрозий. Макроскопически ухудшение зарегистрировано только у двух пациентов с эрозивным эзофагитом и было связано с усилением эрозивного процесса (переход от эзофагита степени А к степени В и С).

В литературе приводятся результаты единичных исследований, посвященных изучению динамики ГЭРБ в детском возрасте [2-5].

При наблюдении 1242 английских детей 1-17 лет с установленным диагнозом ГЭРБ (без эзофагита) или изжоги РЭ в течение четырех лет был выявлен в 40 случаях, что соответствует частоте заболевания 10,9 на 1000 человек/лет [4]. В американском исследовании [3] было опрошено 113 пациентов с ГЭРБ и 33 здоровых человека в среднем через 8 лет (средний возраст при первичном обследовании составил 10 лет). Показано, что частота еженедельной изжоги у пациентов с ранее установленным диагнозом ГЭРБ была выше (46%), чем в контроле (30%) ($p<0,05$). При проспективном наблюдении в течение 30 мес. 48 детей с эрозивным эзофагитом в Италии рецидив эзофагита и симптомов ГЭРБ отмечены только у одного пациента, независимо от проводимой поддерживающей терапии [5]. При анкетном опросе в США [2] из 225 взрослых с симптомами ГЭРБ 63% пациентов имели в детстве типичные для заболевания жалобы, в то время как 154 субъекта без симптомов ГЭРБ указали на наличие таких жалоб в детском возрасте только в 35% ($p<0,001$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты динамики клинических и эндоскопических изменений РЭ у детей старшего возраста свидетельствуют о высокой вероятности хронического течения ГЭРБ уже в период детства и возможности ее прогрессирования в дальнейшем. Динамика клинической симптоматики у пациентов с РЭ зависит преимущественно от выполнения диетических рекомендаций. Улучшение эндоскопической картины при воспалительных поражениях пищевода связано с наличием деструктивного процесса в пищеводе, полем пациентов, характером питания, а ухудшение – с курением и избыточной массой тела. Не выявлено зависимости

течения болезни от частоты стрессов и наследственной предрасположенности.

Литература:

1. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review / H. B. El-Serag [et al.] // Gut. – 2013. – Vol. 63, № 6. – P. 871–880.
2. Childhood gastroesophageal reflux symptoms in adult patients / J. P. Waring [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2002. – Vol. 35, № 3. – P. 334–338.
3. Determinants of gastroesophageal reflux disease in adults with a history of childhood gastroesophageal reflux disease / H. B. El-Serag [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – Vol. 5, № 6. – P. 696–701.
4. Follow-up of a cohort of children and adolescents with gastro-esophageal reflux disease who were free of reflux esophagitis at initial diagnosis / A. Ruigómez [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 45, № 7–8. – P. 814–821.
5. Maintenance therapy for erosive esophagitis in children after healing by omeprazole: is it advisable? / G. Boccia [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 102, № 6. – P. 1291–1297.

ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ

*Загорский С.Э., Безлер Ж.А.**

УО «Международный государственный экологический университет
имени А.Д.Сахарова»;

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

Введение. В патогенезе воспалительных поражений тканей пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) важную роль играет нарушение нейрогуморальной регуляции, однако роль гормональных воздействий изучена недостаточно.

В то же время нарушение функции тиреоидной системы приводит к целому ряду патологических состояний и заболеваний, в том числе пищеварительной системы [1]. Считается, что механизм, по которому тиреоидные гормоны влияют на гастроинтестинальную моторику, заключается в их прямом и опосредованном (через катехоламины) действии на клеточные рецепторы гладких мышц. При гипер- и гипотиреозе может