4. Баранов, А.А. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения стратегия социальной педиатрии / А.А. Баранов, Т.В. Яковлева, В.Ю. Альбицкий // *Вопр. соврем. педиатрии*. - 2008. - №4. - С. 6-8.
5. Баянова О.В. Оценка морфологических и функциональных параметров сельских школьников в условиях внедрения здоровьесберегающих технологий: Автореф. дисс.канд. биол. наук /О.В.Баянова. Тюмень, 2000. - 24 с.
6. Вишневский В.А. Здоровьесбережение в школе (Педагогические стратегии и технологии). М.: Изд. «Теория и практика физической культуры», 2002. - 270 с.
7. Гребенникова В.В. Физическое развитие мальчиков первого детства г. Красноярска /В.В.Гребенникова, Т.В.Мелкозерова //Актуальные проблемы морфологии: сб. научных трудов. Красноярск, 2008. - С. 21-22.
8. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: дис. ... д-ра социол. наук / И.В. Журавлева. – М., 2005. – 434 с.
9. Комиссарова, Е. Н., Цаллагова, Р. Б., Панасюк, Т. В. Дошкольники: телосложение и двигательное развитие, НГУ им. П. Ф. Лесгафта, СПб: Изд-во «Олимп», 2009. — 140 с.
10. Кучма В.Р., Скоблина Н.А., Милушкина О.Ю., Бокарева Н.А., Ямпольская Ю.А. Характеристика морфофункциональных показателей московских школьников 8-15 лет (по результатам лонгитудинальных исследований). Вестн. Московского университета. Серия XXIII. Антропология. 2012; 1: 76-83.
11. Мириджанян, Г.М. Роль медико-социальных факторов в формировании здоровья детей подросткового возраста и пути совершенствования профилактической помощи в РА / Г.М. Мириджанян, М.А. Мардяян, Л.М. Даниелян // Молодой ученый. 2012. - №1. - С. 138-144.
12. Муйдинов Ф.Ф. Эпидемиологическая оценка социально-гигиенических и поведенческих факторов риска, формирующих структуру заболеваемости юношей призывного возраста (на примере Баткенской области): Автореф. дис. . кандидата мед. наук. — Бишкек, 2012. 28с.
13. Шарайкина Е.П. О жировом компоненте сомы индивида /Е.П. Шарайкина // Актуальные вопросы биомедицинской антропологии и морфологии: сб. научных трудов. Красноярск, 2009: - С. 106-108.
14. Altman D.G., Linder J., Croppy K. Policy alternatives for reducing tobacco sales to minors: Results from a national survey of retail chain and franchise stores. // *Pub. Health Pol.*-2005.-v. 13.-p.318-320.
15. Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (Eds.). (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
16. Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F., & Barnekow, V. (Eds.). (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
17. Schimberg G J., Puller J.P., Greenwald LM. Health care systems in countries. // *Health Off (Millwood)*. -2006.-v.10.-p.22-38.
18. Sedona M.K, Ivory D., Freedman K.D.C., Williamson D.F., Byers T. Do obese children become obese adults. A review of the literature. // *Prev. Med.* - 2007.-v.22;p.167-177.

Мансуркулова Н.К.¹, Муйдинов Ф.Ф.¹, Орозбекова Б.Т.²

Распределение подростков по группам здоровья, их самооценка состояния здоровья и обращаемость в лечебные учреждения

¹*Ошский Государственный Университет
(Кыргызстан, Ош)*

²*Кыргызско-Российский Славянский Университет
(Кыргызстан, Бишкек)*

doi: 10.18411/lj-30-09-2017-08

idsp: 000001:lj-30-09-2017-08

Аннотация

В сообщении приводятся результаты структуры по группам здоровья и самооценка состояния здоровья подростков 15-17 лет проживающих Ошской области в КР

Ключевые слова: структура, самооценка, здоровья, подросток.

Актуальность. В период социально-экономических реформ, происходящих в стране в последние десятилетия, сформировались серьёзные демографические проблемы. Ежегодно возрастает уровень общей и первичной заболеваемости среди детей как младшего (10–14 лет), так и старшего (15-17 лет) подросткового возраста. [1-4]. Здоровье

подростков - обладает определенной спецификой, и сложность изучения состояния здоровья состоит в том, что в основе поведения подростка, связанного со здоровьем, лежат самые различные, иногда конфликтные, потребности. Чем значительнее отклонения в физическом развитии ребенка, тем больше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний. [4-9].

В существующей врачебной практике отсутствие диспансерного наблюдения, выявление особенностей физического развития и функционального состояния организма в подростковом возрасте является недопустимым явлением, так как в зависимости от всей совокупности внешних факторов и условий физического развития, оно может иметь различный характер - всесторонним и гармоничным, либо ограниченным и дисгармоничным.

Цель исследования: Совершенствования профилактических мероприятий среди подростков.

Задачи исследования: оценить группу здоровья, и их самооценка состояния здоровья и обращаемость в лечебные учреждения.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужило подростки 15-17 лет, Ошской области и г.Ош в КР.

Предметом изучения являются показатели здоровья подростков 15-17 лет в целом.

Признаки изучения – структура и интенсивность проблемных болезней подростков поведенческого характера, влияние социальных, поведенческих факторов риска на состояние здоровья и формирование образа жизни подростка.

Результаты собственных исследований.

Для более четкого представления о состоянии здоровья подростков мы разделили их по группам здоровья на основе критериев, разработанных А.М. Дюкаревой (1980).

В ходе исследования выявлено, что лица с оценкой «здоров» (I группа здоровья) из общего числа подростков составляют лишь 25,8%, во II группе - 49,3%, в III группе – 19,4%, в IV группе - 4,3%, и V группе - 1,2%.

Подростки IV и V групп здоровья, как правило, являются инвалидами с детства (табл. 1).

Таблица 1

Распределение подростков по группам здоровья

Группа здоровья	Показатели	
	абс. число	удельный вес
I группа	367	25,8
II группа	698	49,2
III группа	275	19,4
IV группа	61	4,3
V группа	17	1,2
Всего	1418	100

Как видно, из таблицы 1., самую большую группу составляют подростки со второй группой здоровья (49,3%), они практически нуждаются в медицинском обслуживании. Только 25,8% подростков могут быть отнесены к числу «здоровых», которые на данном этапе не нуждаются в медицинской помощи. Это означает, что из 1000 подростков могут быть здоровым 258-259 человек, остальные подлежат диспансеризации и оздоровлению.

Таблица 2

Причины не обращения за медицинской помощью по итогам 2010 г.

Показатель	Процент
Больше случаев, занимались самолечением с использованием лекарств	37,3
Обходились без лечения	3,1
Лечение обходится дорого, не в состоянии оплатить	28,1
Плохое обслуживание, не компетентные врачи, все преследуют личную выгоду (своя аптека, свои лаборатории, свои знакомые консультанты)	17,3
Нет знакомых врачей, и лучше дома оставаться, само по себе пройдет	1,6
Не было времени	4,4
Другое	8,2

Из анализа анкетирования (табл. 2), среди подростков, которые имели проблемы с состоянием собственного здоровья, 37,3% занимались самолечением с использованием народных средств или лекарств.

Из-за отсутствия денежных средств не смогли обратиться за медицинской помощью - 28,1% подростков, 17,3% респондентов считают, что медицинское обслуживание плохое, врачи не компетентны, все преследуют личную выгоду (своя аптека, свои лаборатории, свои знакомые консультанты) –17,3%. Считая, что все обойдется без лечения 3,1% не обратились к врачу, 4,4% не имели на это времени, а 1,6% думают что надо пользоваться услугами только знакомых врачей.

Так же, при анкетировании подростки должны были оценить состояние своего здоровья и характер заболевания (табл.3).

Таблица. 3

Самооценка состояния здоровья подростков

Пол	Результат самооценки	Село	Город	ПК
		% + m	% + m	% + m
Муж	здоров	72,4+6,1	66,3+1,4	64,2+3,0
	болен	27,6+6,1	33,7+1,4	35,8+3,0
Жен	здоров	64,5+6,5	65,5+1,44	68,3+2,9
	больна	35,5+6,5	35,5+1,44	31,7+2,9

Лица мужского пола из сельской местности в возрасте 15-17 лет считали себя здоровыми чаще (72,4%), чем группы городских и ПК (66,3% и 64,2%). На более низкий уровень своего здоровья указали учащиеся ПК. В группе девушек признали себя здоровыми, сельские - 64,5%, городские - 65,5% и ПК – 68,3%.

Из всех опрошенных 35,8% - ПК, 33,7% - городских и 27,6%- сельских юношей отметили наличие у них хронических заболеваний. В том числе жалобы на частые головные боли отмечали- 4,0%, хронический бронхит- 3,5%, кожные заболевания -1,2%, беспокойство и депрессии -1,1%, туберкулез - 0,6%, артрозы - 0,5%, бронхиальную астму - 0,5%, но наиболее часто (36,0%) юноши отмечали простудные заболевания (насморк, острый бронхит, пневмонии) и связывали их с санитарно - гигиеническими условиями проживания.

В группе девушек как сельские, так и городские одинаково, (по 35,5%) а ПК 31,7% предъявляли жалобы на частые головные боли- 8,0%, хронический бронхит- 4,3%, кожные заболевания - 2,1%, беспокойство и депрессии - 1,1%, туберкулез - 0,8%, бронхиальную астму - 0,5%, но наиболее часто (40,0%) девушки отмечали простудные заболевания (насморк, острый бронхит, пневмонии) и связывали их не только санитарно - гигиеническими условиями проживания, но и более частым привлечением их к выполнению домашней работы, что по видимому снижало их резистентность и повышало восприимчивость к различным заболеваниям.

Для сравнительного детального изучения нами было проведено наблюдение в течение исследуемого периода контрольной группы различной национальности в количестве 502 подростка и различными социальными уровнями. Контрольная группа была условно разделена на 2 подгруппы: средний уровень роста и выше среднего уровня. Условный средний рост равен 165+1,8

Из таблицы 4. видно, что 53,2% исследованных в контрольной группе имеют отклонения в физическом развитии и функциональном состоянии ССС и ДС различного характера: 9,8% дефицит веса, 7% - слабость, 6,1% - нарушения сердцебиения, 3,8% - одышка, 8,8% - нарушение аппетита, 5,2% головные боли и головокружения, 12,5% - бледность кожных покровов и деформация ногтей. Эти нарушения могут в определенной степени влиять на рост и развитие подростков, при этом наблюдается слабая корреляционная связь ($r=+0,26$).

На основе анализа полученных данных рассчитаны стандартизованные показатели, которые приведены в табл. 5.

Таблица 4

Количество обследованные в контрольной группе за период исследования 2008-2010 гг.

Национальный состав	Рост	Девочки								Мальчики							
		Всего		Допустимые отклонения от нормы		Ожирение I степени		Гипотиреоз I степени		Всего		Допустимые отклонения от нормы		Ожирение I степени		Гипотиреоз I степени	
		n	m	n	m	n	m	n	m	n	m	n	m	n	m	n	m
Кыргызы	до165	72	69,2±2	35	48,6±3,9	5	7±2	32	44,4±3,9	32	31±2	26	81±3,1	1	3±1,3	5	7±2
	165 и выше	58	46±2,1	42	72,4±4	2	3,4±1,6	14	24,1±3,8	68	54±2,2	59	86,7±3,1	-	-	10	36±4,3
Узбеки	до165	79	65±2,5	43	54,4±3,9	5	6,3±2	31	39,2±3,8	42	35±2,1	37	88±2,5	-	-	5	12±1,4
	165 и выше	46	46,4±2,2	40	87±3	2	4,3±1,8	4	8,7±2,5	53	53,5±2,2	46	86,8±3,1	2	3,7±1,5	5	9,4±1,3
Др.нац-сть	до165	11	68,7±2	10	91±2,2	-	-	1	9±2,2	5	31±2	4	80±3,1	-	-	1	20±1,8
	165 и выше	19	52,8±2	15	79±3,7	1	5,2±2	3	15,8±3,1	17	47,2±2,2	15	88±3	-	-	2	12±1,4
Всего	до165	162	67,2±2,5	88	54,3±2,2	10	6,2±1,1	64	39,5±2,2	79	32,8±2,2	67	84,8±1,6	1	1,2±1,2	11	14±1,5
	165 и выше	123	76±3,9	97	79±1,8	5	4,1±0,9	21	17,1±1,7	138	52,8±2,2	120	87±1,5	2	1,4±1	17	12,3±2,1
Итого		285	56,7±1,3	185	65±2,8	15	5,2±1,3	85	30±2,7	217	43,2±2,4	187	86,1±2,3	3	1,4±0,8	28	13±2,3

Таблица 5.

Результаты исследования (стандартизованные показатели) в контрольной группе

	Всего		Дефицит веса		Слабость		Сердцебиение		Одышка		Нарушение аппетита		Головные боли и головокружения		Бледность и деформация ногтей	
	n	%	простой	стандарт-зованный	простой	стандарт-зованный	простой	стандарт-зованный	простой	стандарт-зованный	простой	стандарт-зованный	простой	стандарт-зованный	простой	стандарт-зованный
Кыргызы	230	45	9,1	4,1	5,6	2,5	5,6	2,5	2,6	1,2	9,1	4,1	5,2	2,3	10	4,5
Узбеки	220	44	11,8	5,2	9,5	4,2	8,6	3,8	3,5	1,5	9,5	4,2	6	2,6	17	7,5
Др.нац-сть	52	10,4	3,8	0,4	1,9	0,2	-	-	9,6	1,0	3,8	0,4	1,9	0,2	6	0,6
Всего	502	100	9,8	9,7	7	6,9	6,1	6,3	3,8	3,7	8,8	8,7	5,2	5,1	12,5	12,6

По нашим данным, у юношей ростом выше 165см показатели $t < 2$, $P = 0,05$ говорят о том, что при быстром темпе прироста, идет отставание в физическом развитии, среди причин отмечается неправильное питание и недостаток витаминов, наличие вредных привычек, а также в целом низкий уровень жизни населения в Ошской области, особенно в сельских районах.

Если дефицит массы тела составляет 10 до 20%- это гипотрофия I степени; от 20 до 30%-II степени; более 30%-III степени (данную степень гипотрофии еще называют дистрофией). У обследованных процент отклонений от идеального веса незначительный. По результатам дополнительного обследования у эндокринолога выявлено, что это связано с гипотиреозом I степени или течением субклинического гипотиреоза.

В целях уточнения диагноза у детей с предварительным диагнозом гипотиреоза и подозрением на субклинический гипотиреоз было проведено исследование крови на определение уровня ТТГ (норма - 0,4-4,0 мкМЕ/мл) и уровень Св. Т4 (норма - 10-24 пмоль/л).

Таблица 6

Показатели гормонов ТТГ, СвТ4, и СвТ3 у обследуемых подростков (абс. чис.)

Возраст	ТТГ (мкМЕ/мл)	Т4 свободн. (пмоль/л)	Т3 свободн. (пмоль/л)
15 лет в норме	0,7 – 6,4	12 - 23	
У обследованных	от 8,2 до 12	10,1 до 18,3	1,3 до 3,2

Усредненный	10,5	14,6	2,3
16-17 лет в норме	0,3 – 4,0	10 – 25	0,3 – 4,0
У обследованных	от 9,8 до 13,5	10,8 до 16,7	1,0 до 4,3
Усредненный	11,8	13,8	2,65

Как Вы уже поняли, в диагностике этого заболевания врачи опирались не на объективные жалобы со стороны пациента, а на результаты лабораторных эндокринологических исследований, которые свидетельствовали о повышении уровня ТТГ. Однако необходимо учесть, что даже при норме уровне Св. Т4, возможно наличие субклинического гипотиреоза.

В действительности у подростков одним из основных симптомов была постоянная слабость и чувство усталости, даже по утрам. Пациентов беспокоили постоянные головные боли, очень часто - боли в мышцах и суставах. По видимому, онемение в руках, часто наблюдаемое у пациентов, обусловлено сдавлением нервов отеками тканей в канале запястья. Кожа становилась отечной, сухой, волосы и ногти у них - ломкими. Наряду с физической заторможенностью, у обследованных наблюдались заторможенность (знаю, что сделать надо, хочу это сделать – но не могу) и частая забывчивость.

При опросе у данных подростков были жалобы на расстройство зрения, снижение слуха, шум в ушах. У некоторых наблюдались низкие голоса; ночной сон сопровождался храпом; частые запоры и замедление ритма сердца - менее 60 ударов в минуту.

Так же нами была проведена кистевая динамометрия подростков (7).

Таблица 7

Нормативы кистевой динамометрии подростков 15-17 лет (кг).

Возраст в годах	Юноши					Девушки				
	низ-кие	ниже сред-х	сред-ние	выше сред-х	высокие	низ-кие	ниже сред-х	сред-ние	выше сред-х	высокие
15	<23	23-28	29-40	41-46	>46	<15	15-19	20-28	29-33	>33
16	<23	23-29	30-44	45-51	>51	<16	16-20	21-28	29-32	>32
17	<22	22-30	31-48	49-57	>57	<13	13-18	19-27	28-32	>32

Как видно из таблицы, результаты кистевой динамометрии показывают, что у девушек наблюдаются низкие показатели менее 13, у юношей - менее 22. Самые высокие показатели колеблются у юношей 17-летнего возраста и у девушек 15 летнего возраста. Такие различия объяснимы и связаны с гетерохронностью развития и роста девушек и юношей этого жизненного периода.

Также нами проведено углубленное обследование подростков для выявления заболеваний с анализом его структуры и последующим стационарным лечением и диспансеризацией. (табл.8).

Из всех обследованных 502 подростков отклонения по состоянию здоровья и физического развития имели 267 (53,2%). Из обследованных подростков после постановки диагноза в стационарных условиях получили лечение всего 58,4% (156). Остальные около 42% подростков не хотели получать лечения в стационаре. Свои решения 25,2% (28) подростки объясняли тем, что получать лечения не обязательно, а у 39,6% (44) – не было денег на лечение, и у 26,1% (29) родители не согласились на лечение.

Таблица 8

Структура заболеваемости подростков по основным классам болезней контрольной группы (502 подростка).

Класс болезней	Из осмотренных подростков			
	выявлено больных	%	прошли лечение в стационаре	%
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	18	6,74	11	4,12
Новообразования	-		-	
Б. крови, кроветворных органов	2	0,8	2	0,8
Б.эндокринной системы, расстройства питания	15	5,62	5	1,9
Психические расстройства и расстройства поведения	3	1,1	3	1,1
Наркологические и прочие расстройства	-		-	-
Б. нервной системы	15	5,62	14	5,24
Б. глаз и его придатков	4	1,5	4	1,5
Б. уха и сосцевидного отростка	5	1,9	5	1,9
Б. органов кровообращения	8	3,0	5	1,9
Б.органов дыхания	98	36,7	52	19,5
Б. органов пищеварения	67	25,1	32	12,0
Б. кожи и подкожной клетчатки	6	2,25	5	0,8
Б. костно-мышечная системы	2	0,8	2	0,8
Б. мочеполовой системы	22	8,2	14	5,24
Травмы, отравления	2	0,8	2	0,8
Всего	267	100	156	58,4

Как видно из табл.8., из них числе госпитализированных подростков болезни органов дыхания занимают первое место и составляют 36,7%. В структуре БОД наибольшую долю составляют острые респираторные инфекции верхних (27,5%) и нижних дыхательных путей (19,4%). В число прочих заболеваний органов дыхания, удельный вес которых в числе госпитализированных составляет 51,1%, вошли заболевания миндалин, аденоидов, хронический фарингит, назофарингит, а также аллергические заболевания.

Подростки, получившие стационарное лечение по причине болезней органов пищеварения. Из общего числа обследованных подростков с патологией органов пищеварения выявлено 25,1% (67), которые составляют вторую большую группу, из них стационарное лечение получили - 47,76% (32). Среди них больных гастритом и дуоденитом было - 34,33% (23), язвой желудка и 12 перстной кишки – 4,8% (3), гастроэзофагиальными и прочими болезнями органов пищеварения 9% (6).

На третьем месте стоит БМПС доля, которых составила - 8,2% (22), из них 63,6% (14) получили лечение в стационаре. Структура БМПС была следующей: на первом месте – цистит 31,8% (7); затем хронические воспалительные заболевания мочеполового тракта - 22,7% (5);ИППП - 18,2% (4, из них 3 юношей и 1 девочка);по 9,1% (2) пиелонефрит и мочекаменная болезнь и уретрит.

Пораженность гельминтами среди кыргызов значительно выше в сравнении с другими этническими группами 44,4% (8), в группе узбеков– 33,3% (6), русских и другой национальности - 11,1% (по 2). Затем идут болезни нервной и эндокринной систем - 5,62% (по 15). Далее болезни органов кровообращения 3,0% (8) и болезни кожи и подкожной клетчатки 2,25% (6) и др.

Таким образом, данные свидетельствуют о том, что ежегодно из 1000 подростков около 531-532 не здоровы и являются носителями различных заболеваний. Ежегодно из 1000 около 195-196 подростков переносят болезни органов дыхания, 133-134 органов пищеварения, 43-44 - БМПС, по 29-30 болезни нервной системы и эндокринной системы, около 8 ИППП и больных, по ИППП и 5-6 больных психическими расстройствами и расстройствами поведения.

1. Вишневская Е.Л., Барсукова Н.К., Полесский В. А Проблемы школьного здравоохранения: общеобразовательная школа как основное звено формирования здоровья подросткового поколения.//Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2000, №1, с.35-37.
2. Зелинская Д.И. Задачи амбулаторно-поликлинической службы в современных условиях.//Российский педиатрический журнал, 2000, №3, с.9-11.
3. Мардиан М.А. Современные проблемы укрепления здоровья подростков и вопросы профилактики. //Книга.-2005.--185с.
4. Муйдинов Ф.Ф. Эпидемиологическая оценка социально-гигиенических и поведенческих факторов риска, формирующих структуру заболеваемости юношей призывного возраста (на примере Баткенской области): Автореф. дис. . кандидата мед. наук. — Бишкек, 2012. 28с.
5. 7. Skoblina N. A. Scientific-methodical substantiation of children's physical development evaluation in system of medical prophylaxis. Author's abstract of a doctoral thesis. Moscow. 2008. 49 pp.
6. 8. Shchepin O. P., Tishuk Ye. A. Health and physical development of children in Russia during 1985–2000. Russian pediatric journal. 2004; 1: 47–49.
7. Baranov A. A., Kuchma V. R., Skoblina N. A. Physical development of children and adolescents at the turn of the millennium. Moscow. 2008. P. 216. 6.
8. Kashirskaya N.Yu., Kapranov N. I. Regularity of formation of healthy child's growth and development. Russian pediatric journal. 2002; 6: 26–30.

Мухаммад Шоиб Шахид Нур Мхаммад¹, Орозбекова Б.Т.²
Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и особенности эпидемиологии
(литературный обзор)

¹ *Джалал-Абадский государственный университет*
(Кыргызстан, Джалал-Абад)

² *Кыргызско Российский Славянский Университет*
(Кыргызстан, Бишкек)

doi: 10.18411/lj-30-09-2017-09

idsp: 000001:lj-30-09-2017-09

Аннотация

В статье дан литературный обзор гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и частота встречаемых заболеваний как в гастроэнтерологии и так в педиатрии т.д.

Ключевые слова: гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, изжога, отрыжка, сахарный диабет, рефлюкс, факторы, эпидемиология.

Abstract

The article presents a literature review of gastroesophageal reflux disease and frequency of diseases encountered in gastroenterology and so in paediatrics, etc.

Key words: gastroesophageal reflux disease, heartburn, eruct, diabetes, reflux, factors, epidemiology.

В настоящее время под термином гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) понимают заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или типичных клинических симптомов вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого. В последнее десятилетие гастроэзофагеальная