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

рефлюксная болезнь привлекает к себе повышенное внимание специалистов и представляет собой одну из самых актуальных проблем современной гастроэнтерологии. Важность изучения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни обусловлена, прежде всего, ее широкой распространенностью, значительным ухудшением качества жизни больных, развитием тяжелых осложнений [1-2]. Согласно определению, последние международные рекомендации (Монреальский консенсус 2006) предлагают рассматривать ГЭРБ как состояние, которое развивается, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений [3]. В качестве самостоятельного заболевания ГЭРБ была признана в октябре 1997 г. (Генваль, Бельгия) [4-10].

Классификация ГЭРБ (в соответствии с международным научно обоснованным Монреальским соглашением 2006 г.) основано на заболевании по расположению пищеводные и внепищеводные [11]. Эзофагеальные синдромы включают типичный рефлюксный синдром (изжога, регургитация, отрыжка, дисфагия, одиофагия и др.), синдром рефлюксной боли в грудной клетке, а также синдромы с поражением пищевода (рефлюкс-эзофагит, пептическая стриктура пищевода, пищевод Баррета, аденокарцинома). Внепищеводные проявления подразделяются на синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена (кашель, ларингит, бронхиальная астма, эрозии зубной эмали), и синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается (фарингит, синусит, идиопатический фиброз легких, рецидивирующий средний отит) [3].

В ходе эпидемиологических исследований выявлена устойчивая тенденция к увеличению числа пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, что дало основание на VI объединенной гастроэнтерологической неделе (Бирмингем, 1997) провозгласить лозунг: «XX век – век язвенной болезни, XXI век – век ГЭРБ» [3, 5, 12].

Распространенность симптомов ГЭРБ у взрослого населения России составляет 40-60%, а по некоторым данным, до 75% населения периодически испытывают изжогу – основной симптом ГЭРБ, значительно ухудшающий качество жизни больных [2, 13, 14]. Изжогу испытывают 61,7% мужчин и 63,6% женщин, причем из них 10,3% и 15,1% соответственно испытывают ее на частой или постоянной основе [15], так же доказано, что у пациентов с рефлюкс-эзофагитом качество жизни ниже, чем у больных нелеченными дуоденальной язвой, стенокардией, артериальной гипертензией [11, 16].

По данным одного из последних популяционных эпидемиологических исследований, проведенных в России, ГЭРБ (наличие изжоги и/или кислой отрыжки 1 раз в неделю и чаще на протяжении последних 12 мес.) встречается у 13,3% населения [17]. В общей популяции населения распространенность эзофагита оценивают в 5-6% [2]; при этом в 65-90% случаев отмечается незначительно выраженный и умеренный эзофагит, в 10-35% – тяжелый эзофагит. Частота возникновения тяжелого эзофагита в общей популяции составляет 5 случаев на 100 000 населения в год [18]. Российские данные о распространенности ГЭРБ сопоставимы с результатами, полученными в странах Западной Европы, Северной и Южной Америки (10–20%) и превышают частоту встречаемости рассматриваемого заболевания в странах Азии – 5% [19].

Частота развития ГЭРБ у мужчин и женщин любого возраста составляет (2-3):1. Показатели заболеваемости возрастают у людей в возрасте старше 40 лет. Ряд авторов отмечают, что, пищевод Баррета и аденокарцинома примерно в 10 раз чаще наблюдаются у мужчин [20].

При ГЭРБ нередко развиваются такие осложнения, как язвы, кровотечения, стриктуры, пищевод Баррета (ПБ), аденокарцинома пищевода (АП). И.М. Кузина и К.Д. Далгатова пришли к мнению, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является потенциально опасным заболеванием с высоким риском развития фатальных осложнений. ПБ осложняет течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у 8-20% пациентов, с

колебаниями в диапазоне от 5 до 30%. Его распространенность неуклонно возрастает, достигая 1% всей популяции [21]. ГЭРБ относится к наиболее опасным осложнениям ГЭРБ, так как на его фоне возрастает риск развития АП, частота возникновения которой за последние 20 лет увеличилась в 3–3,5 раза. Частота выявления аденокарциномы пищевода в настоящее время оценивается как 6-8 новых случаев на 100000 населения в год. Формирование стриктур пищевода отмечено у 7-23% больных эрозивно-язвенным эзофагитом, возникновение кровотечений - у 2% пациентов. [13, 22]. Кроме того, по сообщениям ряда авторов, ГЭРБ способствует возникновению рака гортани [23, 24, 25].

Развитие цилиндрической метаплазии многослойного плоского эпителия пищевода резко (в 30-40 раз) повышает риск развития аденокарциномы, которая ежегодно выявляется у 0,4-0,5% лиц с пищеводом Баррета [26].

Вместе с тем существует ряд противоречий в трактовке симптомов заболевания, несовершенство критериев его диагностики, в частности применяемых в ходе эпидемиологических исследований. Распространенность ГЭРБ среди населения значительно выше данных официальной статистики в связи с тем, что далеко не все больные обращаются за врачебной помощью [19, 27]. Разными авторами в качестве количественного критерия ГЭРБ принимается разная частота возникновения основного симптома этого заболевания - изжоги, и не всегда учитывается другой его симптом - регургитация. Сопоставить результаты различных эпидемиологических исследований не представляется возможным [17]. К примеру, одни исследователи на основании собственных критериев показывают чрезвычайно высокую распространенность ГЭРБ — 37,5% [28], другие - в соответствии с Генвальскими критериями (изжога 2 раза в неделю и чаще) выявили ГЭРБ у 22,7% ответивших на вопросы анкеты [29].

Среди факторов, способствующих развитию ГЭРБ, чаще всего упоминают грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, избыточную массу тела и ожирение, курение, прием некоторых лекарственных препаратов [30]. При этом вопрос, насколько эти или другие факторы могут повлиять на тяжесть рефлюкс-эзофагита у больных ГЭРБ в популяции, требует уточнения, поскольку эрозивный рефлюкс-эзофагит лежит в основе таких осложнений ГЭРБ, как кровотечение, стриктура пищевода и др. В частности, недостаток информации о клинических особенностях и вариантах ГЭРБ у больных, в том числе и при полиморбидности, порождает дискуссию о частоте и диагностическом значении изжоги и других симптомов у больных ГЭРБ.

В литературе [15] уделяется значительное внимание факторам, способствующим развитию ГЭРБ. Факторами, влияющими на тяжесть рефлюкс-эзофагита у пожилых больных ГЭРБ, являются: короткий анамнез заболевания (менее 5 лет), мужской пол, ГПОД (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы), употребление алкоголя, табакокурение, прием НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) и полиморбидность. А также, установлено, что одним из факторов статистически значимо увеличивающими относительный риск развития рефлюкс-эзофагита среди всей выборки больных является хронический запор.

Методом многофакторного анализа установлено, что степень тяжести рефлюкс-эзофагита у пожилых больных с длительным анамнезом нарастает при сочетании с ГЭРБ сопутствующих заболеваний: ЯБДК (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки), ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) и стеатоза печени. У пожилых больных с коротким анамнезом заболевания прогностически неблагоприятным является сочетание ГЭРБ с ИБС (ишемическая болезнь сердца), ЖКБ (желчнокаменная болезнь) и ожирением. Несмотря на отсутствие корреляционной зависимости полиморбидности и стадии ГЭРБ у больных моложе 60 лет, сопутствующая ЯБДК и ЖКБ повышает риск развития эрозивной ГЭРБ у лиц данной возрастной группы [15, 28].

Определенный интерес представляет работа А.В. Васютина и В.В. Цуканова [31], которые изучали частоту изжоги у детей в семьях родителей с аналогичной патологией, эрозивным эзофагитом и язвенной болезнью. Эпидемиологический скрининг изжоги

осуществлен одномоментным (поперечным) методом у детей-европеоидов школьного возраста и их родителей. Распространенность изжоги у родителей составила 43,2%, еженедельной изжоги – 13,4%, эрозивного эзофагита – 5,4%. В семьях, где родители жаловались на изжогу, у детей она регистрировалась чаще (35,5%), чем в семьях, в которых родители не отмечали данный симптом (18,8%). При наличии у родителей эрозивного эзофагита частота изжоги у детей составила 80%, еженедельной изжоги – 26,7%, а при его отсутствии – соответственно 24 и 1,9% ($p < 0,001$). Таким образом, авторами была обнаружена связь изжоги у детей с наличием изжоги, эзофагита и ЯБ у их родителей. Мы считаем, что полученные данные позволяют думать о семейных диетических погрешностях, которым в равной мере подвержены и родители, и дети, либо предположить наследственную предрасположенность при ГЭРБ.

В.М. Лосев и соавт. наблюдали в динамике 32-х пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), протекавшим на фоне ГЭРБ (у 71,8% была ее неэрозивная форма). Авторы сделали вывод о целесообразности выполнения ЭГДС, 24-часовой внутрипищеводной рН-метрии при наличии у пациентов с ХГП жалоб на изжогу, учитывая тот факт, что ГЭР является патогенетическим фактором развития воспалительных заболеваний пародонта [32].

Работа И.В. Маева и соавт. посвящена изучению взаимосвязи между ГЭРБ и сахарным диабетом (СД), которые доказали, что с увеличением стажа СД возрастает риск развития ГЭРБ и вероятность ее эрозивного течения. Дополнительными значимыми факторами риска ГЭРБ являются потребность в инсулине, наличие кетоацидоза и диабетической нейропатии (ДНП). При ДНП поражается не только периферическая, но и вегетативная нервная система, что негативно влияет на функцию НПС (нижнего пищеводного сфинктера). Бессимптомное течение ГЭРБ у больных СД 2-го типа более вероятно, чем в общей популяции, по причине висцеральной нейропатии. Поэтому даже при отсутствии изжоги и других типичных симптомов ГЭРБ пациентам с СД показано выполнение ЭГДС и суточной рН-метрии пищевода в плановом порядке [33].

Типы поведения пациентов при ГЭРБ изучала И.А. Гришечкина, на основе индивидуального восприятия внутренней картины болезни. Автор показала, что в 73% случаев имелись дезадаптивные типы поведения в условиях болезни, ведущие к полному или частичному отказу от лечения или обращению к нетрадиционным методам терапии. Подчеркивается, что психологическая коррекция внутренней картины болезни может повысить эффективность стандартного лечения этой группы больных [34].

Немалый интерес вызывает работа М.А. Осадчук и соавт., которая посвящена выявлению новых патогенетических механизмов возникновения кандидоза у больных ГЭРБ на основе изучения особенностей диффузной эндокринной системы (ДЭС) пищевода и клеточного гомеостаза эпителиоцитов СОП (слизистой оболочки пищевода). Авторами показано, что степень пептического поражения пищевода, глубина инвазии *C. albicans* в СОП ассоциируются со степенью нарушения ДЭС и клеточного гомеостаза эпителиоцитов слизистой оболочки [35].

Рядом авторов проведен [36] углубленные клинические наблюдения за пациентами с хронической обструктивной болезнью легких. На изжогу жаловались все обследуемые, на отрыжку кислым – 83,3%, неприятные ощущения за грудиной отмечены в 63% случаев, болезненное и затрудненное прохождение пищи – в 38,9%. При тяжелом и крайне тяжелом течении ХОБЛ выраженность симптомов ГЭРБ была наибольшей. Исследования показали, что у всех больных при наличии диспептических жалоб выявлялась эндоскопически позитивная ГЭРБ. Частота и степень выраженности изменений зависели от степени тяжести ХОБЛ, наличия дыхательной недостаточности, использования в лечении метилксантинов и антихолинергических средств.

Гастроэзофагеальный рефлюкс чаще выявляется у детей с ярко выраженными симптомами ночной бронхиальной астмы [37]. Многие клинические наблюдения

показали, что у ряда пациентов гастроэзофагеальный рефлюкс является основным триггером бронхиальной астмы [38], данный феномен на сегодняшний день является однозначно доказанным фактом.

Примерно 69% случаев гастроэзофагеального рефлюкса у детей диагностируется поздно. Это связано с разнообразием его клинических проявлений, частой встречаемостью эндоскопически негативной формы, что усложняет своевременное диагностирование [38 - 45].

Маймерова Г. Ш. (2010) определила преобладающую ранговую значимость среди социально – гигиенических и медико-биологических факторов риска формирования бронхиальной астмы в сочетании с гастроэзофагеальным рефлюксом имеет курение отцов, асфиксия при родах, отофарингеальные и отоларингологические симптомы, искусственная вентиляция легких в первые дни жизни, рецидивирующая пневмония, изжога, рвота, срыгивания, отрыжка, икота. При морфофункциональном исследовании биоптатов слизистой желудка и 12-перстной кишки у детей с бронхиальной астмой и гастроэзофагеальным рефлюксом отмечается клеточная инфильтрация, нарушение физиологической регенерации, постепенное развитие атрофии железистого аппарата и прогрессирование секреторной, моторной и инкреторной дисфункций желудка [46].

Малочисленность и противоречивость данных о распространенности, клинических особенностях и причина следственных факторов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в популяции определили актуальность настоящей работы.

1. Jones R.H., Hungin A.P.S., Phillip J., Mills J.P. Gastroesophageal reflux disease in primary care in Europe: clinical presentation and endoscopic findings. *Eur. J. Gen. Pract.* 1995;1:149-155.
2. Diagnostics and treatment of gastroesophageal reflux disease: Manual for doctors. Russian gastroenterological association. – М., 2010. – 20 p.
3. Vakil N., van Zanden S.V., Kahrilas P.J. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus // *Am. J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 101. – P. 1900–1920.
4. Бельмер С.В. Пять поколений ингибиторов протонного насоса: проблема выбора. Больной с изжогой: тактика врача общей практики // *Лечащий врач.* 2009. № 7. С. 14–17.
5. Бордин Д.С., Машарова А.А. Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и лечение лансопразолом // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* – 2008. – №5. <http://www.gastroscan.Ru/literature/authors/4259>.
6. Бордин Д.С., Машарова А.А., Кожурина Т.С. Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни альгинатами // *Лечащий врач.* 2008. № 6. С. 93–94.
7. Видякина Н.В. Особенности клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с ишемической болезнью сердца: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2009. С. 3–24.
8. Видякина Н.В., Дулин П.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина болей за грудиной: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца // *Воен.-мед. жур.* 2004. Т. 325. № 4. С. 34–37.
9. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение. Руководство для врачей / Под ред. А.В. Калинина и А.И. Хазанова М.: Миклош, 2007. С. 17–31.
10. Завикторина Т.Г., Стрига Е.В., Соколова Ю.Б. и др. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей // *Лечащий врач.* 2008. № 7. С. 88–90.
11. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генвала к Монреалу. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2007;5:4-10.
12. Dent J. Gastroesophageal reflux disease // *Digestion* 1998. - Vol. 59. -P. 433-445.
13. Исаков В.А. Фармакогенетический анализ метаболизма и клинической эффективности ингибиторов протонного насоса // *Клин. фармакол. тер.* 2003. - №1. - С.32-37.
14. Mayev I.V., Vyuchnova E.S., Schekina M.I. Gastroesophageal reflux disease – disease of XXI century // *Lechaschiy vrach.* – 2004. – N 4. – P. 10-14.
15. Губанова Г.В., Гриценгер В.Р. Рациональная терапия рефлюкс-астмы.//В 9-ой Российской Гастроэнтерологической недели, 20-23-октября 2003 год г.Москва. Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии.- №5, Том XIII, 2003. Приложение №21 (2).
16. Bor S., Lazebnik L. B., Kutapcioglu G. et al. The prevalence of gastroesophageal reflux in Moscow // *J. Clin. Gastroenterol.* 2006. -Vol.40 (Suppl. 4). - P. 199.

17. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. и др. Результаты многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» («МЭГРЭ») // Тер. арх. – 2011. – № 1. – С. 5–50.
18. Гончаренко А. Ю., Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных пожилого возраста Дисс.к.м.н., Москва, 2007, 169с.
19. Dent J., El-Serag H.B., Wallander M.A. et al. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A systematic review // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 710–717.
20. Затевахина И.И., Кириенко А.И., Кубышкина В.А. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 912 с.
21. Исаков В.А. Эпидемиология ГЭРБ: Восток и Запад // Эксп. клин. гастроэнтерол. 2004. - №5 (Спец. выпуск). - С.2-6.
22. Кузин, Н. М. Диагностика и лечение гастроинтродуцирующих опухолей Баррета - проблема медицины XXI века / Н.М. Кузин, К.Д. Далгатов. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2001. – Том 11, N5. - С.7-10.
23. Dean B.B., Crawley J.A., Schmitt C.M. et al. The burden of illness of gastroesophageal reflux disease: impact on work productivity // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2003. – Vol. 15, N 17. – P. 1309–1317.
24. Lagergren J., Rydberg I., Kyleback A. et al. Symptomatic gastroesophageal reflux a risk factor for esophageal adenocarcinoma // N. Engl. Med. – 1999. Vol. 340. – P. 825–831.
25. Salvatore S., Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux disease and motility disorders // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. –2003. – Vol. 17. –P. 163–179.
26. Трухманов А. С., Маев И. В. Неэрозивная рефлюксная болезнь с позиций современной гастроэнтерологии: клинические особенности и влияние на качество жизни пациентов // РМЖ 2004. - № 23. - С. 1344-1348.
27. Васильев Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Справочник поликлинического врача. – 2003. – № 5. – С. 17–23.
28. Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические варианты, прогноз, лечение// Дис... докт. мед. наук, М., -2008, 304 с.
29. Исаков В.А. НЭРБ и ЭРБ: две стороны одной медали? // Клиническая Гастроэнтерология и Гепатология. Русское издание. – 2008. – том 1. – № 3. – с. 166–168.
30. Рысс Е. С. Современная тактика антигеликобактерной терапии язвенной болезни/Рысс Е. С. // Клинич. медицина, 1998. т.76, №10:0023-2149. -С.7-11.
31. Васютин А.В., Цуканов В.В. Частота изжоги у детей в семьях родителей с изжогой, эрозивным эзофагитом и язвенной болезнью // XVII Российская гастроэнтерологическая неделя 10–12 октября 2011 г.
32. Лосев В.М., Хайкин М.Б., Яблоков Е.Б., Введенская И.П., Соболева Е.В. Анализ эффективности прим. прокинетиков в комплексной терапии хр. генерализованного пародонтита на фоне ГЭРБ // Матер. XVII рос. гастронедели. РЖГТК. 2011. № 5. прил. 38. - С. 180.
33. Маев И. В., Г. Л. Юренев, Г. А. Бусарова, Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: (обзор материалов XVII Российской гастроэнтерологической недели, 10–12 октября 2011 г., Москва) / И. В. Маев, Г. Л. Юренев, Г. А. Бусарова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2012. - Т. XXII, № 5. - С. 13-23.
34. Гришечкина И.А., Комплаентность пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Сибирский медицинский журнал, 2011, том №26, приложения 1, - С. 86.
35. Осадчук М.А., Золотовицкая А.М., Киреева Н.В. и др. Клинико-эндоскопические и морфофункциональные показатели в оценке развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в различных возрастных группах // РЖГТК. - 2012. - Т. 22. - № 5. - С. 30-36.
36. Клестер Е.Б., Шойхет Я.Н., Головин В.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных ХОБЛ геронтологического возраста (Барнаул)// 8-й Международный Славяно-Балтийский научный форум "Санкт-Петербург – Гастро-2006" - Санкт-Петербург, 17–19 мая 2006 года, - С. 277.
37. Бабак С. Л., Чучалин А. Г. Ночная астма // Русский медицинский журнал. - 1998. - №17. - С. 1108–1114.
38. Бурков С.Г., Алексеева Е.П., Юрнев Г.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и бронхиальная астма. // Пульмонология и аллергология журнал - 2005.- №4 (19).- С. 30-33.
39. Давыдова О.В. Состояние верхнего отдела пищеварительного тракта при бронхиальной астме у детей. Автореф. Дис. канд. мед. наук:14.00.09 – Астрахань. -2006.- 25с.
40. Harding SM, Haile JM, et al. Gastroesophageal reflux – induced bronchioconstriction: is microaspiration a factor? // Chest 108. -1995 – P.1220 – 1227.
41. Larrain, A, Carrasco, E, Galleguillos, F, et al. Medical and surgical therament of nonallergic asthma associated with gastroesophageal reflux.// Chest 99-1999. –P.1330-1335.

42. Schnatz, PF, Castell, JA, Castell, DO. Pulmonary symptoms associated with gastroesophageal reflux: use of ambulatory pH monitoring to diagnose and to direct therapy. //Am J Gastroenterol -1996.- Vol. 91- P.1715-1718.
43. Chadwick LM, Kurinczuk JJ, Hallam LA, et al. Clinical and endoscopic predictors of histological oesophagitis in infants.// J Paediatr Child Health -1997-Р. 388–393.
44. Sackett DL, Haynes B, Tugwell P. Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine. 2nd ed. - 1991, Boston: Little Brown.
45. Mc. Murray AR. Three decision-making aids: brainstorming, nominal group, and Delphi technique.// J Nurs Staff Dev- 1994- P. 62–65.
46. Маймерова Г. Ш. Клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы на фоне изменений желудочно-кишечного тракта у детей, Дисс... кан.мед.наук., Бишкек 2010. 146с.

Садырова Н.А.¹, Орозбекова Б.Т.², Касымова Р.О.²

**Влияние тубинфекции на морфофункциональное развитие детей и подростков и сравнительная оценка по поло - возрастным группам
(на примере Ошской и Джалал-Абадской областей, КР)**

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

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

doi: 10.18411/lj-30-09-2017-10

idsp: 000001:lj-30-09-2017-10

Аннотация

В статье дается сравнительная оценка физического развития 6-15 летних здоровых и тубинфицированных детей.

Ключевые слова: туберкулез, дети и подростки, морфофункциональное развитие.

Abstract

The article presents a comparative evaluation of the physical development of 6-15 year olds healthy and TB-infected children.

Keywords: tuberculosis, children and adolescents, and morphological development functional.

Физическое здоровье является одним из важнейших критериев, характеризующих состояние общего здоровья организма индивида (ВОЗ, 1991) [1]. По данным большинства учёных [2] физическое развитие расценивают как комплекс морфофункциональных свойств организма, который определяет запас его физических сил. Не существует до сих пор и единого мнения в соотношении физического развития и здоровья, у детей сочетание низкого уровня физического развития и различных, в т.ч. хронических заболеваний.

Тревожной тенденцией стал неуклонный рост заболеваемости туберкулёзом в детской среде. Причинами этого в нашей стране являются, ухудшение условий жизни большей части населения, усиление миграционных процессов, нарушение экологического равновесия, уменьшение объёма и снижение качества профилактики и раннего выявления туберкулёза, некачественного лечения заболевания. Все факторы, ведет к недостаточности механизмов приспособления, снижению резистентности детского организма, стрессовым реакциям, снижению сопротивляемости инфекциям.

В настоящее время ситуация по туберкулёзу во всём мире является крайне напряженной: ежегодно в мире заболевает 9 млн. человек, из которых каждый тридцатый живёт в России [3]. В связи с тем, что дети и подростки - это основная индикаторная группа населения, остро реагирующая на неблагоприятные изменения в окружающей среде [4-6], в том числе и на распространение инфекций, тубинфицированных детей, свидетельствует о значительном росте туберкулеза среди всего населения.