хронических заболеваний в фазе ремиссии не оказывали существенного влияния на выработку биомаркерных цитокинов в ответ на введение ВЧЖ.

1. Попов Н.В., Матросов А.Н., Князева Т.В., Кузнецов А.А., Федоров Ю.М., Попов В.П. и др. Эпизоотическая активность природных очагов чумы Российской Федерации в 2016 г., прогноз на 2017 г. Проблемы особо опасных инфекций. 2017; 1: 5–12.
2. Попова А.Ю., Кутырев В.В., Ежлова Е.Б., Демина Ю.В., Пакскина Н.Д., Щучинов Л.В. и др. Координация мероприятий противочумных учреждений Роспотребнадзора по оздоровлению Горно-Алтайского высокогорного природного очага чумы в 2016 г. Проблемы особо опасных инфекций. 2016; 4: 5–10.
3. Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 125н; 2014.
4. Кетлинский С.А. Роль Т-хелперов типов 1 и 2 в регуляции клеточного и гуморального иммунитета. Иммунология. 2002; 2: 77 – 79.
5. Никонова М.Ф., Ярилин А.А. Пролиферативный статус Th1- и Th2-клеток человека. Иммунология. 2006; 4: 203 – 208.
6. Шуковская Т.Н., Смолькова Е.А., Шмелькова Т.П., Ключева С.Н., Бугоркова С.А. Индуцированная продукция IFN- γ и IL-4 как показатель функциональной активности Th1- и Th2-клеток у вакцинированных против чумы людей. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2011; 6 (61): 78–83.
7. Fisman D.N., Agrawal D., Leder K. The effect of age on immunologic response to recombinant hepatitis B vaccine: a meta-analysis. Clin. Infect. Dis. 2002; 35 (11): 1368-75.
8. Шульгина Н. И. Оценка длительности и напряженности поствакцинального гуморального иммунитета медицинских работников Новосибирской области, привитых против гепатита В. Молодой ученый. 2010; 12(2): 165-170.
9. Клиническая иммунология. Караулова А.В., ред. Москва: Медицинское информационное агентство; 1999.

Григорян Т.М.

Эрозивный гастродуоденит у подростков

*Областная детская клиническая больница
(Россия, Санкт-Петербург)*

doi:10.18411/spc-15-04-2018-06

idsp: 000001:spc-15-04-2018-06

Аннотация

Взгляды на эрозивный гастродуоденит различаются: одни исследователи рассматривают эрозивный гастродуоденит как «предъязвенное состояние», другие считают его самостоятельной нозологической формой. Эрозивные гастродуодениты имеют различную этиологию: НПВС, *Helicobacter pylori*, Эпштейн-Барр вирусная инфекция, антитела к H⁺/K⁺-АТФазе париетальных клеток желудка, лямблиоз, ожирение, аллергия, артериальная гипертензия и др.

Эрозивный гастродуоденит чаще встречается в подростковом возрасте, частота, по данным разных авторов от 5 до 20%. Типичное клиническое течение гастродуоденита встречается только у половины детей, эндоскопически эрозии чаще локализуются в антральном отделе. Большинство авторов рекомендуют для лечения эрозивного гастродуоденита принципы противоязвенной терапии.

Ключевые слова: эрозии, гастродуоденит, подростки.

Эрозивный гастродуоденит описывается современной (2016г) классификацией хронического гастродуоденита (ХГД) у детей в эндоскопическом разделе [1]. Взгляды на этот вариант ХГД различаются: одни исследователи рассматривают эрозивный гастродуоденит как «предъязвенное состояние» [2, 3, 4, 5, 6, 7], другие считают его самостоятельной нозологической формой [8, 9, 10].

Поскольку ХГД является гетерогенным [11, 12], то и эрозивные гастродуодениты описывают, как гетерогенную группу заболеваний [13], из которых

наиболее изучены НПВС-гастропатии [14]. Механизм эрозивных поражений при них связан с нарушением микроциркуляции, снижением продукции простагландинов [14], однако вклад в эрозирование могут вносить и заболевания, по поводу которых пациенты длительно получают НПВС. Так, в этиологии хронического гастрита у детей, больных ювенильным хроническим артритом (ЮХА), наряду с НПВС, играют роль целый ряд других факторов: *Helicobacter pylori*, Эпштейн-Барр вирусная инфекция, антитела к H⁺/K⁺-АТФазе париетальных клеток желудка [15, 16]. Учитывая полиэтиологичность эрозий при ЮХА, предложен способ неинвазивной диагностики эрозивных поражений у детей при ЮХА [17, 18], учитывающих этиологическую характеристику ХГД при этом заболевании. Описаны взаимосвязи между наличием эрозий в слизистой оболочке желудка и хеликобактериозом [12, 19], лямблиозом [20, 21], наличием антигенов вируса Эпштейна-Барр в слизистой оболочке желудка [22, 23, 24, 25] и антител к H⁺/K⁺-АТФазе париетальных клеток желудка [26, 27]. Большая частота эрозивных поражений слизистой оболочки желудка описана при ожирении и нарушениях липидного обмена [28, 29, 30], атопическом дерматите [31, 32], артериальной гипертензии [33, 34], заболеваниях щитовидной железы [35], сахарном диабете 1 типа [36], недифференцированной дисплазии соединительной ткани [37, 38, 39]; есть сообщения, что повышенная кислотнo-пептическая агрессия [40] и моторные нарушения желудка и двенадцатиперстной кишки [40, 41, 42] могут вызывать эрозивные поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Считается, что желчные кислоты, содержащиеся в дуоденогастральном рефлюксанте, способствуют возникновению эрозий желудка путем разрушения слизистого «защитного барьера». При эрозиях двенадцатиперстной кишки наблюдается избыточное закисление дуоденальной среды, что приводит к интрадуоденальной активации желчных кислот [8, 43, 44].

Эрозивный гастродуоденит чаще встречается в подростковом возрасте [22], частота, по данным разных авторов от 5 до 20% [5, 22]. Типичное клиническое течение гастродуоденита (выраженный болевой синдром и диспепсические жалобы) встречается только у половины детей. У трети детей эрозивный гастродуоденит протекает атипично, и почти 15 %- бессимптомно. В связи с этим в критериях диагностики эрозивного ХГД клинические признаки не используются, а ведущее значение имеет эндоскопическое исследование [45]. Около 80% всех эрозий слизистой оболочки желудка локализуются в антральном отделе, в 20% случаев диагностируют множественные эрозии антрального и фундального отделов желудка. Эрозии чаще всего располагаются в препилорической области антрального отдела желудка, а также в антральном отделе и теле желудка. В 15% случаев эрозии располагаются в слизистой оболочке луковицы и нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки. Подавляющее число эрозий- это плоские эрозии, реже встречаются полные, размерами 2,0–4,0 мм. Плоские эрозии выглядят как округлые дефекты слизистой оболочки глубиной менее 1,0 мм с ярко гиперемизированным дном. Полные эрозии располагаются на локальном участке яркой гиперемизированной отечной, возвышающейся в виде холмика слизистой оболочки [5].

Несмотря на безболеное течение эрозивного ХГД у половины больных, качество жизни у них снижено в сравнении с неэрозивными формами ХГД [46].

Большинство авторов рекомендуют для лечения эрозивного гастродуоденита принципы противоязвенной терапии, как в периоде обострения [47, 48], так и в периоде ремиссии [49]. Учитывая гетерогенность эрозивных поражений, высокую коморбидность [50], подходы к терапии должны быть дифференцированы [51].

Заключение. Детям с подозрением на заболевания гастродуоденальной зоны следует проводить эндоскопическое обследование для своевременной диагностики эрозивных поражений слизистой оболочки.

Эрозивный гастродуоденит имеет различную этиологию, что требует тщательного обследования для назначения персонализированной терапии.

1. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Бельмер С.В., Разумовский А.Ю., Хавкин А.И., Аверьянова Ю.В., Алхасов А.Б., Ашманов К.Ю., Баранов Д.Г., Бочаров К.Б., Валеева Д.С., Вольнец Г.В., Воронин В.А., Гасилина Т.В., Герасимова Н.В., Голованев М.А., Дронов А.Ф., Ермолина Е.Ю., Жихарева Н.С., Залихин Д.В., Калинина Е.Ю., Кильдиярова Р.Р. и др. Москва, 2017.
2. Успенский В.М. Предъявленное состояние / В.М. Успенский. – Л.: Медицина, 1982.
3. Кильдиярова Р.Р. Механизмы формирования эрозивного дуоденита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей. Российский педиатрический журнал. 1999. № 3. С. 27-30.
4. Новик А.В. Предъявленное состояние у детей (некоторые вопросы патогенеза, критерии диагностики, тактики и лечения и диспансерное наблюдение): Автореф. дис... д-ра м.н. / А.В. Новик. – Л., 1985.
5. Мельникова И.Ю., Новикова В.П. Эрозивно-язвенное состояние у детей. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2005. № 1. С. 72-76.
6. Кильдиярова Р.Р., Шараев П.Н., Ямолдинов Р.Н. Способ диагностики эрозивного гастродуоденита и язвенной болезни у детей. патент на изобретение RU 2141667 07.05.1998
7. Мельникова И.Ю. Течение и исходы хронических заболеваний гастродуоденальной зоны у детей и подростков: Дисс... на соиск. ученой степени д.м.н. – СПб., 2004. – С.313.
8. Гриневич В.Б., Ткаченко Е.И., Успенский Ю.Л. О классификации эрозивных изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки // Клин.мед. 1996. № 1. С. 75-77.
9. Вахрушев Я.М., Белова Е.В., Ефремова Л.И. Эрозия гастродуоденальной зоны: самостоятельная нозологическая форма или фаза язвенной болезни // Экспер. и клин. гастроэнтер. 2003.2. С. 19-21.
10. Гриневич В.Б. Эрозивные изменения гастродуоденальной слизистой оболочки – предъявленное состояние? / В.Б. Гриневич, Ю.П. Успенский, В.П. Григорьев, А.В. Калинин // Клинич. медицина, 1991. – Т.69, №11. – С.57–59.
11. Мельникова И.Ю., Новикова В.П., Горюнова М.М., Крулевский В.А., Петровский А.Н., Калинина Е.Ю., Цех О.М. Гетерогенность хронического гастродуоденита у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2010. Т. 55. № 2. С. 81-86.
12. Рычкова С.В. Гетерогенность эрозивных поражений гастродуоденальной зоны у детей / С.В. Рычкова, В.А. Александрова, Н.Б. Думова, Л.А. Матемонтова // Вопр. детской диетологии, 2004. – Т.2, №1. – С.73–75.
13. Евстратова Ю.С. Возрастные особенности *helicobacter pylori* - ассоциированного хронического гастрита. диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГОУВПО "Санкт-Петербургская государственная медицинская академия". Санкт-Петербург, 2007
14. Поражения органов пищеварения, индуцированные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Бабак С.В., Бакунин И.Г., Балуква Е.В., Барышникова Н.В., Вербицкий В.Г., Гурова М.М., Егошина В.А., Едемская М.А., Каратеев А.Е., Макарова М.Н., Назаров В.Е., Новикова В.П., Пахомова И.Г., Сандлер Ю.Г., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Хорошина Л.П., Шабров А.В. Санкт-Петербург, 2013.
15. Листопадова А.П., Новикова В.П., Петровский А.Н., Мельникова И.Ю., Слизовский Н.В., Булгакова Т.В. Этиологическая структура хронического гастрита у детей, больных ювенильным хроническим артритом. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2014. Т. 28. № 24-1 (195). С. 33-36.
16. Листопадова А.П., Аничков Н.М., Петровский А.Н., Новикова В.П., Мельникова И.Ю., Слизовский Н.В. Морфологические особенности слизистой оболочки желудка у детей с ювенильным артритом. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014. № 6 (106). С. 8-12.
17. Способ определения эрозивных поражений слизистой оболочки желудка у детей с ювенильным артритом. Листопадова А.П., Новикова В.П., Мельникова И.Ю., Булгакова Т.В. патент на изобретение RU 2574031 23.09.2014
18. Листопадова А.П., Новикова В.П., Мельникова И.Ю., Петровский А.Н., Слизовский Н.В. Прогнозирование эрозивного поражения слизистой оболочки желудка у детей, больных ювенильным артритом. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015. № 1 (113). С. 17-20.
19. Инфекция *Helicobacter pylori* в клинической практике. Авалуева Е.Б., Аничков Н.М., Балуква Е.В., Барышникова Н.В., Белоусова Л.Н., Бубнова Е.А., Гузеева О.В., Калинина Е.Ю., Крулевский В.А., Новикова В.П., Нахимов И.Г., Сидоркин А.О., Смирнова А.С., Суворов А.Н., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Цех О.М. Санкт-Петербург, 2011.
20. Новикова В.П., Осмаловская Е.А., Калинина Е.Ю. Хеликобактериоз и лямблиоз при хроническом гастродуодените у детей. РМЖ. 2014. Т. 22. № 20. С. 1448-1451.
21. Лямблиоз: учебное пособие для врачей. Новикова В.П., Калинина Е.Ю., Шабалов А.М., Осмаловская Е.А. Учебное пособие для врачей / Санкт-Петербург, 2010.

22. Новикова В.П. Этиопатогенетические и клиничко-морфологические особенности хронического гастрита в разном возрасте. автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова. Санкт-Петербург, 2009
23. Новикова В.П., Крулевский В.А., Петровский А.Н. Эпштейн-Барр вирусная инфекция при нехеликобактерном хроническом гастрите у лиц разного возраста. Профилактическая и клиническая медицина. 2008. № 3. С. 87-90.
24. Новикова В.П., Крулевский В.А. Эпштейн-Барр-вирусная инфекция и заболевания желудка: есть ли связь? Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2012. № 1. С. 29-30
25. Новикова В.П., Аксенов О.А., Насыров Р.А., Крулевский В.А., Евстратова Ю.С. Герпетические инфекции при хроническом гастрите у лиц разного возраста. Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. 2006. № 2. С. 117-120.
26. Ткаченко Е.И., Новикова В.П., Антонов П.В., Любимов Ю.А. Антитела к Н+/К+-АТФазе париетальных клеток желудка у детей с нр-ассоциированным хроническим гастритом. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2003. № 3. С. 5-6.
27. Ткаченко Е.И., Новикова В.П., Абдул С.Ш., Аксенов О.А., Михеева Е.А., Гончарова Л.Б., Юрьев В.В., Евстратова Ю.С. Хроническая вирусная инфекция Эпштейн-Барра у детей, имеющих высокий уровень антител к Н+/К+-АТФазе париетальных клеток желудка в сыворотке крови. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2005. № 4. С. 78-81.
28. Новикова В.П., Гурова М.М., Комиссарова М.Ю., Успенский Ю.П., Калинина Е.Ю. Морфологические особенности состояния желудка и двенадцатиперстной кишки у подростков с хроническими гастродуоденитами и нарушениями липидного спектра крови. Профилактическая и клиническая медицина. 2010. № 3-4. С. 126-129.
29. Новикова В.П., Петровский А.Н. Желудок и ожирение у детей. Вопросы детской диетологии. 2015. Т. 13. № 5. С. 38-44.
30. Алешина Е.И., Комиссарова М.Ю., Новикова В.П., Калинина Е.Ю. Особенности хронического гастродуоденита у детей с сопутствующим ожирением I-II степени. Врач-аспирант. 2012. Т. 51. № 2.2. С. 257-265.
31. Калинина Е.Ю., Аничков Н.М., Крылова Ю.С., Новикова В.П. Морфологические и морфометрические изменения двенадцатиперстной кишки при атопическом дерматите у детей. В сборнике: Пищевая непереносимость у детей. Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики и диетотерапии Новикова В.П., Косенкова Т.В. сборник статей. Под редакцией Новиковой В.П., Косенковой Т.В.. Санкт-Петербург, 2016. С. 153-166.
32. Листопадова А.П., Демченкова О.А., Замятина Ю.Е., Паршуткина О.Ю., Черняк М.В., Земскова Е.А., Ашкрумова Э.Э., Нажиганов О.Н. Состояние пищевода и желудка у детей с атопическим дерматитом. В сборнике: Пищевая непереносимость у детей. Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики и диетотерапии. Сборник трудов II Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией Новиковой В.П., Косенковой Т.В.. 2017. С. 42-46.
33. Арутюнян В.М., Григорян Э.Г., Егонян Г.А., Арутюнян Р.В. Эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной области при гипертонической болезни // Новое в гастроэнтерологии. - М., 1996. Т. 1. С. 6-7.
34. Арутюнян В.М., Егонян Г.А., Аль-Самахи А.С., Григорян Э.Г. О роли нарушений микроциркуляции в патогенезе гастропатий при гипертонической болезни // Развитие идей академика В.Х. Василенко в современной гастроэнтерологии. - М, 1993. С. 28-29.
35. Новикова В.П., Бубнова Е.А. Хронический гастрит и заболевания щитовидной железы у детей. Детская медицина Северо-Запада. 2012. Т. 3. № 1. С. 75-84.
36. Детков В.Ю., Ильинец И.В., Миронюк Е.О., Досовицкая Е.Р., Берлева О.В., Фадеева Д.В., Похлебкина А.А. Эндоскопическая картина слизистой оболочки верхних отделов органов пищеварения у подростков с сахарным диабетом I типа. В сборнике: Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции. 2017. С. 388
37. Кильдиярова Р.Р. Клиническое значение обменных нарушений соединительной ткани при эрозиях желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Российский педиатрический журнал. 2007. № 6. С. 10-15.
38. Замятина Ю.Е., Демченкова О.А., Листопадова А.П. Особенности верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей с дисплазией соединительной ткани. В сборнике: Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции. 2017. С. 271-279.
39. Кузьмина Д.А., Москаленко М.В., Костик М.М., Азанчевская С.В., Сидоркин А.О., Мороз Б.Т., Новикова В.П., Ларионова В.И. Ассоциация генотипов COL1A1 с развитием фиброза в слизистой оболочке желудка при хроническом гастродуодените и сопутствующем кариесе у детей. Клинико-лабораторный консилиум. 2010. № 2-3. С. 159-160.
40. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Кислотозависимые заболевания у детей. СПб.: СПб-МАПО, 2002.
41. Пелешук А.П., Горголь В.А., Мусленко Л.П. Значение дуоденогастрального рефлюкса при заболеваниях органов пищеварения // Вр. дело. 1984. № 10. С. 15-21.
42. Петров В.П., Данишук И.В., Саввин Ю.Н., Канарейцева Т.Д. Дуоденогастральный рефлюкс и патоморфологическая картина желудка у больных, оперированных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вест. хирургии. 1988. № 1. С. 27-30.

43. Вахрушев Я.М., Никишина Е.В. Комплексное изучение патогенетических механизмов эрозивного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки // Рос.гастроэнтерол. журнал. 1998. № 3. С. 22-29.
44. Вахрушев Я.М., Никишина Е.В. К вопросу о патогенезе и лечении эрозивных гастритов и дуоденитов // Клин.мед. 1999. № 2. С. 28-32.
45. Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф. Клиническая характеристика эрозивного гастродуоденита у детей // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1.;URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=5496> (дата обращения: 08.09.2017).
46. Рычкова С.В. Качество жизни детей при эрозивных поражениях гастродуоденальной зоны / С.В. Рычкова, В.А. Александрова // Вопр. детской диетологии, 2004. – №4(1). – Р.73–75.
47. Гриневиц В.Б. Регрессия полных эрозий на фоне эрадикационной тройной терапии (де-нол, фамотидин, флемоксин солютаб) / В.Б. Гриневиц, Б.Х. Самедов, И.В. Богданов и др. // Рос.журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2001. – Т11. – №5. – С.22.
48. Новикова В.П., Мельникова И.Ю.Эффективность противоязвенной терапии у детей.Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1994. Т. 4. № 5. С. 225.
49. Диспансеризация детей и подростков с патологией пищеварительной системы. Мельникова И.Ю., Новикова В.П. Учебно-методическое пособие / Санкт-Петербург, 2011.
50. Гурова М.М., Циркунова В.В.Сопутствующие заболевания органов пищеварения у детей подросткового возраста с хроническим гастродуоденитом. Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. 2014. № 78. С. 37-43.
51. Циммерман Я.С., Ведерников В.Е. Хронические гастродуоденальные эрозии: клинко-патогенетическая характеристика, классификация, дифференцированное лечение // Клин.мед. 2001. № 6. С. 30-36.

Динмухаметов А.Г., Каток А.А.

Дополнительные возможности здравоохранения по оказанию психолого-психиатрической помощи пострадавшим при авариях на объектах химической промышленности на примере Республики Татарстан

*Казанский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(Россия, Казань)*

doi:10.18411/spc-15-04-2018-07

idsp: 000001:spc-15-04-2018-07

Учитывая, что хлор является одним из самых распространенных АХОВ на химически опасных объектах Республики Татарстан (25%), нами был разработан медико-санитарный прогноз чрезвычайных ситуаций для потенциально опасных объектов, использующих его в своих технологиях.

Проведённый анализ структуры санитарных потерь при ранее произошедших промышленных авариях с различными химическими веществами и данные литературы свидетельствуют, что в среднем от общего числа пораженных у 60-75% отмечается лёгкая степень поражения, у 10-25% средняя, у 4-10% тяжелая, летальность составляет 1-5%. Однако в настоящее время для отдельных аварий с различными веществами в конкретных условиях реальное соотношение санитарных потерь могут отличаться от средних величин.

Несмотря на то, что для прогностических расчётов взяты ёмкости с АХОВ в несколько раз меньше (технология хранения) при чрезвычайных ситуациях с участием хлора, как поражающего фактора, санитарные потери достаточно велики.

Амплитуда пострадавших с тяжелой степенью поражения может составить: Казань 625; Альметьевск 783; Бугульма 342; Зеленодольск 420; Лениногорск 195; Набережные Челны 793; Нижнекамск 727; Чистополь 430. Безвозвратные потери соответственно могут составить 313, 392, 171, 210, 97, 396, 363, 215 поражённых. После оказания неотложной помощи и достижения состояния транспортабельности, для них необходима экстренная (в первую очередь) эвакуация на этап квалифицированной и специализированной медицинской помощи, санитарным транспортом, в положении лёжа, в сопровождении врача.

Пострадавшие средней тяжести, в своей массе могут достигать 25% от всего количества пострадавших и составить по зонам риска: Казань 1562; Альметьевск 1958;