Обсуждение. Наследственный анамнез отягощен: 2 брата матери умерли в детском возрасте. Была выявлена патология течения беременности (на фоне хронического пиелонефрита, тонзиллита, ожирения, водянки беременности, хронической внутриутробной гипоксии плода). С раннего возраста рецидивирующие гнойные инфекции (пневмонии, множественные абсцессы печени, абсцессы кожи и мягких тканей, рецидивирующие гнойные лимфадениты, гнойные отиты, сепсис), ЦМВ - инфекция, туберкулез легких в 12 лет, гломерулонефрит в анамнезе. При осмотре пациента - лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. В анализах крови - анемия, показатели хемилюминесценции нейтрофилов резко снижены.

Заключение. Постановка диагноза первичного иммунодефицита у конкретного пациента является трудной задачей, решение которой требует тщательного анализа клинико-лабораторных данных и результатов генетического исследования. Но, заподозрить хроническую гранулематозную болезнь у детей можно на основании комплексной оценки соответствующих анамнестических данных, клинических проявлений и лабораторных изменений. В связи с этим, при выявлении у пациентов раннего возраста вышеописанных клинических проявлений, необходима консультация врача аллерголога - иммунолога с проведением иммунологического исследования с целью максимально раннего выявления первичного иммунодефицита и назначения жизнеспасующего лечения.

1. Аллергология и иммунология: национальное руководство. / Под ред. Хаитова РМ, Ильиной НИ. - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.
2. Reust CE. Evaluation of Primary immunodeficiency Disease in Children // Am. Fam. Physician. - 2013. - Vol. 87. - № 11. - P. 773-778.
3. Моисеева Т.Н., Пищальников А.Ю. Случай проспективного наблюдения пациента с синдромом Ниймеген в группе больных с первичными иммунодефицитами. Педиатрический Вестник Южного Урала. 2013. С. 92-93.
4. Козлова ОС. Первичные иммунодефициты в Самарской области. Аспирантский вестник Поволжья. 2015; (5-6 (2)). С. 227-229.
5. Игишева Л.Н., Ляхова М.Н., Протас В.В., Силантьева И.В., Баканова Т.А. Клинический случай хронической гранулематозной болезни в практике педиатра Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2017; 62 (4). С. 230-231.

Мухаммад Ш.Ш.Н.М.¹, Орозбекова Б.Т.², Муйдинов Ф.Ф.³
Особенности клинического течения коморбидных гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (на примере г.Ош и г. Джалал-Абад Кыргызской Республики)

¹*Джалал-Абадский государственный университет
(Кыргызская Республика, Джалал-Абад)*

²*Кыргызско-Российский Славянский Университет
(Кыргызская Республика, Бишкек)*

³*Ошский Государственного Университет
(Кыргызская Республика, Ош)*

doi: 10.18411/sr-10-02-2019-60

idsp: sciencerussia-10-02-2019-60

Аннотация

В статье дается литературный анализ коморбидной течения ГЭРБ, а также, особенности клинического проявления данной заболевания среди разных возрастных групп г. Ош и г. Джалал-Абад.

Ключевые слова: коморбидность; ГЭРБ; БОП.

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), как самостоятельная нозологическая единица, получила официальное признание в материалах по ее диагностике и лечению, принятых в октябре 1997 года на междисциплинарном конгрессе гастроэнтерологов и эндоскопистов в Генвале (Бельгия). В 1999 году ГЭРБ официально вошла в Международную классификацию болезней X пересмотра.

ГЭРБ – хроническое полисимптомное рецидивирующее заболевание, характеризующееся развитием воспалительных изменений слизистой оболочки дистального отдела пищевода и/или характерных клинических симптомов вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого.

Проведенные, в Европе и Северной Америке эпидемиологические исследования, показали, что симптомы ГЭРБ испытывают ежедневно 4-10% населения, еженедельно – 20-30%, ежемесячно – 50%, а заболеваемость неуклонно возрастает. Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет: в странах Западной Европы и Северной Америки 10-20%, в странах Азии – 5%, в Турции – 20%, в странах Южной Америки – 10%. В США и Бельгии эндоскопическая позитивная ГЭРБ выявляется у 21-27% популяции, в Японии – у 16,5% [17, 18].

Частота гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей колеблется, по данным разных авторов, от 2 - 4 до 9 - 49 %, а коморбидных поражений верхних отделов пищеварительного тракта – от 15 до 38% [7, 11, 13, 15, 16].

Введение. Заболевание, связанное с забросом кислого желудочного содержимого в пищевод известно с давних времен в 10 веке Авиценной (Ибн-Сина). Описаны такие симптомы как изжога, отрыжка с кислым, или горьким, сопровождающих возникновение ГЭРБ. Основной причиной развития рефлюксной болезни является дисфункция нижнего пищеводного сфинктера (НПС), наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, нарушения двигательной функции пищевода. ГЭРБ нередко характеризуется внепищеводными симптомами.

По МКБ-10 классифицируются:

К 21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом,

К 21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита.

В последние годы во всем мире отмечается увеличение числа больных ГЭРБ как среди лиц трудоспособного возраста, так и среди детского и пожилого населения. [4].

Эпидемиологические исследования показывают, что около 30% взрослого населения имеют различные проявления ГЭРБ. По данным популяционного исследования, проведенного в 2005 г. в 12 крупнейших городах России в рамках программы ВОЗ, изжогу испытывают 61,7% мужчин и 63,6% женщин, при этом более чем у 30% опрошенных выявлена частая изжога – более 2-3 раз в неделю [2]. По данным И.В. Маева с соавт. результаты проведенных в России, последних популяционных эпидемиологических исследований (опубликованы в 2007 г.) показали, что распространенность ГЭРБ (наличие изжоги и/или кислой отрыжки 1 раз в неделю и чаще на протяжении последних 12 месяцев) составляет среди населения 13,3% [1, 2]. При этом отмечается отчетливая тенденция не только к росту распространенности ГЭРБ, но и к «омоложению» болезни: сегодня заболевание достаточно часто диагностируется в молодом, детском и даже в младенческом возрасте [3].

Этому объяснение, в том, что в большинстве случаев ГЭРБ у детей протекает в сочетании с хронической патологией гастродуоденальной зоны, когда клиническая картина ГЭРБ стертая, а гастроэзофагеальный рефлюкс и явления эзофагита являются эндоскопической находкой при отсутствии специфических жалоб. Наличие поражения отдельных органов пищеварительного тракта называется коморбидным [6, 8, 9, 10, 19]. Коморбидность (лат. со – вместе, morbus – болезнь) – сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная коморбидность) или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (хронологическая коморбидность). Авторы указывают на

довольно частое поражение пищевода при хроническом гастрите - у 15 % детей, при хроническом гастродуодените (ХГД) - у 38,1 %. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, согласно результатам проведенных исследований, эзофагит встречается практически у всех детей [12, 20, 21].

Достоверных цифр заболеваемости ГЭРБ нет. Данное обстоятельство связано с тем, что не все больные обращаются к врачу, большинство из них занимается самолечением.

ГЭРБ относится к группе кислотозависимых заболеваний, т.к. соляная кислота (желудочный сок) является одним из ведущих патогенетических факторов. А так же, больного ГЭРБ беспокоят боли в эпигастральной области, изжога, отрыжка, срыгивание, одинофагия, боль за грудиной и бронхолегочные осложнения (рис. 1, 2).

Рис. 1. Спектр кислотозависимых заболеваний пищевода [5]

Рис. 2. Пищеводные проявления ГЭРБ [5]

По данным ряда исследований, изжога встречается у 83% больных. Усиление изжоги характерно при обильном приёме пищи, наклонах туловища, погрешностях в диете, приёме газированных напитков. Интенсивность клинических проявлений зависит от концентрации соляной кислоты в рефлюктате и длительности экспозиции со слизистой оболочкой пищевода. У 10% больных ГЭРБ проявляется только болью за грудиной, напоминающей стенокардию.

Нередко встречаются и внепищеводные проявления ГЭРБ. К ним относятся: постоянный, особенно ночной, кашель; рецидивирующие пневмонии; хронический бронхит с астматическим компонентом; ретростеральные боли и боли в прекардиальной области по типу стенокардии, иногда с нарушением ритма сердца; хронический ларингит; фарингит; кариес зубов (рис. 3).

Рис. 3. Внепищеводные проявления ГЭРБ [5]

В связи, выше изложенным, **целью** нашей исследования было изучение особенностей клинического течения коморбидных ГЭРБ среди различных возрастных групп г. Ош и г. Джалал-Абад.

Задачи

1. Анализировать эпидемиологическое значение ГЭРБ.
2. Оценить особенности клинического проявления коморбидности ГЭРБ среди разных возрастных групп г. Ош и г. Джалал-Абад.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением был 529 пациент в возрасте от 15 до 50 и старше лет. В I группу исследования вошли 241 подросток, II группу составили 124 студента в III группу вошли 164 взрослых с коморбидными ГЭРБ и хроническим гастродуоденитом. Диагнозы ГЭРБ и хронического гастродуоденита были установлены согласно МКБ-10 на основании изучения жалоб и анамнеза, объективного осмотра и верифицированы эндоскопическим исследованием. Анализ полученных результатов осуществляли с помощью таких непараметрических методов, как критерий ХИ-квадрат и точный критерий Фишера.

Результаты собственных материалов.

Оценивая анамнестические данные больных и лабораторно - диагностическими сопоставлениями мы получили следующие результаты коморбидного течения ГЭРБ (сопутствующей патологии), которые дано таблице 1.

Таблица 1

Сопутствующая патология больных ГЭРБ

Нозология	Все больные ГЭРБ N=529/ (100%)		Больные ГЭРБ подростки n=241/ (100%)		Больные ГЭРБ студенты n=124/ (100%)		Больные ГЭРБ взрослые n=164/ (100%)	
гастрит, дуоденит	87	16,4	118	49,0**	19	15,3*	18	11,0
Хр. панкреатит	25	4,7	3	1,2	6	4,8	16	9,8*
Артериальная гипертония	51	8,3	7	2,9	9	7,3	28	17,1**
Хронический запор	50	9,5	23	9,5*	14	11,3* *	13	7,9
Стентоз печени (хир забол)	14	2,6	5	2,1	7	5,6	2	1,2
ИБС	28	5,3	2	0,8	10	8,1**	16	9,8**
Хр. холецистит	25	4,7	10	4,1	4	3,2	11	6,7
ПХЭС	9	1,7	1	0,4	3	2,4	5	3,0
ЯБДК	17	3,2	8	3,3	6	4,8	3	1,8
ЖКБ	22	4,2	9	3,7	9	7,3	4	2,4
ХОБЛ	29	5,5	8	3,3	9	7,3	12	7,3
Сахарный диабет	32	6,0	6	2,5	12	9,7**	14	8,5**
БА	26	4,9	6	2,5	7	5,6*	13	7,9**
ЯБЖ	23	4,3	12	5,0*	6	4,8	5	3,0
Другие заболевания	98	18,5	23	9,5**	3	2,4	4	2,4

* $p < 0,05$ между больными подростками и старшего возраста

Из анализа видно, что у подростков на первом месте 37,8% заболевание гастрит и дуоденит. А, у студентов данный класс заболевания - 15,3% (которые связано с поведенческими факторами: нерациональное и нерегулярное питание, недостаточную физическую активность, нарушение режима сна и отдыха, вредные поведенческие привычки большого количества употребление «фастфуда» и газированных напитков, курение, употребление насвай и др.), то взрослых артериальная гипертония - 17,1%.

На втором месте, у подростков по 9,5% хронический запор и другие заболевания (на фоне ЖДА, постинфекционное состояние, ЛОР заболеваний, и др.), то у студентов хронический запор 11,3%, а у взрослых гастрит, дуоденит 11,0%.

Впоследствии не соблюдение нерациональное и нерегулярное питание большинство подростков привели к ЯБЖ - 5,0% обследованных, а среди студентов на

третьем месте сахарный диабет - 9,7% видимо нейрогенного характера и т. д, а хр. панкреатит и ИБС по 9,8% соответственно, у взрослого контингента.

Результат опросника SF-36. Если в группе контроля самооценочный показатель КЖ (опросник SF-36) по всем шкалам находился в диапазоне от 100 до 70 баллов, то среди больных ГЭРБ (у 529 больных) его уровень опускался до 30 баллов и не поднимался выше 70 балла.

В среднем, в группе больных ГЭРБ, 1-я, 2-я и 3-я группа, показатели КЖ по всем шкалам опросника, как физического здоровья (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, интенсивность боли, общее здоровье), так и психического здоровья (жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье) были ниже, чем в группе контроля и эта разница между ними была статистически достоверной ($p < 0,001$). Нами выявлено, что у больных ГЭРБ с коморбиндным течением показатели КЖ находились на более низком уровне не только по сравнению с группой здоровых лиц (нормой), но и средними показателями группы больных без сочетанной патологии.

Результаты проведенное сравнение частоты встречаемости основных клинических симптомов в исследуемых группах имеют не во всех симптомах достоверные различия. Частота изжоги, привкуса кислого во рту, тошноты статистически не отличается у разных групп. Частота абдоминальной боли не отличается в группах с коморбиндными ГЭРБ, но при этом достоверно есть различия коморбиндности среди возрастных групп.

Выводы

1. У больных ГЭРБ на первом месте как сопутствующие заболевания значится гастрит и дуоденит: у подростков 37,8%, у студентов 15,3%, когда у взрослых артериальная гипертония - 17,1%. На втором месте, хронический запор и другие заболевания, у подростков по 9,5%, у студентов 11,3%, а у взрослых гастрит, дуоденит 11,0%. А на третьем: у подростков ЯБЖ - 5,0%, у студентов сахарный диабет - 9,7%, у взрослого контингента хр. панкреатит и ИБС по 9,8% соответственно.

2. Полученные результаты исследования, возможно, использовать для разработки алгоритмов диагностики коморбиндных ГЭРБ.

1. Лазебник Л.В., Машарова А.А., Бордин Д.С. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России (МЭГРЕ): первые итоги». Эксперим. и клин, гастроэнтерология. 2009;6:4-12
2. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от патогенеза к терапевтическим аспектам. Consilium Medicum. 2013;8:30-4.,
3. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. Возможности применения домперидона в комплексной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Мед. совет. 2012;2:56-60
4. Масловский Л.В., Мишушкин О.Н. Терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // «Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии», апрель 2008, №1, С. 2-7.
5. Рапопорт С.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. (Пособие для врачей). – М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М". – 2009. –12 с.)
6. Belousov IuV. Aktual'nye voprosy pediatricheskoi gastroenterologii: sbornik statei 2007-2011 gg [Topical issues of pediatric gastroenterology: collection of articles 2007-2011]. Kyiv; 2012. 591 p. (in Russian).
7. Boiarska LM, Ivanova KO. Prediction risk factors of gastroesophageal reflux disease in children and adolescents with chronic gastroduodenal pathology. Zaporozhye medical journal. 2013;(81):13- 17. (in Ukrainian).
8. Chen SC. Questionnaire for child gastro-esophageal reflux disease. Pediatr Neonatol. 2014 Dec;55(6):419-20. doi: 10.1016/j.pedneo.2014.05.001.
9. Ferreira CT, Carvalho ED, Sdepanian VL, Morais MB, Vieira MC, Silva LR. Gastroesophageal reflux disease: exaggerations, evidence and clinical practice. J Pediatr (Rio J). 2014 MarApr;90(2):105-18. doi: 10.1016/j.jped.2013.05.009.
10. Jakovljević M, Ostojić L. Comorbidity and multimorbidity in medicine today: challenges and opportunities for bringing separated branches of medicine closer to each other. Psychiatr Danub. 2013 Jun;25 Suppl 1:18-28.

11. Kryuchko TO, Nesina IM. Features of extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease in children. *Zdorov'e rebenka*. 2013;(47):16-19. doi: 10.22141/2224-0551.4.47.2013.89768. (inUkrainian).
12. Linton DM. Diagnosing GERD in Older Children. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2011;7(4):328-329. doi: 10.1016/j.nurpra.2011.01.007.
13. Martigne L, Delaage PH, Thomas-Delecourt F, Bonnelye G, Barthélémy P, Gottrand F. Prevalence and management of gastroesophageal reflux disease in children and adolescents: a nationwide cross-sectional observational study. *Eur J Pediatr*. 2012 Dec;171(12):1767-73. doi: 10.1007/s00431-012-1807-4.
14. Pavlenko NV, Solodovnichenko IG, Voloshin KV, Ganziy EB. Combined pathology of the esophagus and gastroduodenal zone in children: changing priorities. *Perinatologiya i pediatriya*. 2013;(56):85-87. (in Russian).
15. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018 Mar;66(3):516-554. doi: 10.1097/MPG.0000000000001889.
16. Shadrin OG, Platonova OM. Clinicopathogenetic parallels of gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome amongst children. *Perinatologiya i pediatriya*. 2013;(54):69-72. (in Russian).
17. Shaheen, N. Gastroesophageal reflux, Barrett's esophagus and esophageal cancer: clinical applications / N. Shaheen, D.F. Ransohoff // *JAMA*. 2002. -V. 287, №15. -P.1982-1986.
18. Sonnenberg, A. Clinical epidemiology and natural history of gastroesophageal reflux disease / A. Sonnenberg, H.B. El-Serag // *Yale J. Biol. Med*. 1999. - V.72. -P.81-92.
19. Tack J, Pandolfino JE. Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology*. 2018 Jan;154(2):277-288. doi: 10.1053/j.gastro.2017.09.047. <http://childshealth.zaslavsky.com.ua> S57 Клінічна гастроентерологія / Clinical Gastroenterology
20. Wenzl TG. Role of diagnostic tests in GERD. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011 Dec;53 Suppl 2:S4-6.
21. Wilson JL, Pruett KL. Gastroesophageal Reflux Disease: Treating Wisely. *N C Med J*. 2016 May-Jun;77(3):202-5. doi: 10.18043/ncm.77.3.202.

Олесов Е.Е., Глазкова Е.В., Олесова В.Н., Мартынов Д. В., Сакаева З.У.

Динамика показателей стоматологического статуса у членов отряда космонавтов

ФГБУЗ «Клинический центр стоматологии ФМБА России»

(Россия, Москва)

doi: 10.18411/sr-10-02-2019-61

idsp: sciencerussia-10-02-2019-61

Аннотация

Проведена оценка показателей стоматологического статуса у членов отряда космонавтов на основании обследования по Карте оценки стоматологического статуса ВОЗ в возрастных группах до 35 лет, 35 – 44 лет, старше 45 лет. Установлена более низкая интенсивность кариеса, а также распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у членов отряда космонавтов в сравнении с российскими показателями; недостаточное качество предшествующего стоматологического лечения относительно пломб и obturation корневых каналов; невысокая потребность в лечении кариеса и зубном протезировании в связи с своевременным и качественным лечением и замещением удаленных зубов в специализированных клиниках Москвы после зачисления в отряд космонавтов, а также в связи с реальным диспансерным стоматологическим обслуживанием космонавтов.

Ключевые слова: отряд космонавтов, стоматологический статус, показатели.

Введение. Здоровье космонавтов является объектом пристального контроля, в котором принимает активное участие Федеральное медико-биологическое агентство. Систематический контроль состояния здоровья членов отряда космонавтов задолго до космического полета включает неоднократное стоматологическое обследование и раннее стоматологическое лечение. Большинство поступающих в отряд космонавтов являются летчиками гражданской или военной авиации, где существуют высокие требования к стоматологическому здоровью и проводятся ежегодные профилактические осмотры. В связи с этим стоматологический статус членов отряда космонавтов можно расценивать