

**АНАЛИЗ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ХЕЛИКОБАКТЕРОМ ПИЛОРИ ПАЦИЕНТОВ  
С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ-ИНДУЦИРОВАННЫМ ЭЗОФАГИТОМ**

*Лозовик С. К., Сергеев Е. В.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

**Введение**

Заболевания пищевода, по данным ВОЗ, занимают 3 место в структуре гастроэнтерологической патологии у детей, уступая по распространенности болезням желудка, двенадцатиперстной кишки, органов желчевыведения. В структуре патологии пищевода в детском возрасте до 85% приходится на гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). Патологический ГЭР приводит к выраженным деструктивным изменениям слизистой оболочки пищевода. Общепризнанна роль хеликобактер пилори (Hр) в возникновении и прогрессировании хронических воспалительных изменений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта [1, 2]. Из 194 пациентов педиатрического отделения № 1 УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» с хронической гастродуоденальной патологией, находившихся на стационарном лечении в феврале – марте 2015 г. у 55 (28,4 %) выявлен ГЭР-индуцированный эзофагит.

**Цель**

Проанализировать инфицированность Hр пациентов с ГЭР-индуцированным эзофагитом.

**Материал и методы исследования**

Исследуемая группа — 55 детей в возрасте от 6 до 16 лет с хронической гастродуоденальной патологией и ГЭР-индуцированным эзофагитом: 32 (58,2 %) девочки и 23 (41,8 %) мальчика. Проведен анализ результатов клинического и инструментального (ЭФГДС с биопсией), обследования на Hр (гистологический метод — исследование биоптата слизистой оболочки антрального отдела желудка).

**Результаты исследования и их обсуждение**

В исследуемой группе 43 (78,2%) ребенка проживают в г. Гомеле, 12 (21,8 %) — в Гомельской области. У 46 (83,6 %) детей выявлен катаральный эзофагит, у 9 (16,4 %) эрозивный эзофагит; в том числе у 5 (9,1 %) пациентов грыжи пищевода, у 11 (20 %) недостаточность кардии. С возрастом число пациентов с ГЭР-индуцированным эзофагитом увеличивается: 6–9 лет — 6 (10,9 %) детей, 10–12 лет — 15 (27,3 %), 13–16 лет — 34 (61,8 %) человека. В клинике хронических гастродуоденальных заболеваний с ГЭР-индуцированным эзофагитом у всех детей исследуемой группы имел место болевой абдоминальный синдром; диспептический синдром: тошнота — у 35 (63,6 %), рвота — у 12 (21,8 %), изжога — у 18 (32,7 %), отрыжка — у 12 (21,8 %), неприятный запах изо рта — у 6 (10,9 %).

Обследование на инфицированность Hр (гистологический метод – наиболее объективный способ диагностики Hр-ассоциированных заболеваний) проведено у 50 пациентов исследуемой группы. Результаты обследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Инфицированность Hр пациентов с катаральным и эрозивным эзофагитами

Обсемененность Hр	Эзофагит катаральный (42)	Эзофагит эрозивный (8)	Всего (50)
Hр (–)	10 (23,8 %)	3 (37,5 %)	13 (26 %)
Hр (+)	14 (33,3 %)	2 (25 %)	16 (32 %)
Hр (++)	14 (33,3 %)	3 (37,5 %)	17 (34 %)
Hр (+++)	4 (9,6 %)	—	4 (8 %)

Положительный результат на инфицированность Hр у 37 (74 %) пациентов исследуемой группы. У детей с катаральным эзофагитом преобладает и одинаково часто встречается инфицированность Hр (+) и Hр (++) . У детей с эрозивным эзофагитом преобладает и одинаково часто встречается отрицательный результат — Hр (–) и инфицированность Hр (++) . Только у пациентов с катаральным эзофагитом зарегистрирован высокий уровень инфицирования — Hр (+++)

Оценка физического развития детей проведена по центильным таблицам [3]. Физическое развитие гармоничное у 25 (45,5 %) человек (низкое — 1, среднее — 11, выше среднего — 7, высокое — 2, очень высокое — 4); дисгармоничное — у 23 (41,8 %) детей (низкое — 4, ниже среднего — 3, выше среднего — 9, высокое — 7); резко дисгармоничное — у 7 (12,7 %). Физическое развитие выше среднего и высокое у 29 (52,7 %) детей, дисгармоничное — у 30 (54,5 %).

## **Выводы**

Хронические гастроудоденальные заболевания с ГЭР-индуцированным эзофагитом чаще диагностировались у городских девочек пубертатного периода. Физическое развитие более чем у половины детей исследуемой группы выше среднего и высокое, дисгармоничное. У большинства обследованных положительный результат на инфицированность *Hp*.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Арефьева, А. В.* Основные подходы к диагностике и лечению гастроэзофагального рефлюкса у детей, по материалам педиатрического отделения / А. В. Арефьева, А. Г. Лебедев, А. А. Махотин // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей : мат-лы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России. — М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006. — С. 128–129.
2. *Назаренко, О. Н.* Обследование, лечение и реабилитация детей с хеликобактер-ассоциированными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта: учеб.-метод. пособие / О. Н. Назаренко, С. Э. Загорский. — Минск, 2008. — 28 с.
3. *Ляликов, С. А.* Таблицы оценки физического развития детей Беларуси: метод. реком. / С. А. Ляликов, С. Д. Орехов. — Гродно, 2000. — 67 с.

**УДК 616.233-002-008.842.-4-07-053.2:612.017.1**

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИТАМИ**

*Лупальцова О. С.*

**«Харьковский национальный медицинский университет»**

**г. Харьков, Украина**

## **Введение**

На современном этапе поиск маркеров воспаления для диагностики и мониторинга воспаления верхних и нижних дыхательных путей с помощью информативных и, по возможности, неинвазивных методов не теряет своей актуальности [1, 2]. Среди простых, неинвазивных, экономичных методов следует выделить индукцию мокроты с помощью серийного разведения натрия хлорида. Дискутабельными являются вопросы использования индуцированной мокроты в качестве определения ранних маркеров формирования хронического воспалительного процесса. Учитывая, что цитокины являются локальными медиаторами изучение концентрации интерлейкинов следует проводить в физиологических средах и жидкостях.

## **Цель**

Усовершенствование диагностики и исходов бронхитов у детей на основании изучения показателей цитокинового профиля индуцированной мокроты.

## **Материал и методы исследования**

Исследования проведены у 106 детей в возрасте от 2 до 14 лет, которые находились на лечении в пульмонологическом отделении КУОЗ «Областной детской клинической больницы» г. Харькова. Первую группу пациентов составили 38 детей с острым бронхитом (с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом в анамнезе), средним возрастом  $6,6 \pm 2,3$  года, из них — 21 ( $55 \pm 8$  %) мальчик и 17 ( $44,7 \pm 8,1$  %) девочек. Во вторую группу сравнения — 33 ребенка с острой пневмонией, из которых — 19 ( $54,3 \pm 8,4$  %) мальчиков и 16 ( $45,7 \pm 8,4$  %) девочек, средним возрастом  $8,0 \pm 2,3$  лет, в третью группу сравнения вошли 15 детей с хроническими заболеваниями легких (с выраженными пневмофибротическими изменениями, выявленными при проведении высокорезонансной компьютерной томографии органов грудной полости); средним возрастом  $7,8 \pm 3,4$  года, из них — 6 ( $40 \pm 13,1$  %) мальчиков и 9 ( $60 \pm 13,1$  %) девочек. В группу контроля вошли 18 здоровых детей без бронхолегочной патологии, средним возрастом  $7,0 \pm 1,8$  года, из них — 8 ( $44,4 \pm 12,05$  %) мальчиков и 10 ( $55,6 \pm 12,05$  %) девочек.

Диагноз устанавливался согласно международным рекомендациям и действующему украинскому протоколу диагностики и лечения пульмонологических заболеваний у детей. Обследование включало изучение анамнестических, клинических и лабораторных данных. Для индуцирования мокроты проводились ингаляции гипертоническим раствором с помощью ультразвукового небулайзера. Учитывая распространенность гиперреактивности дыхательных путей даже среди здорового населения, в нашем исследовании мы использовали 2,7 % раствор натрия хлорида. Именно эта концентрация вызывает минимальные клинические проявления после ингаляции и не приводит к развитию бронхоспазма. Определение уровней интерлейкинов (ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10) в мокроте проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью стандартного набора реагентов «ИЛ-4-ИФА-БЕСТ»; «ИЛ-6-ИФА-БЕСТ»; «ИЛ-8-ИФА-БЕСТ»; «ИЛ-10-ИФА-БЕСТ» (Россия). Для характеристики иммунного статуса детей проводилось иммунологическое исследование крови, которое включало определение иммуноглобулинов (Ig) классов А, М, G в сыворотке крови методом радиаль-