

На правах рукописи

**МАЛЯМОВА
Любовь Николаевна**

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ
ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ
ЛОКАЛИЗАЦИИ И ОБОСНОВАНИЕ ИХ ЭТАПНОГО
ЛЕЧЕНИЯ**

14.00.09 – Педиатрия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Екатеринбург - 2007

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор **ЧЕРЕДНИЧЕНКО Александра Марковна**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **ЩЕРБАКОВ Петр Леонидович**
Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук

доктор медицинских наук, профессор **САННИКОВА Наталья Евгеньевна**
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

доктор медицинских наук, профессор **ДУЛЬКИН Леонид Александрович**
ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Ведущая организация: Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

Защита состоится «___» _____ 2007 года в _____ часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.02 созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, Зал заседаний Ученого совета.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава, по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Ключевская, 17, а с авторефератом – на сайте ВАКа.

Автореферат разослан “___” _____ 2007 г.

Ученый секретарь совета по защите докторских диссертаций,
доктор медицинских наук, профессор

РОЖДЕСТВЕНСКАЯ Е.Д.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Болезни органов пищеварения в структуре общей заболеваемости детей занимают первое место, и общая тенденция к их росту продолжает сохраняться (129,9‰ в 1999г. и 155,3‰ в 2003 г. у детей до 14 лет и 130,1‰ против 161,5‰ соответственно у детей от 15 до 18 лет) (Волков А.И., Усанова Е.П., 2002, Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2003).

Медико-социальное значение указанной патологии определяется не только значительным распространением в наиболее ответственные периоды роста и развития ребенка, но и хроническим рецидивирующим течением, снижающим качество жизни, формированием осложненных форм заболеваний, в ряде случаев приводящих к инвалидизации (Римарчук Г.В., Урсова Н.И., Щеплягина Л.А., 2003).

В структуре хронических заболеваний органов пищеварения преобладают заболевания гастродуоденальной локализации, выявляемость которых увеличилась за последние 5 лет на 48,2% и составляет, по данным 2002-2005гг., 8,5‰ и 12,6‰ соответственно.

К числу неблагоприятных факторов, определяющих рост первичной заболеваемости органов пищеварения, в частности, гастродуоденальной зоны, относятся не только социальное неблагополучие населения во многих территориях России (дефицит питания; низкий уровень санитарной культуры; школьный алкоголизм и курение; отсутствие мотивации к здоровому образу жизни и в связи с этим «омоложение» многих заболеваний, в частности, язвенной болезни, отсутствие социальных условий в семье, обеспечивающих здоровье ребенка и др.), но и медицинские факторы (Баранов А.А., 2003). Среди последних заслуживают внимания отсутствие количественных критериев оценки состояния здоровья детей, недоучет значимости в развитии болезни неблагоприятного преморбидного фона и факторов риска, превышающих пороговые значения, вследствие чего более 70% хронических заболеваний у лиц молодого возраста приходится на пре- и пубертатные периоды жизни; утрата в последнее десятилетие профилактической направленности деятельности врача-педиатра и ориентация на диагностику и терапию тех или иных болезней и др.

Наряду с увеличением распространенности хронической гастроэнтерологической патологии, обращает на себя внимание недостаточный объем, а в ряде территорий – отсутствие оказываемой больным указанного профиля специализированной помощи, нередко низкое качество ее, а также отсутствие преемственности в наблюдении за больными на этапах специализированной помощи и амбулаторно-поликлинической службы, что влечет за собой увеличение числа рецидивов заболеваний (Ваганов Н.Н., 2003).

В настоящее время, согласно многим литературным публикациям, у 70-80% детей обнаруживается хеликобактерассоциированная гастродуоденальная патология. Благодаря признанию этиологической роли инфекции *H. pylori* и применению схем антихеликобактерной терапии, хронический гастрит

(гастродуоденит) стал считаться обратимым заболеванием. Однако только в единичных научных исследованиях освещаются вопросы постэрадикационного периода течения гастродуоденальной патологии у детей (Ливзан М.А., Предвечная Н.К., 2004; Мозговой С.И., Кононов А.В., 2004).

Практически отсутствуют данные, касающиеся проспективного наблюдения за больными с заболеваниями гастродуоденальной локализации на амбулаторно-поликлиническом этапе и оценка его качества. Отсутствие решения многих из перечисленных вопросов определяет актуальность проводимого исследования.

Цель работы

Разработать системный подход к наблюдению за детьми с хроническими заболеваниями гастродуоденальной локализации, включая лечение в специализированном стационаре и на амбулаторно-поликлиническом этапе. Создать и внедрить модель организации детской гастроэнтерологической службы в крупном промышленном городе.

Задачи исследования

1. Провести анализ распространенности хронических заболеваний органов пищеварения у детей и определить частоту выявляемости хронических заболеваний гастродуоденальной локализации по данным обращаемости.
2. Изучить особенности преморбидного фона и наиболее часто встречающиеся предикторы (факторы риска), их значимость в развитии хронического гастродуоденита и язвенной болезни.
3. Выявить наиболее часто встречающиеся клинические симптомы указанных заболеваний и показать характер морфологических изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при обследовании больных в специализированном отделении.
4. Провести проспективное обследование больных в постэрадикационном периоде течения хронического гастродуоденита и язвенной болезни.
5. Оценить динамику клинических показателей и морфологических изменений слизистой оболочки желудка у детей с хеликобактерассоциированным хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью на фоне успешной и безуспешной эрадикации инфекции.
6. Провести анализ структуры заболеваний органов пищеварения у детей неклинической (дошкольно-образовательное учреждение) и амбулаторной (социально-реабилитационный центр для детей, оставшихся без попечения родителей) групп.
7. Выявить предикторы формирования хронических заболеваний органов пищеварения, их сходство и различия с клиническими группами больных хроническими заболеваниями гастродуоденальной локализации.

8. Предложить территориальную модель организации медицинской помощи детям с хроническими заболеваниями гастродуоденальной локализации.
9. Обосновать необходимость преемственности специализированной и амбулаторно-поликлинической помощи указанному контингенту больных.

Научная новизна

Впервые представлен системный подход к выявлению предикторов хронических заболеваний органов пищеварения путем анализа заболеваемости у детей неклинической (дошкольное образовательное учреждение), амбулаторной (социально-реабилитационный центр для детей, оставшихся без попечения родителей) и клинической (дети, госпитализированные в специализированное отделение) групп.

Впервые количественно выражена доля вклада различных преморбидных факторов в развитие хронического гастродуоденита с эрозиями и без таковых, а также язвенной болезни. Получены данные, свидетельствующие о достоверно более отягощенном преморбидном фоне у детей с хроническим гастродуоденитом с эрозиями в отличие от хронического гастродуоденита без эрозий и относительно благоприятном анамнезе по большинству факторов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Установлено, что наличие в анамнезе указаний на отягощенную наследственность, воспитание по типу «повышенной моральной ответственности», обучение в специализированной школе, прием антибиотиков в периоде новорожденности и перенесенные кишечные инфекции в 2 и более раз увеличивают риск развития хронического гастродуоденита без эрозий. Такие факторы, как неблагоприятное течение родов, перинатальные повреждения нервной системы, функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта в раннем возрасте, позднее прикладывание к груди и ранний перевод на искусственное вскармливание, повторные ОРВИ, частый прием жаропонижающих и антибактериальных средств, в 2 и более раз увеличивают риск развития хронического гастродуоденита с эрозиями. Риск развития язвенной болезни в 2 раза увеличивается при наличии отягощенного акушерского анамнеза, патологии во время беременности и в 4 раза у подростков мужского пола.

Установлено, что заболеваемость детей неклинической и амбулаторной групп по числу и составу преморбидных факторов существенно не отличается от аналогичных показателей у детей клинической группы. Последнее диктует необходимость относить их к группе риска по формированию хронических заболеваний гастродуоденальной локализации и проводить превентивные мероприятия.

Впервые дана комплексная оценка эндоскопической, гистологической картины и функциональной активности желудка при различных морфологических формах хронического гастродуоденита и язвенной болезни. Проведены сопоставления выраженности эндоскопической и гистологической картины, а также функциональной активности желудка в зависимости от клинического диагноза. Показано, что выраженность гистологических

изменений слизистой оболочки антрального отдела желудка наибольшая у больных язвенной болезнью. Найдена корреляционная связь между степенью воспаления, активностью воспалительного процесса и колонизацией *H. pylori*. Отмечены особенности функциональной активности различных отделов желудка. Установлено, что у большинства обследуемых детей (более 70%) определяется умеренно повышенная, нормальная и даже пониженная кислотность желудочного сока. Последнее требует дифференцированного подхода к назначению противокислотных препаратов.

Представлены клиничко-морфологические варианты течения хронического гастродуоденита и язвенной болезни при амбулаторно-поликлиническом наблюдении за больными через 6-8 недель и в постэрадикационном периоде через 9-12 мес. после лечения в специализированном отделении. Показаны особенности постэрадикационного периода, заключающиеся в персистирующем течении хронического гастродуоденита, в ряде наблюдений с колонизацией антрального отдела желудка *H. pylori*. Отмечена сохранность воспалительной инфильтрации и атрофии железистого эпителия слизистой оболочки антрального отдела желудка при гетерогенности постэрадикационного периода у детей с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью, заключающаяся в успешной эрадикации *H. pylori* (64,1%) через 6-8 недель и сохраняющемся бактерионосительстве через 9-12 мес (24,3%).

Показана организационная структура детской гастроэнтерологической службы, обеспечивающая преемственность в наблюдении за детьми с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью на этапах специализированной и амбулаторно-поликлинической помощи больным.

Практическая значимость

По результатам проведенных исследований установлено, что сбор статистической информации по существующим официальным статистическим формам приводит к потери данных по такой серьезной патологии, как хронический гастрит (гастродуоденит) с эрозиями. Ее либо вносят в графу «хронический гастрит, дуоденит», что не соответствует кодам МКБ X, либо вообще игнорируют, поскольку в графе за кодом K25, K26 в официальной форме №12 требуется показать конкретно язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки.

Показано увеличение числа больных с гастродуоденальной патологией у детей до 15 лет до 2002 г. и стабилизация показателей, а по язвенной болезни положительная динамика после 2002 г., обусловленная строгим выполнением стандарта диагностики и лечения детей. Представлена отрицательная динамика указанных показателей у подростков: 6,4‰ в 2005 г. против 3,5‰ – в 2002 г. по язвенной болезни и 9,2‰ в 2005 г. против 4,15‰ – в 2002 г. по хроническим гастродуоденитам с эрозиями, что требует изменения медицинского обеспечения, в первую очередь, в плане доступности для детей этой возрастной группы специализированной гастроэнтерологической стационарной помощи.

Материалы исследования явились дополнением к стратегическому проекту «Здоровье маленьких горожан» (2004 г.) в части внедрения методики «оценки риска» здоровью детского населения: создание кабинетов врачебного контроля в детско-юношеских спортивных школах, где они отсутствуют; дотации на горячее питание школьников и внедрение образовательных программ по формированию навыков здорового питания; внедрение современных диагностических и лечебных технологий в специализированном отделении ДГКБ №9 за счет укрепления ресурсной базы.

В рамках реализации проекта с целью научно-методического обеспечения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных технологий в ЛПУ города, координации взаимодействия с консультативно-диагностическими, научными центрами и ведомствами, на базе ДГКБ №9 был создан городской научно-методический отдел.

Практическую значимость для педиатров имеют такие организационные мероприятия городского научно-методического отдела по совершенствованию специализированной помощи детям с гастроэнтерологической патологией, как проведение консилиумов по диагностике и лечению тяжелобольных детей; создание выездных консультативных приемов в поликлинические отделения городских детских больниц; организация консультаций педиатра-гастроэнтеролога в городском диагностическом центре, участие в проведении ежегодных научно-практических конференций «Гастродни на Урале»; проведение ежемесячных семинаров с врачами - гастроэнтерологами города и области по актуальным вопросам диагностики, лечения и профилактики болезней органов пищеварения у детей; организация дневного стационара для оказания помощи детям с заболеваниями органов пищеварения на 20 коек при ГДБ №11; создание алгоритма обследования детей с заболеваниями гастродуоденальной локализации; публикации на страницах городских и областных газет, посвященные вопросам организации рационального питания в школах, в семьях, где воспитываются дети с заболеваниями органов пищеварения.

Научно-исследовательская работа по совершенствованию специализированной помощи детям с хроническими заболеваниями гастродуоденальной локализации позволила улучшить диагностическую базу в ЛПУ города, представленную эндоскопическим исследованием верхних отделов желудочно-кишечного тракта с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка, гистологическим и гистобактериоскопическим исследованием биопсийного материала. Внедрено проведение дыхательного теста (7 приборов), интрагастральной импедансометрии (4 аппарата), суточной рН-метрии на аппарате «Гастроскан» (2 аппарата), гастропанели (городской диагностический центр).

Организовано централизованное обеспечение путевками детей для проведения санаторно-курортного лечения как в местных, так и в республиканских здравницах.

Практическую значимость имеет проект «День главного специалиста» для врачей ЛПУ города, обучающий семинар «Организация питания детей раннего,

дошкольного и школьного возрастов» для медицинских сестер педиатрических участков, кабинетов здорового ребенка, детских дошкольных учреждений и школ, диетсестер стационаров детских больниц; « Школы здоровья» для родителей в поликлинических отделениях детских больниц, городском диагностическом центре, городском центре медицинской профилактики.

Апробация материалов диссертации

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на ежегодно проводимых конгрессах детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей» (Санкт-Петербург, 2002; Москва, 2003, 2004, 2005, 2006); Российских гастроэнтерологических неделях (Москва, 1996, 1997, 2001, 2002), на совещаниях главных внештатных специалистов (Москва, 2004, 2005, 2006); на ежегодных научно-практических конференциях НИИ детской гастроэнтерологии МЗ РФ (Нижний Новгород, 1998, 2006), на окружных совещаниях организаторов педиатрической службы Ханты-Мансийского автономного округа (Нижневартовск, 2005; Ханты-Мансийск, 2006; Сургут, 2007), Республиканской конференции «Организация гастроэнтерологической помощи детям» (Ижевск, 2007), на годичных научно-практических конференциях «Гастродни на Урале» (Екатеринбург, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007), Международной научно-практической конференции «10-летие социальной работы в России (Екатеринбург, 2002), IV международном симпозиуме «Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с инфекцией *Helicobacter pylori*» (Екатеринбург, 2003), Первой региональной Уральской научно-практической конференции «Региональная политика в области здорового питания и применения микронутриентов в формировании здоровья населения» (Екатеринбург, 2003), Городской научно-практической конференции учителей начальных классов «Четырехлетнее начальное образование: успехи, проблемы, перспективы (Екатеринбург, 2004), Областной научно-практической конференции Правительства Свердловской области «Первый этап реализации Концепции «Сбережение населения Свердловской области на период до 2015 г. Итоги, Проблемы. Перспективы». (Каменск-Уральский, 2005), на ежегодных выставках медицинских услуг «Екатеринбург медицинский», 2003, 2005, 2006г.

По материалам диссертации опубликовано 58 печатных работ, из них 6 в рецензируемых научных журналах.

Внедрение результатов исследования

Результаты проводимых исследований внедрены во все детские лечебные учреждения города и области в виде справочно-методических материалов и руководств для врачей в разделах, касающихся диагностики, лечения и реабилитации детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения: «Панкреатит», Екатеринбург, 2000; « Вскармливание и питание здоровых и больных детей», Екатеринбург, 1996; « Лечение и реабилитация детей с различными заболеваниями», Екатеринбург, 1998; « Скрининг-диагностика

заболеваний органов пищеварения», Москва, Екатеринбург, Н. Новгород, 1999; «Клиническое обследование здоровых и больных детей», Екатеринбург, 2001, 2003, 2004, 2005, 2006; « Подростковая медицина», Екатеринбург 2006; « Метод профилактических и оздоровительных мероприятий в условиях социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних», Екатеринбург, 2003; «Метод профилактических и оздоровительных мероприятий в условиях дошкольных учреждений», Екатеринбург, 2004.

Основные положения диссертационной работы внедрены в лечебно-диагностический процесс специализированных отделений детской городской клинической больницы №9, №11, Областной клинической больницы №1, детского санатория «Малышок» для детей дошкольного возраста, областной водолечебницы «Маян», детского сада №547 (« Детский сад будущего»), в социально-реабилитационном центре для детей, оставшихся без попечения родителей «Каравелла».

Результаты проводимых исследований внедрены в учебный процесс при чтении лекций и проведении практических занятий с врачами-интернами, ординаторами, слушателями факультета повышения квалификации при кафедре педиатрии и подростковой медицины ФПК и ППС УГМА, при обучении врачей-педиатров на рабочих местах и выездных консультациях главного внештатного гастроэнтеролога.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Для хронических заболеваний гастродуоденальной локализации характерным является наличие многочисленных факторов риска во все периоды детства, которые представляется возможным выявить при проведении аналитических эпидемиологических исследований.
2. Хронический гастрит у детей в большинстве наблюдений протекает как антральный гастрит с поражением слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, что делает правомочным диагноз хронического гастродуоденита.
3. Большая частота (56,8%) хронических эрозивных гастродуоденитов требует дополнения в формы статистической отчетности о распространенности хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки в виде выделения эрозивных форм этих заболеваний.
4. Хронический гастродуоденит без эрозий и с эрозиями, язвенная болезнь характеризуются наличием хеликобактериоза, что приводит к раннему возникновению атрофических изменений слизистой оболочки различной степени выраженности – от легкой (I ст.) до выраженной (III ст.) по данным гистологических и морфометрических исследований.
5. Обследование и лечение детей с хронической гастродуоденальной патологией должно обязательно включать пребывание в специализированном отделении, имеющем соответствующий лечебно-диагностический уровень и экономические ресурсы.

6. Хронический гастродуоденит и язвенная болезнь со свойственной им лимфоцитарно-плазмоцитарно-гистиоцитарной инфильтрацией слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки представляют непрерывно текущее иммунное воспаление, что требует пересмотра сложившихся стереотипов диспансерного наблюдения за этими больными и повышения экономических стимулов проведения профилактической работы участкового врача-педиатра.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 257 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, и 6 глав собственных исследований, обсуждения результатов работы, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Текст иллюстрирован 51 таблицей, 43 рисунками. Список литературы включает 403 отечественных и 114 иностранных источников.

Материалы и методы исследования

Для исследования были взяты три группы детей в возрасте от 2 до 16 лет. Первую, клиническую составили больные хроническим гастритом (гастродуоденитом) неэрозивным (84 ребенка) и с эрозиями (106 детей), а также язвенной болезнью (51 ребенок). Для диагностики хронического гастрита использовали Сиднейскую классификацию, адаптированную к педиатрической практике. Обследование больных проводили в периоде обострения болезни (241 больной), в постэрадикационном периоде через 6-8 недель (227 детей) и через 9-12 мес (70 больных).

Вторую, неклиническую группу составили дети дошкольного учреждения №547 Кировского района Екатеринбурга - осмотрено 530 детей.

Третья, амбулаторная группа была обследована в социально-реабилитационном центре для детей, оставшихся без попечения родителей «Каравелла», осмотрено 230 детей в возрасте от 6 до 16 лет.

Работу проводили в несколько этапов (рис. 1).



Рис 1. Этапы и методы исследования

На первом этапе в качестве предмета исследования были определены: эпидемиологическая ситуация по состоянию здоровья детей Екатеринбурга и Свердловской области; динамика распространенности и заболеваемости органов пищеварения у детей различного возраста. Применяли системный подход, предусматривающий изучение различных аспектов проблемы, интеграцию методов эпидемиологического анализа, социально-гигиенического, социологического, организационного, статистического аспекта, экспертных оценок и др.

Анализ состояния здоровья детей, заболеваемости и распространенности заболеваний органов пищеварения у детей по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения города проводили методом популяционного среза по данным Государственной статистической отчетности (форма №12, 14); по материалам сводных данных «Основные показатели здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений Екатеринбурга», ежегодно публикуемых Управлением здравоохранения администрации г. Екатеринбурга; по материалам сводных данных «Основные итоги деятельности органов и учреждений здравоохранения Свердловской области», ежегодно публикуемых Министерством здравоохранения Свердловской области; по годовым отчетам специализированных гастроэнтерологических отделений детских больниц города (ДБ №8, ДБ №11, ДГКБ №9, IV, V аккредитационного уровня за 2002-2006гг.); годовым отчетам специалистов - районных и городских детских гастроэнтерологов (2002-2006 гг.); годовым отчетам районных соматических стационаров (круглосуточного пребывания и дневных) III аккредитационного уровня (2002-2006 гг.); итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г., а также по материалам экспертных оценок, проводимых автором: анализ амбулаторных карт детей первого года жизни с целью выявления факторов риска и формирования групп риска на участках (150 карт ДБ №5, 2002 г.), анализ диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями гастродуоденальной области (2003 г. все районы города – 350 карт), анализ объема и полноты проведения восстановительного лечения у больных с заболеваниями органов пищеварения (все районы города, 2004 г.)

При выборе источников информации было установлено, что существующие формы государственной отчетности не дают возможности проводить на должном уровне анализ состояния детей по заболеваниям органов пищеварения. Оценку распространенности заболеваний пищеварительной системы у детей проводили по разработанным нами оптимизированным формам статистической отчетности, включающим дополнительные сведения о количестве больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных и оперированных формах.

Была внесена дополнительная информация о распространенности гастритов (гастродуоденитов) с эрозиями, а также регистрировали данные о количестве детей-инвалидов по этим заболеваниям, госпитализированных и находящихся на диспансерном учете.

Наряду с этим были созданы базы данных (регистры) по наиболее тяжелым заболеваниям пищеварительной системы, сформированные на основе

разработанных нами карт, в первую очередь по язвенной болезни, позволяющие оценивать выполнение стандарта диспансерного наблюдения за детьми с данной патологией.

Клинико-эпидемиологическое обследование детского населения проводили с помощью унифицированных критериев диагностики, предложенных Нижегородским НИИ детской гастроэнтерологии МЗ РФ и предусматривающих: анкетирование и интервьюирование, определение лиц с повышенным риском заболевания, осмотр детей специалистами и педиатром-гастроэнтерологом (исполнителем диссертационной работы), лабораторное и инструментальное обследование, проводимое в ряде случаев в специализированных гастроэнтерологических отделениях. В работе была использована разработанная нами «Карта изучения состояния здоровья ребенка», в которую, наряду с паспортной частью, были включены данные генеалогического и биологического анамнезов, вопросы социально-гигиенического характера, сведения о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, результаты объективного обследования детей, предварительный диагноз (всего 21 вопрос). Скрининг-анкета заполнялась родителями или врачом с дополнительной выкопировкой данных из индивидуальных карт развития ребенка (учетная форма 112). Работу заканчивали выявлением наиболее значимых факторов, участвующих в формировании заболеваний органов пищеварения, составлением индивидуального паспорта здоровья, реабилитационной карты для воспитателя и разработкой методов воздействия на управляемые и частично управляемые факторы.

Клиническое обследование больных, поступивших в стационар, начинали с детализации жалоб и данных анамнеза. При сборе анамнеза учитывали данные истории развития ребенка (учетная форма 112) и сведения, полученные при интервьюировании родителей.

Разработанная карта на больного с гастроэнтерологической патологией содержала всего около 500 вопросов, 156 из которых относились к анамнестическим данным. Последние включали сведения половозрастного характера, социально-экономические, экологические факторы, данные наследственности, течения беременности, родов и периода новорожденности. Оценивалось наличие заболеваний на первом году жизни и в другие возрастные периоды, особенности питания в течение жизни, а также информация о развитии настоящего заболевания, ранее проводимом лечении и его эффективности. Влияние экзогенных и эндогенных факторов риска на формирование различных заболеваний гастродуоденальной области оценивали путем вычисления относительного риска как наиболее приспособленного к возможностям эпидемиологических исследований [141]. Относительный риск, по определению И.А. Кельмансона (2002), является мерой ассоциации между воздействием и эффектом. Он говорит о том, во сколько раз вероятность возникновения заболевания среди лиц, подвергшихся изучаемому воздействию, выше, чем у лиц, не подвергшихся этому воздействию. Поскольку в нашей работе субъекты подбирались в зависимости от наличия или отсутствия того или иного

заболевания, относительный риск вычислялся как отношение шансов (odds ratio, OR) следующим образом:

$$OR = [a/c]/[b/d] = ad/bc,$$

где: a – число наблюдений, подвергшихся действию изучаемого фактора и имеющих заболевание; b – число наблюдений, подвергшихся воздействию и не имеющих заболевание; c – число наблюдений, не подвергшихся воздействию и имеющих заболевание; d – число наблюдений, не подвергшихся воздействию и не имеющих заболевание.

Для анализа жалоб больных – болевой абдоминальной симптоматики и диспепсических расстройств - было использовано понятие степени или величины различий распределений ($D(X_i)$), которое показывает разность между долями наблюдений, в которых есть или отсутствует изучаемый эффект. Метод дивергенции (расхождения) распределений, предложенный Е.В. Гублером (1978), в наших исследованиях определял диагностическую информативность того или иного симптома для различных заболеваний гастродуоденальной области.

При объективном осмотре оценивали общий статус детей, состояние кожи, костно-мышечной, сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы, наличие патологических симптомов, характерных для заболеваний гастродуоденальной локализации и других органов пищеварительной системы.

Общеклиническое лабораторное обследование больных проводили согласно требованиям медико-экономического стандарта. Наряду с этим в работе были использованы специальные методы исследования морфофункционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки.

Изучение кислотообразующей функции фундального отдела желудка, ощелачивающей функции и кислотности антрального отдела, характера структурно-морфологических и микроциркуляторных изменений слизистой оболочки желудка проводили с помощью двухчастотной интрагастральной импедансометрии на реогастрографе РГГ9-01 (разработан Санкт-Петербургским заводом «Радиоприбор», регистрационное удостоверение №29/0209109/0184-00 в Государственном реестре медицинских изделий, лицензия №03.В0492).

Анализ показателей кислотообразования в фундальном отделе проводили по максимальному значению базальной секреции: значения кислотности ниже 23 ммоль/л экв HCL оценивали как пониженную кислотность, значения от 23 до 32 ммоль/л экв HCL – как нормальную, значения 33-45 ммоль/л экв HCL – как умеренно повышенную кислотность, значения 46-55 ммоль/л экв HCL – как значительно повышенную и значения выше 55 ммоль/л экв HCL - как очень высокую кислотообразующую функцию фундального отдела желудка.

Изменения показателей кислотности в антральном отделе желудка оценивали по пику зональной кислотности: при значениях кислотности 17-35 ммоль/л экв HCL судили об умеренном повышении, значения выше 35 ммоль/л экв HCL расценивали как значительно повышенные.

Всем детям выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) аппаратом Olympus (GIF-P-10). Во время проведения ЭГДС детям проводили прицельную биопсию из антрального отдела желудка, у части детей – из фундального отдела и двенадцатиперстной кишки. Биоптаты фиксировали в 10% нейтральном формалине, обезвоживали (проводили по спиртам), заливали в парафин. Срезы толщиной 3-4 мк окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону, Гимза, гистохимически выявляли нейтральные мукополисахариды с помощью постановки ШИК-реакции. Морфологические исследования осуществлялись в Центральной научно-исследовательской лаборатории Уральской государственной медицинской академии, старшим научным сотрудником, заведующей отделом морфологии, к.м.н. С.Ю. Медведевой. Оценивали степень воспаления, активность процесса, наличие атрофии и метаплазии, степень колонизации *H. pylori*. Эти параметры фиксировали по 4-бальной шкале: отсутствие признака (0), его легкая (I), умеренная (II) и выраженная (III) степени.

Наряду с гистологическим, проводили морфометрическое исследование срезов слизистой оболочки желудка: количественное определение состояния СОЖ методом «точечного счета» с помощью окулярной стереометрической сетки по Г.Г. Автандилову (34 исследования). Измерение осуществляли при 10 случайных наложениях сетки, имеющей 100 тестовых точек, на правильно ориентированный срез слизистой оболочки. По числу точек, совпавших с тест-точками просветов и эпителия желез собственной пластинки, а также лимфоидных и плазматических клеток инфильтрата, отнесенных к 1000, судили об объемных полях изучаемых морфологических структур. Определяли плотность инфильтрата и характер инфильтрации по процентному содержанию эпителиальных клеток, межэпителиальных лимфоцитов, нейтрофилов, эозинофилов.

Наличие *H. pylori* определяли гистологическим исследованием биоптата слизистой оболочки («золотой стандарт»).

С 2001 г. в специализированном гастроэнтерологическом отделении ДБ №11 применяли дыхательный Хелик-тест, (Корниенко Е.А., Милейко В.Е., С-П.), основанный на оценке уреазной активности в желудке по изменению концентрации аммиака в выдыхаемом воздухе после приема больным порции карбамида нормального изотопного состава. Морфологические исследования (эндоскопические, гистологические, морфометрические) проводили во время пребывания детей в специализированном стационаре, через 6-8 недель после выписки из стационара и через 9-12 мес на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения.

Всем детям проводилось УЗИ органов брюшной полости.

Вегетативный статус больного оценивали по результатам кардиоинтервалографии (КИГ).

Неспецифическую резистентность изучали по показателям анализа периферической крови. Тип адаптационной реакции оценивали по процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле и по их соотношению с сегментоядерными нейтрофилами. Различали реакцию тренировки (РТ - число

лимфоцитов в пределах нижней половины зоны нормы), реакцию спокойной активации (РСА - число лимфоцитов в пределах верхней половины зоны нормы), реакцию повышенной активации (РПА – число лимфоцитов больше нормы на 50%, по сравнению со средними показателями), реакцию переактивации (РП – число лимфоцитов больше, чем 50% по сравнению со средними показателями), реакцию стресса РС (острого и хронического), при которой число лимфоцитов меньше нормы, а количество нейтрофилов больше нормы. Показатели нормативных значений гемограммы в зависимости от возраста взяты из справочника Ю.П. Ипатова и И.А. Переслегиной «Функциональные и лабораторные показатели здоровых детей, используемые в диагностике заболеваний органов пищеварения».

Объем проведенных исследований представлен в табл. 1.

Таблица 1

Объем проведенных исследований у наблюдаемых детей

| Вид исследования | Число исследований | | | Всего |
|--|----------------------|------------------|----------------|-------|
| | В периоде обострения | Через 6-8 недель | Через 9-12 мес | |
| ЭГДС | 241 | 227 | 70 | 538 |
| Биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка | 241 | 218 | 70 | 529 |
| Биопсия слизистой оболочки фундального отдела желудка | 42 | 14 | - | 56 |
| Биопсия двенадцатиперстной кишки | 38 | 7 | - | 45 |
| Гистологические исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки | 321 | 239 | 70 | 630 |
| Гистобактериоскопический метод определения <i>H. pylori</i> | 321 | 239 | 70 | 630 |
| ХЕЛИК-тест, дыхательный | 160 | 125 | 65 | 350 |
| <u>Интрагастральная импедансометрия (РГГ)</u> | 241 | 170 | 59 | 470 |
| УЗИ органов брюшной полости | 241 | 205 | 70 | 516 |
| КИГ | 231 | - | 70 | 301 |
| Анализ периферической крови, (оценка типа адаптационной реакции) | 231 | - | - | 231 |

По показаниям дети осматривались ЛОР – врачом, стоматологом, невропатологом, кардиологом, психологом и др. специалистами.

Для анализа полученных данных были использованы следующие статистические методы:

1. Для описания данных были вычислены выборочные средние значения, выборочные стандартные отклонения, стандартные ошибки средних.
2. Для оценки статистической значимости различий двух выборок использовались параметрические (t– критерий Стьюдента) и непараметрические (Chi – квадрат, точный метод Фишера) критерии.

3. Для анализа зависимостей между выборками находились коэффициенты корреляции (r-Пирсона) и коэффициенты ранговой корреляции (r-Спирмена).
4. Для выявления достоверности различий в группах «до» и «после лечения» проводили непараметрический тест Мак-Немара (McNemar) качественных (ранговых, категориальных) данных, связанных попарно (разновидность Хи-квадрат для связанных параметров).

На третьем этапе исследования осуществляли следующие мероприятия: обоснование усовершенствованной модели организации педиатрической гастроэнтерологической службы, разработка нормативных документов и алгоритмов наблюдения за больными с заболеваниями гастродуоденальной зоны, апробация новых форм внутри- и межведомственного взаимодействия в организации первичной и вторичной профилактики заболеваний органов пищеварения, в обеспечении доступной качественной медицинской помощи больным гастроэнтерологического профиля на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах. При реализации данной задачи использовались результаты первого и второго этапов исследования.

Таким образом, многоаспектность поставленных задач, большой объем методов обследования, полнота полученной информации по разным направлениям исследования позволяют считать, что представленные результаты смогут обеспечить возможность научно обоснованной организационной основы модели гастроэнтерологической помощи детям.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ

Хронические заболевания органов пищеварения у детей не имеют тенденции к уменьшению их распространенности. Напротив, в научных публикациях последних лет, по данным официальной статистики и углубленных медицинских осмотров, наблюдается высокий темп роста болезней органов пищеварения, и за 5 лет он составил 65%. В структуре этих заболеваний хроническая гастродуоденальная патология имеет стабильно высокий уровень и колеблется в пределах от 152,5 до 235‰.

Вызывает озабоченность поздняя диагностика и рецидивирующее течение хронических заболеваний гастродуоденальной локализации с формированием эрозий и язв. Установлено, что от 40 до 60% случаев формирования язвенной болезни приходится на детский возраст, и это указывает на незнание врачами-педиатрами факторов риска и, соответственно, на отсутствие групп риска по возникновению хронических заболеваний гастродуоденальной локализации среди детей, наблюдаемых на врачебном участке. В то же время трудности, возникающие в семье при наличии больного ребенка с названной патологией, и связанная с этим необходимость повторного обследования, включая инвазивные методы, и длительного противорецидивного лечения касаются всей семьи. Достижение терапевтического эффекта возможно только при участии родителей и членов семьи для профилактики рецидивирования *H. pylori*, соблюдении лечебно-охранительного режима, организации диетического питания,

выполнения врачебных рекомендаций. Таким образом, проблема ранней диагностики, лечения и профилактики хронических заболеваний гастродуоденальной локализации имеет медико-социальный характер, вследствие чего решение многих вопросов требует научного обоснования. В связи с актуальностью проблемы была определена цель исследования: разработать системный подход к наблюдению за детьми с хроническими заболеваниями гастродуоденальной локализации, включая специализированную и амбулаторно-поликлиническую помощь, создать модель организации детской гастроэнтерологической службы в крупном промышленном городе.

В соответствии с поставленными задачами был проведен анализ распространенности хронических заболеваний органов пищеварения у детей и установлено ее увеличение за 5 лет на 38,4% (в Российской Федерации – на 19,6%). В 2002 г. под наблюдение педиатров были переданы дети подросткового возраста, от 15 до 18 лет включительно. Анализ распространенности хронических заболеваний органов пищеварения в этой возрастной группе больных за 5 лет также показал ее увеличение на 47,6% (в Российской Федерации – 24,1%). По итогам первой всеобщей диспансеризации детского населения 2002 г., в структуре хронических болезней и стойких отклонений здоровья лидирующее место занял класс 12 МКБ 10 – болезни системы пищеварения: в Свердловской области он составил 19%, в Екатеринбурге – 21%. По результатам исследования, в Екатеринбурге показатель распространенности болезней органов пищеварения достиг 228‰ (против 139,8‰ по обращаемости, зарегистрированной, согласно официальной статистике у детей до 18 лет).

С 2002 г. был проведен анализ специализированной и амбулаторно-поликлинической помощи детям с хроническими заболеваниями органов пищеварения на модели хронических заболеваний гастродуоденальной локализации.

Для исследования были взяты три группы детей. Первую, клиническую группу составили больные хроническим гастритом (гастродуоденитом), неэрозивным (84 ребенка) и эрозивным (106 детей), а также язвенной болезнью (51 ребенок). Обследование больных проводили в периоде обострения болезни (241 ребенок), в постэрадикационном периоде через 6-8 недель (227 детей) и через 9-12 мес. (70 больных). Вторую неклиническую группу составили дети, посещающие дошкольное учреждение (530 детей). Третья, амбулаторная группа была осмотрена в социально-реабилитационном центре для детей, оставшихся без попечения родителей (230 детей).

Результаты проведенного исследования дали возможность не только изучить структуру заболеваний, но и определить удельный вес болезней органов пищеварения по возрастам. Наибольший удельный вес составили дети в возрасте от 10 до 14 (32,5%) и от 14 до 17 лет (37,8%). В то же время формирование хронических заболеваний органов пищеварения наблюдается уже у детей раннего и дошкольного возрастов (у 18,6% данная патология наблюдается у детей до 7 лет).

Следующая задача нашей работы заключалась в изучении преморбидного фона и наиболее часто встречающихся предикторов (факторов риска), их значимости в развитии хронического гастродуоденита и язвенной болезни.

Для решения этой задачи мы проанализировали возрастной и половой состав больных. Оказалось, что больных хроническим гастродуоденитом без эрозий и с эрозиями в возрасте от 11 до 15 лет было госпитализировано в стационар в 2 раза больше, чем детей в возрасте от 7 до 10 лет, а больных язвенной болезнью – в 5 раз больше. В то же время в этих возрастных группах детей мы не заметили существенного преобладания мальчиков. Антенатальный и пренатальный периоды жизни наблюдаемых больных без существенных различий в сопоставляемых группах были отягощены наличием хронических заболеваний у отца и матери, анемией у беременной женщины, отрицательными психоэмоциональными воздействиями во время беременности. Наряду с этим у детей с язвенной болезнью статистически значимо ($p < 0,05$) чаще выявлялся отягощенный акушерский анамнез; у детей с хроническим гастродуоденитом без эрозий и эрозивным – патологическое течение родов ($p < 0,05$), гипоксия в родах ($p < 0,05$); у больных хроническим гастродуоденитом с эрозиями – перинатальное повреждение ЦНС ($p < 0,05$).

Только в отдельных наблюдениях у родителей не выявлялись хронические заболевания органов пищеварения.

Характер вскармливания детей первого года жизни определенным образом влиял на развитие гастродуоденальной патологии. Так, в случаях отлучения ребенка от груди после шестимесячного возраста был самый высокий риск возникновения язвенной болезни ($p < 0,05$, OR-2,5). У детей, получавших грудное молоко матери до 9 мес., риск развития язвенной болезни сохранялся. Искусственное вскармливание с первых месяцев жизни было наиболее весомым для развития хронического гастродуоденита ($p < 0,05$), а вскармливание неадаптированными молочными смесями оказалось наиболее неблагоприятным для развития хронического гастродуоденита с эрозиями (OR-1,8).

Неблагоприятный преморбидный фон увеличивал риск развития хронического эрозивного гастродуоденита в случаях повторных ОРВИ (в 3 и более раз) у детей первого года жизни (OR-2,1), хронического гастрита без эрозий при использовании антибиотикотерапии в периоде новорожденности (OR-1,6), хронического эрозивного гастрита в случаях антибиотикотерапии (3 и более курсов) на первом году жизни (OR-1,6).

Наличие железодефицитной анемии являлось отрицательным преморбидным фактором для развития всех клинических вариантов гастродуоденальной патологии (хронического гастродуоденита без эрозий и с эрозиями). У детей с аллергическим дерматитом, гипотрофией I-II ст. был наиболее высокий риск (OR-1,4 и OR-1,9) развития эрозивного хронического гастрита. Обратил на себя внимание такой преморбидный фактор, как дисбактериоз кишечника: он выявлялся почти у всех детей с гастродуоденитом (84,5% и 85,8% соответственно) и несколько реже (66,7%) у больных язвенной болезнью.

У детей раннего и дошкольного возраста преморбидный фон был иным. Наиболее значимыми для развития хронического гастродуоденита без эрозий оказались кишечные инфекции, острый гастроэнтерит и хроническая ЛОР-патология.

Мы представляем наиболее значимые факторы для возникновения эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Ими являются: частые повторные ОРВИ и заболевания бронхолегочной системы (бронхит, пневмония), хроническая ЛОР-патология и кариес, повторное (3 и более раз) назначение антибиотикотерапии, наличие глистно-паразитарной инвазии в изолированном виде (лямблиоз) либо сочетанные формы (энтеробиоз, аскаридоз, лямблиоз).

Многочисленные литературные публикации свидетельствуют об отрицательной значимости несбалансированного по возрасту питания в развитии хронической гастродуоденальной патологии. В описываемых наблюдениях нарушения пищевого рациона были отмечены не только у детей дошкольного возраста, воспитывающихся в домашних условиях. У школьников преобладало (93%) сухоедение, редкие приемы пищи, так называемое «кафетерийное» питание. Употребление пищи, не соответствующее физиологическим нормам и потребностям, приводило к возникновению периодической абдоминальной боли, но почти у всех больных (86,3%) врачебное наблюдение и соответствующее обследование отсутствовали.

Пристального внимания со стороны врачей-педиатров требует оценка психосоциальных факторов, окружающих ребенка, имеющих непосредственное отношение к возникновению гастродуоденальной патологии.

Как было установлено проводимыми исследованиями, психотравмирующие ситуации отмечались у большинства обследуемых больных (79,7% у больных хроническим гастродуоденитом без эрозий, 80,2% и 74,5% соответственно у детей других сопоставляемых групп). При этом у больных хроническим гастритом без эрозий наиболее весомыми оказались психотравмирующая ситуация в семье, воспитание по типу повышенной моральной ответственности и обучение в специализированных школах. У детей с эрозивным гастродуоденитом почти во всех наблюдениях (80,2%) отмечалась психотравмирующая ситуация в семье, обратили на себя внимание указание родителей на острую психотравму, развод родителей, алкоголизм в семье, длительное время пребывания у телевизора (более 2 ч в день). Наиболее значимым оказался такой негативный фактор, как наказание ребенка (OR-2,4). У больных язвенной болезнью выявлялся тот же набор негативных психосоциальных факторов, что и у детей с хроническим эрозивным гастритом, исключая психотравмирующую ситуацию в семье.

Обобщая особенности преморбидного фона, можно заключить, что первичная профилактика заболеваний гастродуоденальной локализации – это, прежде всего, охрана здоровья плода и новорожденного; профилактика инфекционных и соматических заболеваний; организация питания в семье, дошкольных учреждениях и школах; создание в семье условий, исключающих психоэмоциональный дискомфорт.

Клиническая симптоматика заболеваний гастродуоденальной локализации отличалась полиморфизмом клинических симптомов. В то же время наиболее закономерными были боли в животе натошачевого характера, особенно у больных язвенной болезнью (84,3%), локализующиеся в верхней половине живота, у пупка (от 96,4 до 99,1% у детей с хроническим гастродуоденитом и у 100% больных язвенной болезнью), требующие для купирования либо приема пищи, либо препаратов-спазмолитиков. Разнообразными были и диспепсические расстройства. Большой перечень клинических симптомов, указывающих на наличие желудочно-кишечной диспепсии у обследуемых больных, свидетельствовал о значительной частоте выявляемости (от 30 до 94%) таких признаков, как нарушение аппетита, его снижение либо избирательность; чувство тяжести в эпигастральной области и ощущение раннего насыщения; отрыжка воздухом и изжога; сухость во рту и неприятный запах изо рта; тошнота и рвота съеденной пищей; вздутие и урчание в животе; флатуленция; периодические поносы, запоры, неустойчивый стул.

Данные анализа диспепсических расстройств указывали на сочетанный характер поражения органов пищеварения у наблюдаемых больных.

Наряду с характерной абдоминальной болевой клинической симптоматикой и диспепсическими расстройствами у большинства обследуемых больных выявлялся астеноневротический синдром в виде периодической головной боли (88%), повышенной утомляемости, снижения работоспособности, нарушения сна (89,6%), вестибулярных нарушений (64,7%) – головокружения, непереносимости транспорта, душных помещений и др. Проведением кардиоинтервалографии была установлена вегето-сосудистая дисфункция в виде гиперсимпатикотонического типа реактивности, как у больных язвенной болезнью (70,6%), так и у детей с хроническим гастродуоденитом без эрозий (59%) и с эрозиями (63,1%).

Характер адаптационных реакций организма мы оценивали не только по показаниям кардиоинтервалограммы, но и по некоторым показателям периферической крови, в частности, по процентному содержанию лимфоцитов и их соотношению с сегментоядерными нейтрофилами, выделяя реакцию тренировки; спокойной, повышенной активации и переактивации; реакцию стресса. Оказалось, что у большинства больных хроническим гастродуоденитом без эрозий (73,2%) имела место реакция спокойной, повышенной активации и переактивации. Больные хроническим эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью имели максимальные возможности адаптации в виде реакции тренировки и спокойной активации (51% и 53,2% соответственно) наряду с угрозой дезадаптации в виде повышенной активации и переактивации (41,1% и 38,3% соответственно), редко – реакции стресса (5,9% и 8,5% соответственно).

Таким образом, дети с хроническим гастродуоденитом без эрозий и с эрозиями, язвенной болезнью представляли сложный в клиническом плане контингент больных, требующих пребывания и обследования в специализированном отделении.

Решение следующей задачи – оценка морфофункциональных изменений органов гастродуоденальной зоны - потребовало проведения большого спектра современных информативных диагностических исследований.

При первичном эндоскопическом исследовании почти у всех детей (97,1%) был выявлен антральный гастрит. Редко (10,4%) имел место пангастрит. Очень часто (83,4%) воспалительные изменения распространялись и на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки, что позволяло диагностировать гастродуоденит. Более чем у половины осматриваемых детей (56,8%) выявлялись эрозии слизистой оболочки желудка и (или) двенадцатиперстной кишки.

У больных язвенной болезнью, как правило, язвенный дефект был обнаружен в луковице двенадцатиперстной кишки, в единичных наблюдениях имели место множественные язвы слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

В проводимых исследованиях *H.pylori* был обнаружен у всех больных. Почти во всех наблюдениях (97,9%) имела место II и III степень колонизации микробов. Определялись как вегетативные (92,9%), так и кокковидные (71,4%) формы *H.pylori*, нередко (48,5%) расположенные межклеточно.

Наиболее часто высокая степень колонизации бактериями вегетативной и кокковидной форм отмечалась у больных с эрозивно-язвенным поражением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (71,7% и соответственно 78,4%).

Гистологическая картина биопсийного материала слизистой оболочки антрального отдела желудка была характерной для хеликобактер-ассоциированного гастрита, т.е. наряду с лимфоцитарно-плазмоцитарной инфильтрацией слизистой оболочки, скоплением межэпителиальных лимфоцитов обнаруживалась и нейтрофильная инфильтрация, выраженность которой указывала на активность воспалительного процесса.

Следующим морфологическим признаком хеликобактер-ассоциированного гастрита является атрофия железистого эпителия слизистой оболочки, определяемая как морфологический эквивалент нарушенного клеточного обновления.

У обследуемых больных при хроническом гастрите без эрозий (64,3%) и эрозивно-язвенном поражении слизистой оболочки (70,1% и 68,6% соответственно) преобладали умеренно выраженные (II ст.) атрофические изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка. В то же время у части детей наблюдались и более выраженные (III ст.) симптомы атрофии железистого эпителия слизистой оболочки, чаще у больных хроническим гастритом без эрозий (10,7%) и язвенной болезнью (7,8%), в редких наблюдениях (2,8%) – у детей с хроническим гастритом с эрозиями.

Другим путем развития атрофии является образование на месте специализированных клеток метапластического эпителия. В наших наблюдениях полная тонкокишечная метаплазия отмечалась у больных хроническим гастритом без эрозий (4,8%), несколько чаще у детей с

хроническим гастритом с эрозиями (7,6%). Самое большое число таких наблюдений было среди больных язвенной болезнью (15,7%).

Гистологическим исследованием биопсийного материала слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки удалось показать максимальную степень, наибольшую активность воспалительного процесса, выраженность атрофии слизистой оболочки у больных язвенной болезнью. У этих же больных в биопсийном материале наиболее часто (30%) выявлялась желудочная метаплазия (сравнить 21,4% и 14,3% у больных хроническим гастритом с эрозиями и без эрозий).

Функциональное состояние желудка у наблюдаемых детей мы изучали по данным желудочной импедансометрии. Оказалось, что у большинства больных хроническим гастродуоденитом без эрозий (71,5%) обнаруживалось нормальное или умеренное повышение кислотности желудочного сока, в единичных наблюдениях (9,5%) значительное повышение или очень высокая (3,5%) кислотность желудочного сока. Наряду с этим выявлялись дети (15,5%) с пониженной кислотообразующей активностью желудка. У больных хроническим эрозивным гастритом, более чем у половины больных (58,5%), кислотность желудочного сока в фундальном отделе была нормальной или умеренно повышенной. Почти в 2,5 раза чаще наблюдалось значительное повышение активности кислотообразования и в единичных наблюдениях (3,8%) очень высокая кислотность желудочного сока. Более чем у половины больных язвенной болезнью (53%) кислотность желудочного сока была повышенной, от умеренной до очень высокой. Однако при язвенной болезни имели место нормальные и даже низкие показатели кислотообразования. Очень часто при всех клинических формах гастродуоденальных заболеваний (44% при хроническом гастрите без эрозий, 40% и 53% у больных хроническим эрозивным гастритом и язвенной болезнью соответственно) наблюдалась декомпенсация нейтрализующей функции антрального отдела желудка, что указывало на закисление луковицы двенадцатиперстной кишки.

С учетом результатов обследования больных в специализированном стационаре назначали эрадикационную и симптоматическую терапию.

Эрадикационная терапия (триплекс - терапия) включала коллоидный субцитрат висмута (препарат Де-нол), который, в отличие от антибиотиков, разрушает не только вегетативные, но и кокковидные формы *H.pylori*. Вторым компонентом эрадикационной терапии был амоксициллин (флемоксин солютаб), β -лактамный антибиотик, нарушающий синтез гликопротеидов в стенке бактерий. Флемоксин солютаб применяли из расчета 30 мг/кг в 3 приема в течение 10-14 дней. Препаратом выбора в наших наблюдениях был антибиотик из группы макролидов (ровамицин), который мы применяли наряду с кларитромицином. Ровамицин назначали в дозе 1,5 млн/10 кг в 2 приема в течение 5 дней. Третьим компонентом эрадикационной терапии был метронидазол (трихопол). Мы назначали этот препарат в дозе 20 мг/кг в тех случаях, когда отсутствовали сведения о применении метронидазола (трихопола) в течение 6-12 мес., предшествующих нашему лечению.

Препаратами выбора являлись фуразолидон 8-10 мг/кг в 2 приема либо макмирор (нифурантель) 15 мг/кг в 2 приема в течение 7 дней.

Симптоматическая терапия включала лечебно-охранительный режим; стол 1а либо 1б при наличии эрозий и язвы с переходом через 5-7 дней на стол 5а; препараты - прокинетики (мотилиум 0,25 мг/кг в 3 приема); препараты - энтеросорбенты (СУМС-1, смекта, лактофилтрум); препараты - пробиотики (линекс, энтерол, ацилакт). У больных с клиническими симптомами эндотоксикоза и связанными с этим нарушениями микроциркуляции использовали инфузионную терапию, при этом базисным раствором являлся глюкозо-солевой раствор, назначенный в объеме 20 мл/кг с включением препаратов спазмолитиков (папаверин, но-шпа), 0,25% раствора новокаина (30-50 мл), 2,4% раствора эуфиллина (2-4-6 мл).

Поскольку после выписки из стационара, где в должной мере соблюдались лечебно-охранительный режим, диетическое питание и медикаментозная коррекция, ребенок попадал в домашние условия с обычными для семьи стереотипами питания и поведения, то мы рекомендовали продолжать наблюдение и восстановительную терапию в условиях реабилитационных отделений или дневных стационаров:

1. Лечебно-охранительный режим, предусматривающий длительность сна и отдыха в соответствии с возрастом.
2. Регулярный прием пищи, не реже 4-5 раз в день, с исключением сухоедения, употребления газированных напитков, копченостей, соленостей, маринадов и пряностей.
3. Ежеквартальный прием препаратов-пробиотиков в возрастных дозировках.
4. Прием витаминных комплексов ежеквартально.
5. При появлении диспепсических расстройств (изжога, отрыжка кислым) короткие курсы приема мотилиума в сочетании с препаратами-ферментами в течение 10-14 дней.
6. Осмотр участковым врачом-педиатром – ежеквартально. Больным хроническим гастродуоденитом с эрозиями и язвенной болезнью – осмотр педиатра-гастроэнтеролога через месяц.
7. Санаторно-курортное лечение (кавказские минеральные воды, Озеро Шира, Горячий ключ Краснодарского края, Обухово Свердловской области).

Эффективность проводимых лечебных мероприятий мы оценивали через 6-8 недель после лечения в специализированном отделении и через 9-12 мес. при проспективном наблюдении за больными.

При повторном осмотре через 6-8 недель было установлено улучшение общего состояния и исчезновение субъективной абдоминальной болевой симптоматики у всех больных. Были купированы психоэмоциональные расстройства и симптомы вегето-сосудистой дисфункции, нормализован сон и аппетит. Указанная клиническая картина соответствовала клинической ремиссии хронических заболеваний гастродуоденальной локализации.

При эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта эрозии и язвы не обнаруживались. В то же время очень часто (60,4%) отмечалась гиперемия слизистой оболочки антрального отдела желудка, реже (13,6%) слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки, что указывало на сохранность эндоскопических признаков гастродуоденита.

Гистологические показатели биопсийного материала также указывали на эффективность проводимой терапии: в большинстве наблюдений воспаление слизистой оболочки антрального отдела желудка соответствовало I (58, 8%), реже II (24,3%) ст., при этом оно было неактивным (76,4%) либо I ст. (18,2%), очень редко (5,3%) II ст. активности. Обращал на себя внимание такой гистологический признак, как атрофические изменения железистого эпителия слизистой оболочки, уменьшение количества функциональных желез и замещение их соединительной тканью. В большинстве описываемых наблюдений (89,4%) атрофические изменения I, II, редко III ст. сохранялись наряду с часто выявляемым склерозом базальных отделов и собственной пластинки слизистой оболочки с участками фиброза.

Проводимая нами эрадикационная терапия в большинстве наблюдений (89,4%) оказалась эффективной: колонизация *H. pylori* либо отсутствовала, либо была минимальной. В то же время в ряде наблюдений (10%) колонизация II ст. сохранялась, у одного больного она оказалась III ст.

Положительные изменения касались и структуры слизистой оболочки: почти в 2 раза увеличился процент неизмененного эпителия желез и их просвета, уменьшилось число соединительно-тканых образований, составляющих строму слизистой оболочки.

У больных язвенной болезнью через 6-8 недель после проводимой эрадикационной и симптоматической терапии эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки не обнаружили. В то же время, более чем у половины больных (68%) сохранялись эндоскопические признаки хронического гастрита (в одном наблюдении пангастрита) и (54%) дуоденита. Довольно часто (18%) определялся дуодено-гастральный рефлюкс. При гистологическом исследовании слизистой оболочки антрального отдела желудка нередко воспалительный процесс сохранялся I (50%) либо II (47,9%) ст. выраженности. В большинстве наблюдений (72,4%) он был неактивным либо I ст. активности (22,9%). В единичных наблюдениях (4,2%) активность воспалительного процесса была более выраженной, II ст. (4,2%). Почти во всех наблюдениях (95, 8%) сохранялись различной степени выраженности атрофические изменения слизистой оболочки. Они прослеживались и по результатам морфометрических исследований.

Полученные результаты клинического наблюдения, эндоскопического, гистологического и морфометрического исследования слизистой оболочки антрального отдела желудка у больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью указывала на эффективность проводимой нами эрадикационной терапии. В то же время гистологические признаки гастрита и дуоденита сохранялись.

Следующим этапом нашей работы было изучение клинико-морфологических особенностей хронических гастродуоденальных заболеваний у наших больных при проспективном наблюдении (через 9-12 мес.).

На этом этапе всеми доступными нам средствами (индивидуальные беседы, выдача листовок-памяток, групповые занятия в школах здоровья и в тематических гастрощколах для детей и родителей, тематические циклы обучения врачей) мы проводили работу по организации питания больных детей.

Медикаментозную терапию назначали исходя из данных проспективного наблюдения.

При анализе абдоминальной болевой симптоматики у ранее обследованных больных, отобранных методом случайной выборки (70 детей в возрасте от 11 до 14 лет), оказалось, что более чем половина осмотренных детей (61,3%) периодически предъявляли жалобы на боли в животе. Это были больные язвенной болезнью (33,3%) и хроническим гастродуоденитом с эрозиями (20%), редко (8%) больные хроническим гастродуоденитом без эрозий. Боли в животе были, как правило, маловыраженными и проходили самостоятельно. В то же время именно у ряда больных язвенной болезнью, реже – хроническим гастродуоденитом с эрозиями и без эрозий боли купировались приемом пищи, препаратами антацидами и спазмолитиками. Нередко оставались и диспепсические расстройства в виде отрыжки, изжоги и др., но при сохранности аппетита у большинства осмотренных детей, эти симптомы не привлекали внимания родителей.

Обращало на себя внимание почти без явной положительной динамики наличие признаков вегето-сосудистой дистонии, что требовало медикаментозной коррекции.

При эндоскопическом исследовании оказалось, что язва желудка или двенадцатиперстной кишки, а также эрозии единичные или множественные у повторно обследуемых больных через 9-12 мес. не определялись. В то же время почти у всех больных (88,3%) выявлялись эндоскопические признаки антрального гастрита (66,9%) либо дуоденита (21,4%), в единичных наблюдениях (8,6%) – дуоденогастральный рефлюкс.

При гистологическом исследовании биопсийного материала оказалось, что признаки воспаления I либо II ст. определялись почти у всех больных (88,6%), но оно было неактивным (77,1%). Наряду с этим почти у одной трети детей (22,9%) определялась I или II ст. активности. Только в редких наблюдениях (10%) не определялись гистологические признаки атрофии железистого эпителия. Почти у всех больных (90%) признаки атрофии соответствовали I либо II ст. в сочетании с нарушениями микроциркуляции (40%), склерозом базальных отделов слизистой оболочки (55,7%).

Наряду с успешной эрадикацией *H. pylori* (64,3%) у довольно большого числа детей была I ст. (27,1%) либо II ст. (8,6%) колонизации бактерии. Несмотря на низкую степень колонизации, эти дети представляли определенную опасность для окружающих, являясь источником заражения.

В случаях обнаружения активного воспаления и хеликобактериоза мы назначали повторную эрадикационную квадротерапию и симптоматическую

терапию либо в дневном гастроэнтерологическом стационаре, либо в специализированном отделении. Квадротерапия включала, наряду с ранее описанными схемами триплекс-терапии, ингибиторы протонной помпы (омепразол либо некسيوم) у больных язвенной болезнью, блокаторы H₂-рецепторов (ранитидин и др.) у детей с гастродуоденитом.

Длительность применения квадротерапии составляла 7 дней.

Приводимые данные настораживали в прогностическом плане, поскольку при отсутствии систематического и диспансерного наблюдения за больными возможна реинвазия *H. pylori* и рецидивы хронического гастродуоденита и язвенной болезни.

Исходя из этого, был проведен ряд мероприятий, повышающих качество оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям с хроническими заболеваниями органов пищеварения на примере хронических заболеваний гастродуоденальной локализации.

До 2002 г. структура детской гастроэнтерологической службы в г. Екатеринбурге была представлена тремя специализированными отделениями V и IV лицензионного уровня и консультативными приемами детских гастроэнтерологов в двух лечебных учреждениях. Больные с хроническими заболеваниями органов пищеварения госпитализировались и в соматические отделения детских больниц. Диспансерное наблюдение за больными включало пребывание в санатории «Малышок» и в водолечебнице «Маян».

Несмотря на развитую сеть специализированной и амбулаторной помощи детям с заболеваниями органов пищеварения, уровень распространенности как общей, так и первичной гастроэнтерологической заболеваемости не имел тенденции к снижению.

В 2002 г. была предложена, утверждена и внедрена в ЛПУ города новая форма отчета детских больниц для детей от 0 до 14 лет, позволившая оценить структуру заболеваний по классу «Болезни органов пищеварения» и выявить неблагоприятные факторы, влияющие на формирование данной патологии.

Наряду с этим специализированные отделения были оснащены современными информативными методами диагностики заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в частности, эндоскопическими исследованиями с прицельной биопсией слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка с последующим гистологическим исследованием биопсийного материала и проведением гистобактериоскопического метода Гимзы для идентификации *H. pylori*. С 2004 г. и в настоящее время, наряду с гистобактериоскопическим методом Гимзы, в диагностических целях используется неинвазивный дыхательный хелик-тест в 5 лечебных учреждениях города. Параллельно с расширением показаний для эндоскопических исследований в специализированную службу мы внедрили метод желудочной импедансометрии (реогастрография) и установили ошибочность сложившихся представлений о кислотообразующей активности желудка у больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью. По нашим данным, у этих больных кислотность желудочного сока в фундальном и антральном отделах желудка может быть не только повышенной, но и нормальной, и сниженной. В

настоящее время метод желудочной импедансометрии внедрен в 3 лечебных учреждениях города.

Проводимые исследования были учтены при разработке приказа №615 от 29 августа 2006 г. «О мерах по совершенствованию организации гастроэнтерологической помощи детскому населению Российской Федерации». Был разработан и внедрен в практику врача-педиатра алгоритм диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной локализации.

В настоящее время модель детской гастроэнтерологической службы представлена следующими структурами: диагностический центр – прием педиатра-гастроэнтеролога; районные ЛПУ города – амбулаторный прием районных педиатров-гастроэнтерологов (7 врачей); дневной гастроэнтерологический стационар ДГБ №11 (20 коек). Все эти службы имеют непосредственную связь с консультативно-диагностической поликлиникой ГДКБ №9 (4 педиатра-гастроэнтеролога, плановое посещение 12 тыс.). Стационарная специализированная помощь оказывается в ГДКБ №9 – гастроэнтерологическое отделение (45 коек) (рис. 2).

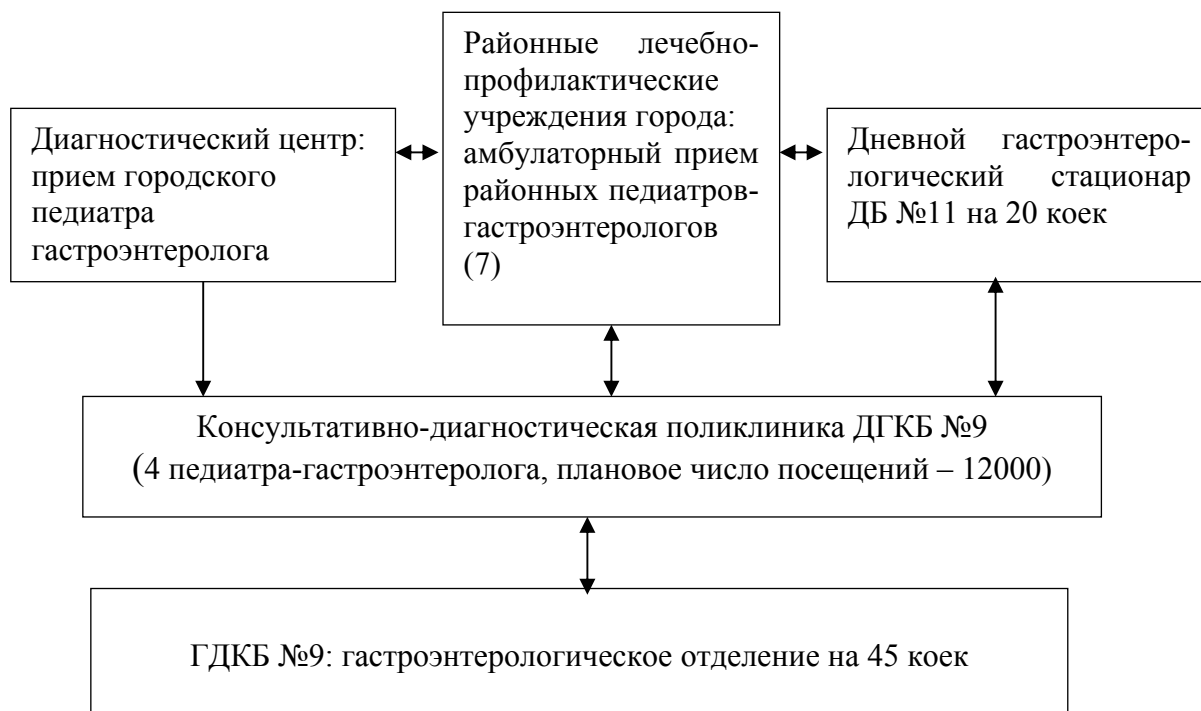


Рис. 2. Структура детской гастроэнтерологической службы Екатеринбурга (2005 г.)

Одной из задач проводимой работы была организация первичной профилактики хронических заболеваний органов пищеварения. Наиболее рациональным методом этой работы является как можно более раннее выявление факторов риска этой патологии.

Объем выполненных организационных мероприятий включал углубленный анализ состояния здоровья детей городского муниципального дошкольного образовательного учреждения. Были осмотрены 530 детей в возрасте от 1,5 до 7 лет. Анамнестические данные анализировали по специально

разработанной нами анкете, истории развития ребенка (форма 112) и по результатам личной беседы с родителями. Выявились данные, которым родители не придавали должного значения. В частности, во многих семьях (52,5%) отмечался негативный микроклимат в виде конфликтов между родителями. Почти все родители (83,3%) имели хронические заболевания органов пищеварения. На патологию беременности и родов указывало большинство женщин (75%). Почти во всех наблюдениях у детей имели место резидуальные явления перинатального повреждения ЦНС (78%). Обращала на себя внимание высокая заболеваемость осматриваемых детей: почти у половины из них (48,8%) в анамнезе были выявлены острые кишечные инфекции различной этиологии. Более чем у трети детей (38,2%) – повторные (более 4-5 раз в год) респираторные заболевания, что сопровождалось повторным назначением антибиотиков.

У многих детей (28%) в анамнезе выявлялась глистно-паразитарная инвазия. На полноценное питание в семье указывали только около половины родителей (46,6%). Разнообразные нарушения в режиме дня отмечали большинство из опрашиваемых родителей.

Несмотря на наличие довольно большого количества жалоб - боли в животе (35,6%), периодическая тошнота и рвота (33,8%), дисфункции кишечника в виде периодических поносов и запоров (43,6%), родители к врачу не обращались. На основании объективного осмотра, данных анамнеза, лабораторного и инструментального обследования было выявлено 523 отклонений и заболеваний (217,9 на 100), относящихся к классу болезней органов пищеварения, что в структуре общей заболеваемости осматриваемых детей составляло 38,7%.

Не располагая данными эндоскопического исследования, выявленные заболевания органов пищеварения были отнесены к патологии билиарно-панкреатической системы (56,5%). Далее в структуре болезней органов пищеварения заняли болезни кишечника (25,4%) с нарушениями кишечной микрофлоры (46,8%). Проведенными эндоскопическими исследованиями детей 6-7 лет (28,1%) был диагностирован хронический гастрит без эрозий и эрозивный, что требовало дополнительного обследования на хеликобактериоз и лечения.

Полученные данные позволили заключить, что заболевания пищеварительной системы начинают формироваться в раннем и дошкольном возрасте. Не исключено, что реальная распространенность их выше статистических данных по обращаемости. Так, оказалось, что после проведенного исследования число детей первой группы здоровья сократилось до 5,4% (89,3% по представленным документам). Значительно увеличилась третья группа здоровья – до 26,1% (вместо 4,3%). Наибольшей по численности оказалась вторая группа здоровья, состоящая из детей, имеющих неблагоприятный преморбидный фон и нарушения пищеварительной системы (68,5%), требующие специального обследования.

Результаты этой работы позволили провести ряд организационных мероприятий: рабочее совещание с заведующими дошкольных учреждений

района и их информирование о состоянии здоровья обследуемых детей; проведение симпозиума для врачей дошкольно-школьных отделений районных поликлиник города по проблеме ранней диагностики хронических заболеваний органов пищеварения и проведение лечебно-реабилитационных мероприятий; создание памяток для родителей о возрастных особенностях питания, о правилах наблюдения за детьми с жалобами на боли в животе, с нарушением аппетита и стула; о прогностическом значении раннего выявления болезней органов пищеварения и проведении рекомендуемых реабилитационных мероприятий; организация совещания Управления здравоохранения и Управления образования с целью привлечения внимания педагогов к проблеме оздоровления детей. Итогом этих организационных мероприятий явилась разработка и внедрение оздоровительных программ в условиях дошкольного образовательного учреждения.

Далее провели углубленный осмотр и оценили состояние здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, в социально-реабилитационном центре города. Наблюдали 240 детей в возрасте от 7 до 16 лет с привлечением врачей различных специальностей (невропатолог, дерматолог, хирург, гинеколог, фтизиатр и стоматолог). Проводимая комплексная оценка состояния здоровья с учетом психического статуса среди воспитанников центра не выявила здоровых детей.

Большинство осмотренных детей были отнесены к III и IV группам здоровья (90%).

При наличии тех же неблагоприятных факторов, что были выявлены у детей основной группы и у детей, посещающих дошкольные учреждения, по данным лабораторно-инструментальных исследований, ведущей патологией оказались болезни органов пищеварения (93,1%) в сочетании с глистно-паразитарной инвазией (100%) и психоневрологическими нарушениями.

В структуре хронических заболеваний органов пищеварения преобладали болезни гастродуоденальной области – различные морфологические формы хронического гастродуоденита без эрозий, ассоциированные с *H.pylori* инфекцией (89,5%), в связи с чем больные получали эрадикационную и симптоматическую терапию.

По результатам проведенной работы был разработан и внедрен метод профилактической и оздоровительной помощи в условиях социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних, потребовавших взаимодействия управления по социальной политике, образования и здравоохранения, до настоящего времени отсутствовавшего.

По материалам проведенных исследований, с 2002 г. в Екатеринбурге ежегодно проводится углубленный анализ структуры заболеваний органов пищеварения по обращаемости у детей до 15 лет и подростков 15-17 лет.

Было установлено, что в официальных формах отчета отсутствует такая довольно распространенная патология гастродуоденальной локализации, как хронический гастрит (гастродуоденит) с эрозиями. Оказалось, что по обращаемости в структуре хронических заболеваний органов пищеварения первое место занимает патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта

– хронический гастрит и дуоденит: 6724 – 32,4/ 1000 в 2002 г., 6369 – 34/1000 в 2006 г., среди этих болезней на долю эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки приходилась почти десятая часть: 635 – 306/ 1000 в 2002 г. и 590 – 315/1000 в 2006 г., преимущественно за счет эрозивного гастрита и дуоденита: 479 – 2,3/1000 в 2002 г. и 472 – 2,5/1000 в 2006 г.

Стабильность указанных цифр в 2002 и 2006 гг. настораживала в прогностическом плане, поскольку в прежние годы эти данные были неизвестны, фигурировала только язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

У подростков эти цифры оказались еще более показательными. Среди больных хроническим гастритом и дуоденитом: 2052 – 65,04/ 1000 в 2002 г. и 2868 – 87,1/1000 в 2006 г., эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки составляли десятую часть: 242 – 7,67/1000 в 2002 г., 522 – 15, 85/1000 в 2006 г, т.е. в 2 раза больше. Число больных эрозивным гастритом и дуоденитом в 2006 г. увеличилось почти в 2,5 раза: 131 – 4,15/1000 в 2002 г., 302 – 9,2/1000 в 2006 г., наряду с этим - выросло число больных язвенной болезнью: 111 – 3,51/1000 в 2002 г., 192 – 5,8/1000 в 2006 г.

Наши рекомендации по внесению изменений в статистическую отчетность с выделением эрозивных гастродуоденитов имеют научное обоснование.

Как было показано, с увеличением числа больных эрозивным гастродуоденитом в подростковом возрасте параллельно возрастает и риск развития язвенной болезни. Этот риск можно уменьшить, если проводить превентивное лечение хронического эрозивного гастродуоденита и осуществлять диспансерное наблюдение за больными.

Сделав такое предположение, мы провели анализ амбулаторного наблюдения тех больных с хронической гастродуоденальной патологией, которые в 2005 г. лечились в специализированном отделении ГДКБ №9 (426 больных). Оказалось, что реабилитационные мероприятия, рекомендуемые врачами-педиатрами, у большинства больных (88,3%) не проводились, прежде всего, по вине родителей, которые под разными предлогами уклонялись от выполнения рекомендаций врача. Опросом родителей по специально составленным анкетам удалось установить, что большинство из них (78,3%) не относили хронический гастрит к тем заболеваниям, которые нужно лечить, ссылаясь на то, что все члены семьи болеют гастритом. В связи с этим после выписки из стационара дети переходили на обычный для семьи стереотип питания, с беспорядочными приемами пищи и произвольным набором продуктов. Дети продолжали посещать школу и работали даже с большей нагрузкой, чем до лечения в стационаре. Негативным моментом в реабилитационном периоде было и отношение педагогов к больным детям. С их точки зрения (83,4%), если дети посещают школу, то они практически здоровы и не требуют коррекции образовательного процесса.

Итогом такого неадекватного отношения к детям явилась ситуация, когда 127 больных были госпитализированы повторно, при этом у большинства больных был выявлен хронический гастродуоденит без эрозий (112 детей) и с эрозиями (12 больных), в единичных наблюдениях (3 детей) – язва луковицы

двенадцатиперстной кишки в стадии рубцевания. У многих детей (75 больных) был диагностирован хеликобактериоз II-III ст. либо гистобактериоскопическим методом (106 детей), либо дыхательным хелик-тестом (21 больной).

В связи с полученными данными мы провели экспертную оценку работы участкового врача-педиатра по раннему выявлению и своевременной диагностике хронических заболеваний органов пищеварения, в частности хронической гастродуоденальной патологии (150 амбулаторных карт формы 112). Оказалось, что по разным причинам (неправильная трактовка анамнестических данных, неполный объем собираемых жалоб и скудные данные объективного обследования, назначение неполного объема диагностических манипуляций, в том числе инструментальных методов обследования детей) правильный диагноз, соответствующий клинической картине, был поставлен лишь у 41,4% детей.

Рецидивирующий характер хронических заболеваний гастродуоденальной области, их прогностически неблагоприятное течение с формированием эзофагита, язвенной болезни, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни требуют многолетнего лечения и наблюдения.

Однако в трех реабилитационных отделениях города в период с 2003 по 2005 гг. оздоровительные мероприятия получили только 15,8% от числа детей, состоящих на учете у педиатра-гастроэнтеролога.

Таким образом, на примере анализа реабилитационной помощи детям с хроническими заболеваниями гастродуоденальной локализации была определена необходимость выделения профилактического направления, как приоритетного в стратегическом проекте «Здоровье маленьких горожан» (2004 г.) Одним из направлений этого проекта явилась организация научно-методического отдела в ДГКБ №9, основной задачей которого явилось создание системы взаимодействия медицинской и социальной служб. Сохранен институт главных внештатных специалистов, улучшились возможности взаимодействия с районными педиатрами-гастроэнтерологами, контроль за проводимыми лечебно-диагностическими мероприятиями и реабилитационным процессом. Созданная нами организационная структура управления лечебно-профилактической помощью больным на модели хронической гастродуоденальной патологии может быть внедрена во всех крупных городах России, имеющих городские детские многопрофильные больницы.

ВЫВОДЫ

1. Система наблюдения за больными хроническими заболеваниями гастродуоденальной локализации включает формирование групп риска, учет клинических данных, диагностику и лечение в специализированном отделении, имеющем соответствующую ресурсную базу, совместное амбулаторное наблюдение участкового врача и педиатра-гастроэнтеролога.
2. Хронический гастродуоденит и язвенная болезнь у детей развиваются на фоне многофакторного воздействия неблагоприятных анте- и

перинатального периодов, семейной предрасположенности, нерационального питания, частой заболеваемости, связанной с этим повторной антибиотикотерапии и приема жаропонижающих средств (НПВП) у детей первого года жизни; рецидивирующих вирусных и острых кишечных инфекций, хронической ЛОР-патологии, глистно-паразитарной инвазии в раннем и дошкольном возрасте; неполноценного питания и неблагоприятного психосоциального окружения - в школьном возрасте.

3. Эндоскопическими исследованиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей с обострением хронических заболеваний гастродуоденальной локализации в значительной проценте наблюдений (58,6%) определяются эрозии в антральном отделе желудка и (или) луковице двенадцатиперстной кишки. Проведением гистобактериоскопического исследования биопсийного материала слизистой оболочки антрального отдела желудка у всех наблюдаемых больных найден *H. pylori* преимущественно в вегетативной форме (92,9%) умеренной (II ст.) и высокой (III ст.) степени колонизации (97,9%). Отмечен наиболее неблагоприятный вид колонизации *H. pylori* в виде адгезии к эпителиоцитам (81%) при хроническом гастродуодените без эрозий и (94,1%) при язвенной болезни с проникновением бактерий межклеточно (55,7%).
4. Активный хронический гастродуоденит, ассоциированный с хеликобактериозом, характеризуется инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки на фоне свойственной хроническому гастриту и дуодениту лимфоплазмочитарной инфильтрации слизистой оболочки, а также наличием атрофии слизистой оболочки умеренной и выраженной степени (73,8%).
5. При амбулаторно-поликлиническом наблюдении через 6-8 недель после проведения эрадикационной терапии при отсутствии эрозий и язвы у большинства больных (75,7%) сохраняются эндоскопические признаки гастродуоденита. Воспалительный процесс имеет характер неактивный либо минимальной степени активности (94,6%). Почти во всех наблюдениях (89,4%) выявляются атрофические изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка. Колонизация *H. pylori* отсутствует (63,2%) либо минимальная (25,9%).
6. Результаты продленного проспективного (через 9-12 мес.) наблюдения за больными после проведения эрадикационной терапии менее благоприятны. Многие дети (47,1%) жалуются на боли в животе, отмечены диспепсические расстройства (51,4%).
7. В постэрадикационном периоде полного обратного развития воспалительных изменений не происходит: у большинства больных (66,9%) наблюдается персистенция воспалительного инфильтрата в слизистой оболочке антрального отдела желудка (антральный гастрит) и у части больных (21,4%) в двенадцатиперстной кишке (дуоденит).

8. Постэрадикационный гастрит характеризуется наличием воспаления I-II ст. (88,3%) неактивного (77,1%) либо минимальной степени активности (20%), признаками атрофии слизистой оболочки (90%), колонизацией антрального отдела желудка *H. pylori* (35,7%), что прогностически неблагоприятно.
9. Сохранность клинико-морфологических признаков заболеваний гастродуоденальной локализации и хеликобактериоза у детей через 9-12 мес. после лечения в специализированном отделении требуют преемственности в наблюдении за этими больными врачей – педиатров и терапевтов-гастроэнтерологов при переводе их во взрослую сеть, что в настоящее время отсутствует.
10. Внедрение предложенной модели организации детской гастроэнтерологической службы, по данным трех лет работы, перспективно для ранней диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной локализации и проведения своевременной адекватной терапии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. На догоспитальном этапе целесообразно использовать алгоритм диагностики и лечения больных с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны, что позволит повысить качество наблюдения за этими больными и эффективность проведения лечебных мероприятий.
2. Для исключения хеликобактериоза в работе педиатров-гастроэнтерологов детских поликлиник следует использовать неинвазивный скрининговый хелик-тест. При отрицательных результатах и данных эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта следует предполагать гастродуоденальную патологию нехеликобактерной этиологии. При положительном результате направлять больных на обследование в специализированное отделение для проведения эндоскопии с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка.
3. Наличие эрозивного гастродуоденита, наследственная отягощенность по язвенной болезни и онкопатологии желудочно-кишечного тракта требует применения инвазивных методов диагностики хеликобактериоза, одним из которых является эндоскопия с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка.
4. Учитывая отсутствие клинико-морфологической ремиссии течения хеликобактерассоциированных заболеваний гастродуоденальной локализации на первом году наблюдения после выписки из специализированного отделения, необходимо диспансерное наблюдение по индивидуальному плану с рекомендациями ежеквартального осмотра больного педиатром-гастроэнтерологом.
5. Широкая распространенность хеликобактериоза требует ужесточения требований к санитарно-эпидемическому режиму путем использования в

школьных буфетах и столовых посуды и столовых принадлежностей только разового употребления.

6. Необходимо использовать все средства массовой информации (телевидение, газеты, листовки, школьные плакаты и т.д.) по просвещению родителей, детей, педагогов о клинических проявлениях хронических заболеваний гастродуоденальной локализации хеликобактерной этиологии, путях заражения этими бактериями и способах профилактики.
7. Требуют решения вопросы привлечения внимания родителей к выполнению врачебных рекомендаций, для чего необходимо расширить их информированность относительно неблагоприятного прогноза течения хронических заболеваний гастродуоденальной локализации

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Опыт использования КВЧ-терапии в практике педиатра / Л.Н. Малямова, А.М. Чередниченко, А.В. Чебыкин // Миллиметровые волны в биологии и медицине. – 1993. – №2. – С. 85-89.
2. Вскармливание и питание здорового и больного ребенка / Т.Э. Боровик, И.Я. Конь, К.С. Ладодо, Н.Е. Санникова, Т.Н. Сорвачева, А.М. Чередниченко, Р. Т. Бабина, И.В. Вахлова, Ж.Ю. Горелова, Л.В. Дружинина, Н.Д. Дашевская, С.Ю. Захарова, А.П. Колосова, С.Т. Кузнецова, Е.К. Кутафина, Г.С. Кокоулин, В.В. Малахов, **Л.Н. Малямова**, О.К. Нетребенко, Е.А. Рославцева, Е.П. Рыбакова, Н.Н. Семенова, Н.А. Хрущева, Е.К. Ширяева. – Справ.-метод. материалы. – Екатеринбург, 1995. – 180 с.
3. Клинические варианты течения хронического панкреатита у детей / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова** // Педиатрия, журнал им. Г.Н. Сперанского. – 1997. – №3 – С. 18-23.
4. Клинико-морфологическая характеристика и изменения функционального состояния желудка у детей с хроническим эрозивным гастритом и язвенной болезнью, ассоциированными с *Helicobacter pylori* / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, С.Ю. Медведева, С.П. Карпенко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. - Т.VII. - №5. – С.209.
5. Эффективность дифференцированной комплексной терапии у детей с хроническим эрозивным гастритом и язвенной болезнью, ассоциированных с *Helicobacter pylori* / М.Н. Куткова, Н.В. Глазырина, А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, Н.Н. Милькова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. - Т.VII. - №5. – С. 73.
6. Клиника и функциональное состояние желудка у детей с хроническим гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori* / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, М.Н. Куткова, Е.Ю. Юрченко, Н.В. Глазырина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. - Т.VII. - №5. – С. 209.
7. Терапия эрозивно-язвенных поражений желудка и 12- перстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori* у детей / **Л.Н. Малямова**, А.М. Чередниченко, М.Н. Куткова, Т.Г. Штанова // Сб. материалов V Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 1998. – С. 323.
8. Рациональная антибиотикотерапия эрозивно-язвенных поражений, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, у детей / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, С.П. Карпенко, С.Ю. Медведева // Сб. материалов V Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 1998. – С. 323.

9. Обоснование применения энтерола в комплексной терапии язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori* / В.В. Малахов, **Л.Н. Малямова**, С.Ю. Медведева // Тезисы докладов межвузовской научно-практической конференции, посвященной 10- летию кафедры клинической фармакологии СГМУ «Клиническая фармакология – практическому здравоохранению». Изд-во Саратовского мед. Ун-та, 1998. – С. 188.
10. Диагностика, лечение и реабилитация детей с хроническими заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, С.Ю. Медведева // Материалы 7-й сессии Российской группы по изучению *Helicobacter pylori*. – Н. Новгород, 1998. – С. 56.
11. Оценка состояния поджелудочной железы у больных хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с хеликобактериозом / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, Л.М. Сафонова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. - Т. VIII. - №5 (Материалы 4-й Российской гастроэнтерологической недели). – С. 140.
12. Лечение и реабилитация детей с различными заболеваниями / Г.В. Павлов, О.А. Синявская, Н.П. Торопова, А.М. Чередниченко, Ю.П. Чугаев, В.И. Шилко, Н.А. Хрущева, Р.Т. Бабина, А.М. Градинаров, Н.Д. Дашевская, С.Ю. Захарова, М.А. Захаров, Г.С. Кокоулин, В.В. Малахов, **Л.Н. Малямова**, Л.В. Рожкова, Н.Ф. Чернова // Справочно-методические материалы. - Изд. Уральской гос. медицинской академии. Екатеринбург, 1998. – 233 с.
13. Оценка гистологических изменений слизистой оболочки желудка у детей с хроническим хеликобактерным гастритом / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, С.Ю. Медведева // Сб. науч. трудов под ред. д.м.н. А.И. Волкова и д.м.н. Ю.П. Ипатов. – Н. Новгород, Изд-во Волговятской академии гос. служащих. – 1999. – С. 140-143.
14. Морфофункциональные изменения желудка у детей с хроническим эрозивным гастритом и язвенной болезнью, ассоциированными с *Helicobacter pylori* / **Л.Н. Малямова**, С.Ю. Медведева // Тезисы докладов научной конференции, посвященной 35-летию ЦНИЛ УГМА «Актуальные вопросы медицины и экологии». – Екатеринбург, 1999. – С. 71-72.
15. Оценка структурных изменений слизистой оболочки желудка у детей с хеликобактерным гастритом на фоне проводимой терапии / С.Ю. Медведева, **Л.Н. Малямова**, А.М. Чередниченко // Тезисы докладов научной конференции, посвященной 35-летию ЦНИЛ УГМА «Актуальные вопросы медицины и экологии». – Екатеринбург, 1999. – С. 72-73.
16. Применение энтеросорбентов в комплексе реабилитационных мероприятий населения, проживающих в экологически неблагоприятных регионах Свердловской области / С.А. Чемизов, Л.П. Ларионов, **Л.Н. Малямова**, Е.И. Черкашина // Материалы 2- го Всероссийского молодежного научного симпозиума «Безопасность биосферы-98». – 1998. – С. 172.
17. Эффективность применения энтеросорбентов при лечении детей с эрозивно-язвенными заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* / **Л.Н. Малямова**, А.М. Чередниченко, С.А. Чемизов, Л.Н. Рачковская // Материалы международного симпозиума «Проблемы лимфологии и эндозоологии». - Новосибирск, 1998. – Т. 7. – С. 287.
18. Скрининг-диагностика заболеваний органов пищеварения у детей / Г.В. Римарчук, Н.И. Урсова, С.А. Ивушкин, Г.В. Плаксина, Л.А. Щеплягина, Н.И. Дациева, С.И. Полякова, О.С. Домникова, Л.А. Цывенкова, А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, Н.С. Альтман, С.Ю. Захарова, Т.Н. Пермякова, Ю.И. Ипатов, А.И. Волков, Е.И. Шабунина, Е.А. Жукова // Пособие для врачей. – Москва-Екатеринбург-Нижний Новгород, 1999. – 39 с.

19. Лечение и реабилитация детей с эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, М.Н. Козлова, М.Н. Куткова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. - Т. IX. - №5 (Материалы 5- й Российской гастроэнтерологической недели). – С. 128.
20. Морфофункциональные изменения желудка у детей с различными эндоскопическими формами хронического гастрита / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, Л.М. Сафонова, С.Ю. Медведева, Е.А. Козлова // Сб. материалов 7- й конференции «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». - Москва, 2000. – С. 11.
21. Оценка состояния структурных компонентов слизистой оболочки желудка на фоне проводимой терапии при хеликобактерном гастрите у детей / С.Ю. Медведева, **Л.Н. Малямова** // Сб. материалов 7-й конференции «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». - Москва, 2000. – С. 112.
22. Опыт проведения лечебно-оздоровительных мероприятий в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних / О.П. Вагина, **Л.Н. Малямова**, Т.Н. Сысоева // Межрегиональная научно-практическая конференция «Социально-педагогические проблемы воспитания и образования на рубеже XX-XXI столетий»: Тезисы докладов. – Екатеринбург, 2000. – С. 28-29.
23. Панкреатит / А.М. Чередниченко, Г.В. Римарчук, Т.Н. Постникова, **Л.Н. Малямова**. – Екатеринбург: Полиграфист, 2000. – 110 с.
24. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка у детей с хеликобактерной инфекцией в динамике наблюдения / **Л.Н. Малямова**, А.М. Чередниченко, С.Ю. Медведева, М.Н. Козлова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. - Т. XI. - №5 (Материалы 5- й Российской гастроэнтерологической недели). – С. 102.
25. Динамика воспалительного процесса слизистой оболочки желудка по степени слизееобразования у больных хроническим гастритом / С.Ю. Медведева, **Л.Н. Малямова**, А.М. Чередниченко, Н.В. Глазырина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. - Т. XI. - №5 (Материалы 5- й Российской гастроэнтерологической недели). – С. 103.
26. Медицинская реабилитация и ее эффективность в условиях социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних / **Л.Н. Малямова**, Т.Н. Сысоева // Наш центр «Каравелла» (из опыта работы): Учебно-методическое пособие. – Екатеринбург: Издательство АМБ, 2001. – С. 15-23.
27. Динамика воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка у детей с хеликобактерным гастритом на фоне проводимой терапии / **Л.Н. Малямова**, С. Ю. Медведева // Сб. науч. работ. ЦНИЛ 2001. - Екатеринбург: Изд. УГМА, 2001. – С. 47-52.
28. Клиническое обследование здорового и больного ребенка (Раздел: Клиническое обследование детей с заболеваниями органов пищеварения) / **Л.Н. Малямова** // Екатеринбург, 2001. – 304 с.
29. Использование комплексных показателей состояния гастробиоптатов для анализа динамики заболевания и эффективности комплексного лечения / **Л.Н. Малямова**, В.Т. Пестряев, С.Ю. Медведева // Сб. трудов Второй российской Конференции «Физика в биологии и медицине», посвященной памяти профессора Изакова В.Я. – Екатеринбург, 2001. – С. 53-54.
30. Динамика морфологических изменений слизистой оболочки желудка у детей с хеликобактерной инфекцией и эффективность терапии / **Л.Н. Малямова**, А.М. Чередниченко, С.Ю. Медведева, Л.М. Сафонова // Сб. материалов 9- го симпозиума «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». - Санкт-Петербург, 2002. – С. 129-130.

31. Клинико-морфологические особенности хронического гастрита у детей и эффективность лечения в динамике наблюдения / **Л.Н. Малямова**, А.М. Чередниченко, С.Ю. Медведева // Российский педиатрический журнал. – 2002. - №4. – С. 12-18.
32. Характер кислотообразующей активности желудка у детей с хеликобактериозом / А. М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, С.Ю. Медведева, Н.В. Глазырина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. - Т. XII. - №5 (Материалы Восьмой Российской гастроэнтерологической недели). – С.115.
33. Показатели гастроимпедансометрии у детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной области / **Л.Н. Малямова**, А.М. Чередниченко, Н.В. Глазырина, И.Н. Козлова // Российский педиатрический журнал. – 2003. - №5. – С. 7-12.
34. Опыт работы социально-реабилитационного центра для детей, оставшихся без попечения родителей / **Л.Н. Малямова**, А.М. Чередниченко, О.П. Вагина, Т.Л. Савинова // Материалы VIII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии». - Москва, 2003. – Т. 2. - Приложение 1. – С. 222.
35. Факторы риска развития заболеваний гастродуоденальной области, ассоциированных с *Helicobacter pylori* / **Л.Н. Малямова**, А.М. Чередниченко, Т.Л. Савинова, Т.Н. Сысоева // Материалы VIII Конгресса педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии». - Москва, 2003. – Т. 2. - Приложение 1. – С. 223.
36. Заболевания гастродуоденальной области, ассоциированные с *Helicobacter pylori*, и эффективность лечения с учетом состояния поджелудочной железы / **Л.Н. Малямова** // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. - Т. XIII. - №3 (Материалы VI Международного симпозиума «Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*). – С. 66-70.
37. Сравнительная эффективность схем антихеликобактерной терапии у детей с заболеваниями гастродуоденальной области / **Л.Н. Малямова**, Н.В. Глазырина, Е.Ю. Юрченко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. - Т. XIII. - №3 (Материалы VI Международного симпозиума «Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*). – С. 48-49.
38. Структура городской гастроэнтерологической службы. Объем, диагностика и лечение хеликобактерной инфекции у детей / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, Г.И. Колпащикова, Т.Л. Савинова, С.А. Ельцова, О.А. Яргина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. - Т. XIII. - №3 (Материалы VI Международного симпозиума «Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*). – С. 75.
39. Значение факторов питания в профилактике заболеваний органов пищеварения / **Л.Н. Малямова** // Материалы первой Уральской региональной научно-практической конференции «Региональная политика в области здорового питания и применения микронутриентов в формировании здоровья населения». - Екатеринбург, 2003. – С. 125-131.
40. Динамика регенераторных процессов в слизистой оболочке антрального отдела желудка у детей с гастродуоденальной патологией на фоне проводимой терапии / **Л.Н. Малямова**, С.Ю. Медведева // Материалы Уральской региональной научной конференции «Актуальные проблемы морфогенеза и регенерации органов грудной и брюшной полости». – Екатеринбург, 2003. – С. 67-74.
41. Кислотозависимые заболевания у детей / **Л.Н. Малямова**, С.Ю. Медведева // Сб. материалов XI Конгресса детских гастроэнтерологов «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». - Москва, 2004. – С. 125-128.
42. Дискуссионные вопросы прогрессирования морфологических изменений слизистой оболочки желудка у детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной области / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова**, С.Ю. Медведева // Сб. материалов XI

- Конгресса «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». - Москва, 2004. – С. 132-134.
43. Эрозивные поражения гастродуоденальной области, ассоциированные с *Helicobacter pylori*, у детей / **Л.Н. Малямова**, Л.М. Сафонова, М.Н. Куткова // Сб. научных трудов «Екатеринбургский консультативно-диагностический центр: итоги 15-летней деятельности в практическом здравоохранении». - Екатеринбург, 2004. - С. 246-257.
 44. Атрофические изменения слизистой оболочки желудка у детей с гастродуоденальной патологией и их динамика на фоне проводимой терапии / **Л.Н. Малямова**, С.Ю. Медведева // Материалы научно-практической конференции «Специализированная помощь детям Екатеринбурга и Свердловской области». - Екатеринбург, 2004. – С. 32-35.
 45. Детская гастроэнтерологическая служба Екатеринбурга и ее задачи / **Л.Н. Малямова** // Материалы научно-практической конференции «Специализированная помощь детям Екатеринбурга и Свердловской области». - Екатеринбург, 2004. – С. 30-32.
 46. Состояние и пути оптимизации детской гастроэнтерологической службы Екатеринбурга / **Л.Н. Малямова** // Детская гастроэнтерология. - 2005. - №1
 47. Перспективы развития гастроэнтерологической службы Екатеринбурга / **Л. Н. Малямова** // Сб. материалов XII Конгресса детских гастроэнтерологов «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». - Москва, 2005. – С.73-74.
 48. Научное обоснование оздоровительно-реабилитационных мероприятий в условиях дошкольных учреждений / **Л.Н. Малямова**, Т.В. Иванова // Сб. материалов XII Конгресса детских гастроэнтерологов «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». - Москва, 2005. – С.75-77.
 49. Особенности течения язвенной болезни у подростков / **Л.Н. Малямова**, О.П. Шеина // Сб. материалов XII Конгресса детских гастроэнтерологов «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». - Москва, 2005. – С.170-172.
 50. Отягощенность преморбидного фона у детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной области / **Л.Н. Малямова** // Бюллетень сибирской медицины. – 2005. – Приложение №2. – С. 104-105.
 51. Клинико-морфофункциональные особенности течения язвенной болезни у подростков / **Л.Н. Малямова**, О.П. Шеина // Бюллетень сибирской медицины. – 2005. – Приложение №2. – С. 105-106.
 52. Подростковая медицина (Раздел: Заболевания органов пищеварения) / А.М. Чередниченко, Л.А. Харитоновна, **Л.Н. Малямова**, Н.С. Альтман // Руководство для врачей. – Екатеринбург, 2006. – С. 313-376.
 53. Роль семьи в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с хеликобактериозом / А.М. Чередниченко, Т.Л. Савинова, **Л.Н. Малямова** // Общая врачебная практика. – 2004. - №2. С. 18-22.
 54. Эффективность эрадикационных схем при хеликобактерассоциированных заболеваниях у детей / А.М. Чередниченко, **Л.Н. Малямова** // Уральский Медицинский Журнал. – 2005. - №6 (16). – С. 13-19.
 55. Состояние здоровья детей дошкольного возраста. Пути оптимизации оздоровления и реабилитации в условиях образовательных учреждений / **Л.Н. Малямова**, Т.Л. Савинова // Вопросы детской диетологии. – 2006. – Т. 4. - №1. – С. 68-70.
 56. Динамика показателей гастроимпедансометрии у детей с хеликобактерассоциированными заболеваниями на фоне лечения / **Л.Н. Малямова** // Детская гастроэнтерология. – 2007. - №1. – С. 38-42.
 57. Динамика показателей гастроимпедансометрии у детей с хеликобактерассоциированными заболеваниями на фоне лечения / **Л.Н. Малямова** // Вопросы детской диетологии. – 2007. – Т. 5. - №1. – С. 54-56.

58. Эффективность лечения детей с заболеваниями гастродуоденальной области и результаты отдаленного наблюдения за больными / А.М. Чередниченко, Л.Н. Малямова // Вопросы детской диетологии. – 2007. – Т. 5. - №1. – С. 50.