

На правах рукописи

Шмакова Ольга Валерьевна

**ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРОДУОДЕНИТЫ У ДЕТЕЙ
С ДИФФУЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ
(РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ,
ПРОГНОЗ)**

14.00.09 - Педиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук

Томск-2003

Работа выполнена в Кемеровской государственной медицинской академии

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор

Давыдов Б.И.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор Кравец Е.Б.

кандидат медицинских наук,
Ковалевская Р.А.

Ведущее учреждение: Омская государственная медицинская академия

Защита диссертации состоится «___» _____ 2003 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.096.02 в Сибирском государственном медицинском университете (634050, г. Томск, Московский тракт, 2).

С диссертацией можно ознакомиться в научной медицинской библиотеке Сибирского государственного медицинского университета (634050, г. Томск, пр-кт Ленина, 107).

Автореферат разослан «___» _____ 2003 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Тюкалова Л.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность проблемы. Заболевания органов пищеварения и эндокринной системы у детей и подростков являются актуальной проблемой современного общества. Последнее десятилетие знаменуется неуклонным ростом гастродуоденальной и тиреоидной патологии, о чём свидетельствуют многочисленные публикации клиницистов (А.П. Калинин с соавт., 2000; Ю.В. Рябухин, А.В. Козлова, 2001; О.П. Щепин, Е.А. Тишук, 2001; А.А. Баранов, 2002).

Сочетанная патология желудка, двенадцатиперстной кишки и щитовидной железы в большей степени выражена в экологически неблагоприятных регионах страны (Л.А. Щеплягина, 2000; Г.М. Чернявская с соавт., 2001; В.М. Краснов, 2002).

Установлены прямые корреляционные связи между загрязнением среды обитания человека и уровнем гастродуоденальной и тиреоидной заболеваемости (Л.Г. Додина, 1999; А.К. Демин, 2000; В.А. Шашель с соавт., 2000; Э.П. Касаткина, 2001). Отмечена зависимость между функциональной активностью щитовидной железы и степенью поражения органов пищеварения, ростом хронических форм воспаления желудка и двенадцатиперстной кишки (А.В. Панфилова с соавт., 2001; Н.Е. Санникова, 2001).

Кузбасс является крупным промышленным регионом России. За последнее десятилетие в Кемеровской области зарегистрирован рост заболеваемости по всем классам болезней, в том числе эндокринной системы и органов пищеварения.

Все сказанное потребовало решения задач, направленных на разработку и внедрение новых организационных форм выявления, клинико-инструментальной диагностики, восстановительного лечения и диспансеризации больных с хронической патологией органов пищеварения, сочетанных с зобом.

Цель исследования.

Определить уровень заболеваемости хроническим гастродуоденитом, сочетанным с диффузным нетоксическим зобом у детей и подростков Кузбасса, и разработать алгоритм прогноза данной патологии.

Задачи исследования

1. Изучить распространенность диффузного нетоксического зоба и хронического гастродуоденита.
2. Определить частоту сочетанной патологии у детей и подростков Кузбасса.
3. Выявить факторы риска формирования заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и щитовидной железы.
4. Разработать диагностические критерии функционального развития детей, больных хроническим гастродуоденитом с диффузным нетоксическим зобом.
5. Создать алгоритм прогноза формирования хронического гастродуоденита у детей с микст-патологией.

Научная новизна

1. Здравоохранение Кузбасса получило научно обоснованный анализ заболеваемости хроническим гастродуоденитом и диффузным нетоксическим зобом детей и подростков жителей города и сельской местности.

Анализ полученных результатов изменил структуру детской заболеваемости, поставив на приоритетные места хроническую патологию верхнего отдела органов пищеварения (434,6‰) и щитовидной железы (340,8‰).

2. Впервые в крупном промышленном регионе страны изучена частота сочетанности хронического гастродуоденита с диффузным нетоксическим зобом. Высокий уровень микст-заболевания (41,8%) среди

детей города и села диктует необходимость продолжения анализа на других территориях Кемеровской области.

3. Результаты научного исследования могут быть взяты за основу для разработки целевых программ по профилактике заболеваний органов пищеварения, сочетанных с зобом в промышленных и экологически неблагоприятных регионах страны.

Практическая значимость

1. Многолетние наблюдения за детьми с диффузным нетоксическим зобом позволили утверждать, что практически каждый второй ребенок имеет хронический гастродуоденит.

2. Научно обоснованы и предложены методики диагностики хронического гастродуоденита у детей с диффузным нетоксическим зобом для врачей лечебно-профилактических учреждений и подростковых кабинетов.

3. Проведение обучающих программ по вопросам диагностики хронических гастродуоденитов, сочетанных с зобом для гастроэнтерологов, эндокринологов и врачей общей практики способствовали преемственности лечения, диспансеризации и профилактики микст-патологии.

4. Составлен алгоритм прогнозирования формирования хронического гастродуоденита у лиц с диффузным нетоксическим зобом

5. Практические выводы исследования внесены в региональную программу департамента охраны здоровья населения «Качество жизни» и концепцию стратегического развития Кемеровской области.

Положения, выносимые на защиту

1. Распространённость хронического гастродуоденита у детей с зобом (532,8‰) в 1,4 раза выше, чем у их сверстников с нормальными размерами щитовидной железы (384,0‰).

2. Высокий уровень распространенности хронического гастродуоденита среди детей и подростков Кузбасса, сочетанного с диффузным нетоксическим зобом, дал основание к изучению причин ассоциированных болезней. Установлена прямая корреляционная связь между заболеваемостью и рядом природно-техногенных факторов окружающей среды.

3. Стационарное лечение детей больных хроническим гастродуоденитом с эндемическим зобом и без выявило различия в соматическом статусе здоровья. Нами систематизированы дифференциальные признаки, основанные на клиническом течении болезни и инструментально-лабораторных результатах обследования.

4. Предлагаемый нами алгоритм прогнозирования хронического гастродуоденита у детей с диффузным нетоксическим зобом позволит формировать группы риска на доклиническом этапе и проводить предупредительные медико-социальные мероприятия

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, 5 глав, обсуждения проведенных исследований и библиографического справочника, включающего 253 отечественных и 129 иностранных источников. Работа изложена на 173 страницах компьютерного текста, имеется 25 таблиц, 20 рисунков.

Апробация работы

Материалы диссертации обсуждены на VII конгрессе педиатров России «Детская гастроэнтерология - настоящее и будущее» (Москва, 2002), Всероссийской научно-практической конференции «Физиологические науки - клинической гастроэнтерологии» (Ессентуки, 2001), 9-й научно-практической конференции «Достижения современной гастроэнтерологии» (Томск, 2001), целевой методической комиссии по педиатрии КГМА (2001), на городских и областных врачебных конференциях (2001, 2002).

Диссертационное исследование является фрагментом региональной научно-практической программы «Здоровье населения Кузбасса» и утверждено проблемной комиссией Кемеровской медакадемии.

Материалы диссертации вошли в методическое письмо для врачей Кемерова и области “Хеликобактерные хронические гастродуодениты у детей” (2001). По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, в том числе 6 в центральной печати.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Материалы и методы исследования

В основу работы положены результаты углубленного осмотра 3624 детей 6-15 лет областного центра Кузбасса Кемерова и сельского (Кемеровского) района области. При опросе учитывались паспортные данные, профессия родителей, социально-гигиенический статус семьи (наличие стрессовых ситуаций, жилищно-бытовые условия, материальный достаток), характер питания в семье и школе, вредные привычки, особенности течения беременности, послеродового периода, генеалогического анамнеза. Регистрировались сведения о перенесенных заболеваниях, о хронической патологии желудочно-кишечного тракта и щитовидной железы у детей и их родителей, о данных инструментального обследования (ЭФГДС, УЗИ щитовидной железы).

Оценка размеров щитовидной железы при первичном осмотре детей проводилась пальпаторно по классификации ВОЗ (1994). При определении объема органа во время УЗИ использовались нормативы, рассчитанные на площадь поверхности тела (Delange F., 1997).

При постановке диагноза мы руководствовались Международной классификацией болезней десятого пересмотра (1998) и рекомендациями М.Ю. Денисова (2000).

Психологическое обследование пациентов включало определение акцентуаций характера по опроснику, предложенному А.Е. Личко (1983), изучение личностной и реактивной тревожности проводилось с помощью теста Спилбергера-Ханина (М.К. Тутушкина, 2000), актуальное эмоциональное состояние - методом цветowych выборок Люшера (Л.Н. Собчик, 1990).

Информация о степени загрязнения почвы, воды и воздуха получена из ежегодно издаваемых сборников городской администрации, центра Госсанэпиднадзора, Комитета охраны окружающей среды и публикаций сотрудников кафедр гигиенического профиля медицинской академии.

Результаты исследования подвергнуты математической компьютерной обработке с использованием общепринятых критериев достоверности.

Результаты исследований и их обсуждение

Изучение состояния здоровья детей и подростков Кузбасса, проведенное методом массового осмотра в дошкольно-школьных учреждениях, установило высокий уровень функциональных и органических отклонений (табл. 1).

Число здоровых детей – жителей города – в 5,4 раза было меньше, чем в сельской местности (I группа здоровья). Абсолютное большинство городских и сельских детей имели II группу здоровья (функциональные отклонения) - 57,8 и 57,1 % соответственно. С возрастом количество детей в этой группе уменьшалось среди кемеровчан за счет перехода части детей в III группу и незначительно нарастало среди селян.

Каждый третий ребенок Кузбасса, вне зависимости от региона проживания, имел хроническую патологию (III группа здоровья). Эти дети посещали дошкольно-школьные учреждения. Первостепенной патологией явились болезни органов дыхания, пищеварения и щитовидной железы.

Таблица 1

Группы здоровья осмотренных детей

Воз- раст (лет)	г. Кемерово								Кемеровский район							
	I		II		III		IV		I		II		III		IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
6-11	18	1,05	1168	68,22	501	29,27	25	1,46	6	3,87	86	55,48	62	40,00	1	0,65
12-15	7	0,44	744	46,59	799	50,03	47	2,94	7	4,38	94	58,75	58	36,25	1	0,62
Всего	25	0,76	1912	57,78	1300	39,28	72	2,18	13	4,13	180	57,14	120	38,10	2	0,63

IV группа здоровья, требующая домашнего и стационарного наблюдения, диагностирована преимущественно у горожан.

В структуре общей заболеваемости детей Кузбасса по данным медицинского осмотра три первых ранговых места заняли болезни органов дыхания (510,8 случаев на 1000), органов пищеварения (461,4) и класс заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ (396,2).

В Кемерове распространенность хронического гастродуоденита составила 437,0, а число детей с диффузным нетоксическим зобом 325,8 случаев на 1000 детского населения (таблица 2). Уровень сочетанной патологии мы диагностировали в 41,8% случаев к общему числу выявленных больных. Статистически достоверен рост удельного веса больных в пубертатном периоде развития.

Среди детей сельской местности заболеваемость хроническим гастродуоденитом была несколько ниже (409,5‰), а частота детей и подростков с эндемическим зобом в 1,5 раза выше (498,4‰).

В целом по Кузбассу, хронические гастродуодениты диагностированы у 43,5% к общему числу осмотренных. Удельный вес детей с диффузным нетоксическим зобом составил 34,1%. Частота сочетанной патологии была одинаковой вне зависимости от региона проживания: 41,9 и 41,8% соответственно. Чаще болели девочки ($p < 0,001$).

Полученные результаты обратили наше внимание на факторы риска, формирующие патологию желудочно-кишечного тракта и тиреоидной системы.

Почва города и загородных зон загрязнена солями тяжелых металлов и другими токсическими продуктами промышленного производства. Нами установлена сильная прямая корреляционная связь между уровнем заболе-

Таблица 2

Распространенность хронического гастродуоденита и диффузного увеличения щитовидной железы среди детей Кемерова и Кемеровского района

Кемерово							Кемеровский район				
Возраст (лет)	Пол	Осмотрено детей	ХГД		Увеличение ЩЖ		Осмотрено детей	ХГД		Увеличение ЩЖ	
			Выявлено больных	На 1000 дет. нас.	Выявлено больных	На 1000 дет. нас.		Выявлено больных	На 1000 дет. нас.	Выявлено больных	На 1000 дет. нас.
6-11	м	877	208	237,2	174	198,4	74	32	432,4	40	540,5
	д	835	286	342,5	191	228,7	81	34	419,8	44	543,2
Всего	1712		494	288,5	365	213,2	155	66	425,8	84	541,9
12-15	м	807	356	441,1	320	396,5	65	13	200,0	21	323,1
	д	790	596	754,4	393	497,4	95	50	526,3	52	547,3
Всего	1597		952	596,1	713	446,5	160	63	393,8	73	456,2
Итого	3309		1446	437,0	1078	325,8	315	129	409,5	157	498,4

ваемости хроническим гастродуоденитом и содержанием в почве сульфатов ($r=+0,72$), альдегидов ($r=+0,94$), нитратов ($r=+0,97$).

Река Томь загрязнена бактериологически и химически, что негативно сказывается на функциональной деятельности органов пищеварения и эндокринной системы. Содержание йода в воде составляет минимум необходимого. Установлена сильная корреляционная зависимость заболеваемости хроническим гастродуоденитом и зобом от содержания в воде азота аммонийного ($r=+0,79$), родонитов ($r=+0,75$), нитритов ($r=+0,82$). Выявлена достоверная корреляционная связь между частотой увеличения щитовидной железы и содержанием в воздухе сероводорода ($r=+0,71$), аммиака ($r=+0,84$), диоксида серы ($r=+0,93$).

Нами выявлен ряд факторов риска поражения органов пищеварения и щитовидной железы. Опрос родителей больных детей установил систематические нарушения питания: дефицит молочных продуктов, мясопродуктов, морепродуктов, фруктов и овощей (84,2%). Недополучение белков, жиров, микронутриентов, несоблюдение режима питания (89,2%).

Главным этиологическим фактором развития эндемического зоба послужил дефицит йода в почве, питьевой воде, содержащих тяжелые металлы, блокирующие поступление его в щитовидную железу.

Таким образом, неблагоприятные факторы окружающей среды в сочетании с нерациональным питанием и нервно-психическим напряжением усиливали функциональные и структурные изменения в верхнем отделе пищеварительного тракта и щитовидной железе.

Проведённый дисперсионный анализ установил, что распространённость хронического гастродуоденита определялась на 39,9% неполноценным питанием, на 35,6% наследственной предрасположенностью и на 17,1% неблагоприятной экологической ситуацией. Доля влияния прочих факторов составила 7,4%.

На уровень заболеваемости диффузным нетоксическим зобом оказывали воздействие недостаточное употребление йодсодержащих продуктов – 56,4%, отягощенная наследственность по патологии щитовидной железы – 26,0%, состояние окружающей среды – 11,2%. Влияние неучтенных факторов составило 6,4%.

Нами дана клиническая и инструментально-лабораторная характеристика хронического гастродуоденита у детей с диффузным нетоксическим зобом (первая группа, 136 чел.) и у детей без зоба (вторая группа, 100 чел.). Она включала изучение анамнеза, выявление нервно-психических нарушений, уровень физического развития и полового созревания, возможность функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы, ЭФГДС, УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы, активность гормонов гипофизарно-тиреоидной системы, определение уровня йодурии. Этому предшествовало изучение размеров ЩЖ - в зависимости от площади поверхности тела - у здоровых детей (контрольная группа).

При изучении анамнеза систематически подтверждались жалобы, носившие диспептический, болевой и психоэмоциональный характер.

С младшего школьного возраста детей беспокоили тошнота, отрыжка, вздутие живота. У детей старшего возраста возникали боли за грудиной и мечевидным отростком, иррадиирующие в область сердца и межлопаточное пространство, возникали после погрешности в диете и приеме пищи незадолго перед сном, зависящие от психосоматического состояния.

Детей беспокоили слабость, вялость, зябкость, выпадение и ломкость волос. У 81,8% больных детей мы наблюдали сухость и бледность кожных покровов ($p < 0,001$).

Среди обследованных детей второй группы жалобы диспептического характера имели место с меньшей частотой вероятности

и преимущественно у детей старшего школьного возраста. Болевой синдром был менее выражен, быстро прекращался после еды и на фоне лечения. У 65,0% детей диагностирована поверхностная форма гастродуоденита.

Наиболее информативные диагностические признаки хронического гастродуоденита у детей с диффузным нетоксическим зобом, выявлены путем их анализа методами современной доказательной медицины (Р. Флетчер с соавт., 1998).

Наибольшей диагностической чувствительностью (Se) обладали следующие клинические симптомы: боли в эпигастрии (Se=85,3%), боли в правом подреберье (Se=87,5%), отрыжка (Se=92,7%).

Наиболее специфичными оказались жалобы на зябкость (Sp=98,0%), запоры (Sp=97,0%), ломкость ногтей (Sp=92,0%), выпадение волос (Sp=90,0%), сухость кожи (Sp=81,0%), утомляемость (Sp=78,0%). Углубленный анализ операционных характеристик этих клинических симптомов показал достоверно положительную динамику их чувствительности (с Se=7,4% до Se=41,9%).

Прогностическая ценность тестов (PV), отношение правдоподобия результатов (LR) подтвердили значимость для диагностики сочетанного течения хронического гастродуоденита и диффузного нетоксического зоба вышеперечисленных симптомов (зябкость, ломкость ногтей, запоры, выпадение волос).

Нарушение психоэмоциональной адаптации выявлены у всех обследованных детей. Это нашло подтверждение в высоком уровне личной и реактивной тревожности, диагностированной нами методом Спилбергера-Ханина; в противопоставлении цветов красный-желтый паре черный-синий в тесте Люшера, что является признаком раздражительности, беспокойства, накопления отрицательных эмоций.

Устойчивость внимания была ниже у подростков с зобом, что может расцениваться как один из признаков астенизации внимания ($p < 0,05$).

Тип акцентуации характера, определявшийся с помощью патохарактерологического диагностического опросника, в значительной мере зависел от отношения подростка к его соматическим заболеваниям. Среди детей первой группы преобладали пациенты с лабильно-истероидным и шизоидно-эпилептоидным типами, которые проявлялись соответственно крайней изменчивостью настроения с ненасытной жаждой внимания или замкнутостью, склонностью к злобно-тоскливому состоянию с постепенно нарастающим раздражением. Это подтверждало необходимость медицинской, педагогической и социальной форм реабилитации в санаторных, домашних условиях и учебных заведениях.

Анализируя структуру физического развития детей обеих групп мы выявили преимущественно микро- и мезосоматотропное развития при сочетанной патологии (85,3%). Показатели детей второй группы соответствовали, в основном, мезо- и макросоматотипу (87,0%). Гармонично развитые дети представлены большим числом во второй группе наблюдения (76,0%), нежели в первой (62,2%).

Темпы полового созревания больных детей не зависели от размера щитовидной железы. Отставание сроков установлено у 11,4% подростков, страдающих сочетанной патологией и у 5,3% - без зоба ($p < 0,05$). Сниженные темпы полового развития зарегистрированы у 40,0% пациентов с субклиническим гипотиреозом ($p < 0,001$). У девочек запаздывало развитие молочных желез, рост волос в подмышечных впадинах, оволосение лобка, становление менструальной функции. У мальчиков наблюдалось отставание в оволосении подмышечных впадин, росте волос на лобке, изменении тембра голоса.

Сравнительные результаты гемодинамики детей обеих групп установили преимущественную тождественность показателей, нежели их различие.

Статистически достоверно более частое формирование эрозивных (в 1,7 раза) и смешанных (в 2,4 раза) форм воспаления слизистых оболочек желудка и дуоденум у детей первой группы ($p < 0,05$). Поверхностная форма воспаления в 1,6 раза чаще ($p < 0,001$) диагностировалась у больных второй группы (рис. 1).

УЗИ органов брюшной полости подтвердило сочетанность изменений щитовидной железы с поражением системы пищеварения у 96,3% у детей (рис. 2). У пациентов с зобом предпочтительнее гипомоторный тип дискинезии, что может способствовать формированию дисхолии и развитию желчекаменной болезни ($p < 0,001$). Уже в раннем возрасте наступало уплотнение стенки желчного пузыря ($p < 0,01$) и реактивные изменения в поджелудочной железе ($p < 0,05$). Среди детей второй группы в 4,5 раза чаще ДЖВП регистрировались в гиперкинетической форме ($p < 0,001$).

Среди обследованных детей первой группы преобладали пациенты с зобом I степени (93,4%). Остальные дети имели II степень увеличения щитовидной железы. У абсолютного большинства эхографическая картина соответствовала норме (94,9%), а у 5,1% детей паренхима была диффузно неоднородной, включала гипер- и гипоэхогенные участки. Объем щитовидной железы (УЗИ) значительно превышал нормативный. Функциональное состояние гипотиреоидной системы у 125 человек (91,9%) расценивалось как эутиреоидное, у 11 (8,1%) диагностирован субклинический гипотиреоз

Гормональный профиль здоровых и больных хроническим гастродуоденитом незначительно отличался друг от друга.

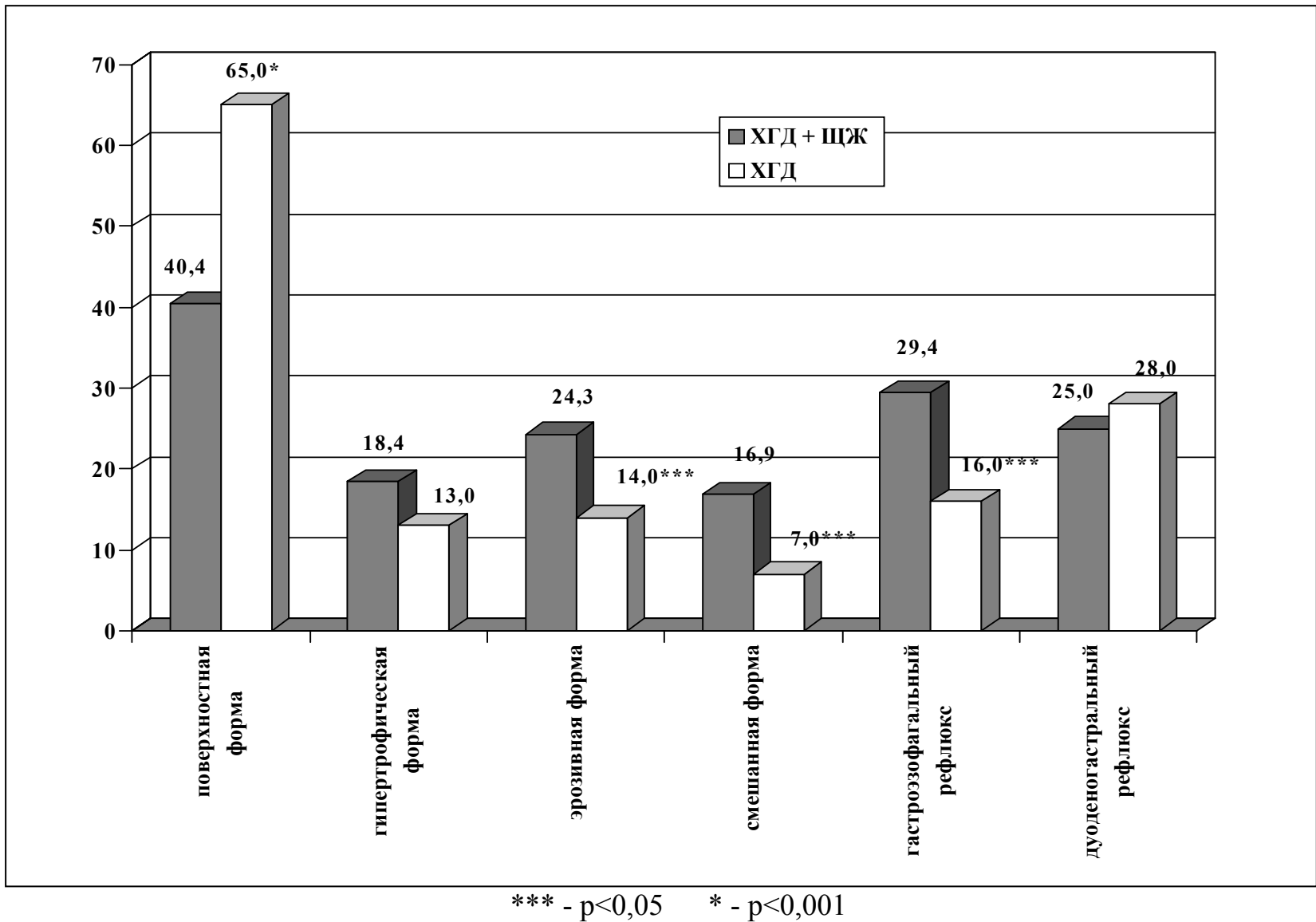
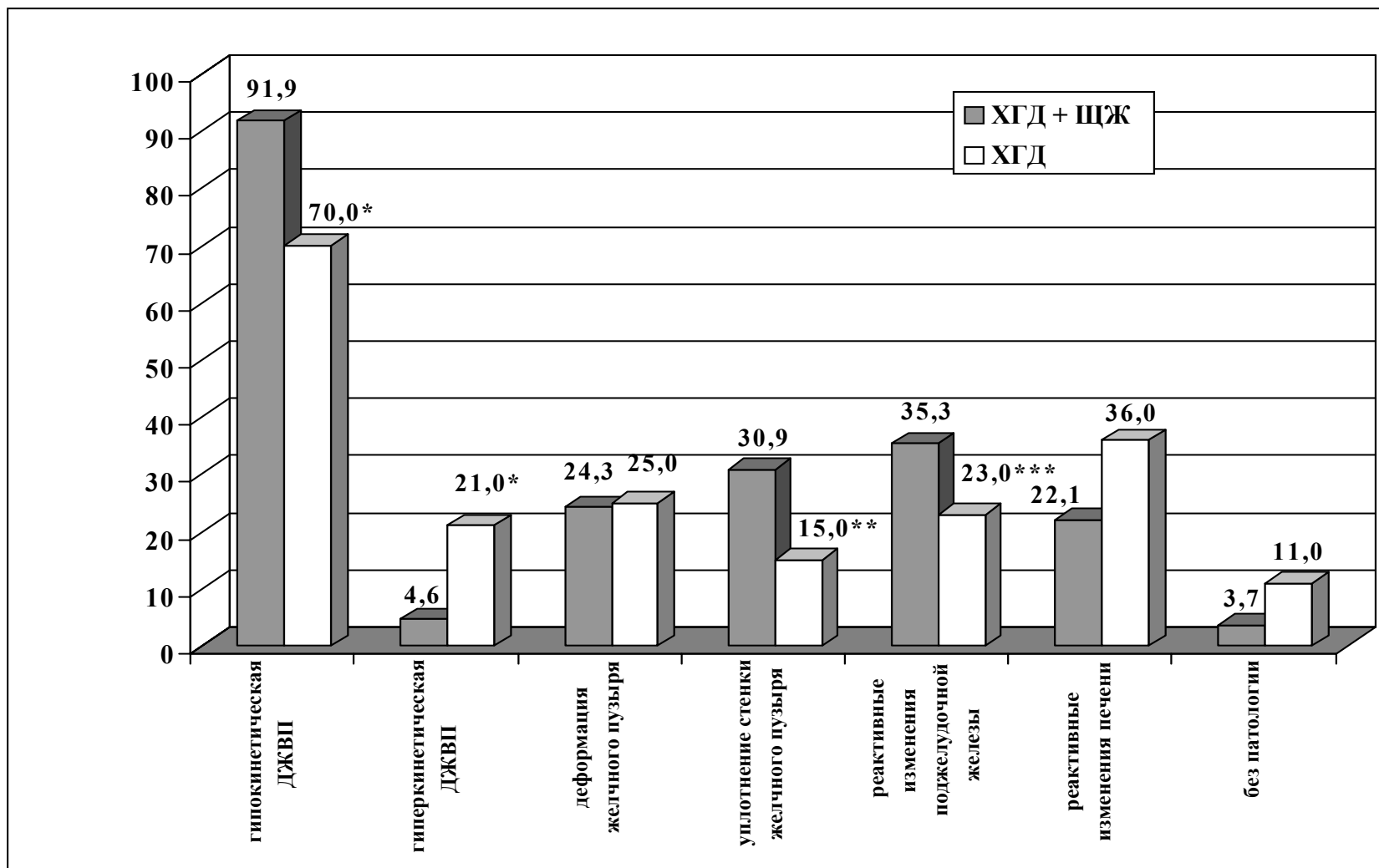


Рис. 1. Сравнительная характеристика ЭФГДС обследованных детей (%)



*** - $p < 0,05$ ** - $p < 0,01$ * - $p < 0,001$

Рис. 2. Сравнительная характеристика результатов УЗИ органов брюшной полости обследованных детей (%)

У детей страдающих сочетанной патологией мы констатировали снижение уровня свободного тироксина (сТ4) в 1,3 раза, находящегося, однако, в пределах диапазона нормы. Средняя концентрация ТТГ в сыворотке крови значительно превышала нормативные, что обусловлено субклиническим гипотиреозом у 11 человек.

Уровень экскреции йода с мочой указывал на лёгкую степень йоддефицита среди детей без признаков тиреопатии и среднетяжелый - у пациентов, страдающих сочетанной патологией.

В результате проведенной работы предложены дифференциально-диагностические критерии типичные для клиники хронического гастродуоденита, сочетанного и нет с зобом.

Нами разработаны критерии алгоритма прогнозирования риска формирования хронического гастродуоденита у детей и подростков с помощью последовательного анализа Вальда-Генкина (таблица 3). С этой целью проанализировано 68 анамнестических признаков, 19 из которых имели статистически достоверные различия. Вероятность развития гастродуоденита при диффузном нетоксическом зобе возрастает при сочетании неблагоприятных факторов, действующих в пре- и постнатальном периодах развития. Такими прогностическими признаками являются гестозы и угроза прерывания беременности, родовые травмы, наличие патологии ЩЖ и ЖКТ у родителей и родственников ребенка, однообразное питание с недостаточным употреблением в пищу мяса и морепродуктов, частые респираторные инфекции.

**Прогностические коэффициенты анамнестических признаков
алгоритма гастродуоденальной патологии, сочетанной с диффузным
нетоксическим зобом.**

№ п/п	Признак	Градация признаков	Частота признака		ПК	Информативность признака
1.	Профессиональные вредности у матери	есть нет	0,23 0,77	0,06 0,94	+5,84 -0,87	0,57
2.	Профессиональные вредности у отца	есть нет	0,21 0,79	0,14 0,86	+1,76 -0,37	0,07
3.	Курение в семье	есть нет	0,49 0,51	0,39 0,61	+0,99 -0,78	0,09
4.	Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия	есть нет	0,36 0,64	0,22 0,78	+2,14 -0,86	0,13
5.	Патология органов пищеварения у родственников	есть нет	0,78 0,22	0,32 0,68	+3,87 -2,30	0,32
6.	Патология щитовидной железы у родственников	есть нет	0,68 0,32	0,18 0,82	+5,77 -4,09	2,60
7.	Гестозы, угроза прерывания беременности	есть нет	0,67 0,33	0,24 0,76	+4,46 -3,62	1,74
8.	Родовые травмы	есть нет	0,13 0,87	0,07 0,93	+2,69 -0,29	0,09
9.	Переношенность	есть нет	0,09 0,91	0,03 0,97	+4,77 -0,28	0,15
10.	Недоношенность	есть нет	0,07 0,93	0,03 0,97	+3,68 -0,18	0,07
11.	Длительная желтуха	есть нет	0,45 0,55	0,12 0,88	+5,74 -2,04	1,29
12.	Пупочная грыжа	есть нет	0,08 0,92	0,04 0,96	+3,01 -0,18	0,06
13.	Раннее смешанное и искусственное вскармливание	есть нет	0,38 0,62	0,22 0,78	+2,37 -1,00	0,27
14.	Нерегулярное и однообразное питание	есть нет	0,89 0,11	0,73 0,27	+8,61 -3,90	2,40
15.	Недостаточное употребление мяса и морепродуктов	есть нет	0,91 0,09	0,33 0,67	+4,41 -8,72	2,04
16.	Часто и длительно болеющий ребёнок	есть нет	0,67 0,33	0,25 0,75	+4,28 -3,57	1,65
17.	Хронические очаги инфекции	есть нет	0,78 0,22	0,46 0,54	+2,29 -3,90	1,23
18.	Аллергические состояния	есть нет	0,66 0,34	0,34 0,66	+2,88 -2,88	0,49
19.	Неврозы	есть нет	0,68 0,32	0,30 0,70	+3,55 -3,39	0,98

ВЫВОДЫ.

1. Распространённость хронического гастродуоденита в промышленном регионе Западной Сибири - Кузбассе - составила 43,5% к числу осмотренных детей и подростков. Эндемический зоб диагностирован в 34,1% случаев. Частота заболеваемости хроническим гастродуоденитом выше у горожан (437,0‰), диффузным нетоксическим зобом – среди жителей сельской местности (498,4‰).

2. Заболеваемость хроническим гастродуоденитом среди детей и подростков с диффузным нетоксическим зобом зарегистрирована в 41,8% наблюдений, находясь на одном уровне у городского и сельского населения (418,1‰).

3. Установлена прямая и значимая корреляционная связь между частотой хронического гастродуоденита сочетанного с диффузным нетоксическим зобом и дефицитом йода во внешней среде; уровнем заболеваемости и содержанием токсических экопатогенов в почве и водоисточниках.

4. Для детей с диффузным нетоксическим зобом, больных хроническим гастродуоденитом характерны дисгармоничность физического развития (62,2%), задержка полового развития (11,4%), нервно-психические нарушения (82,2%), выраженные морфологические изменения слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки (эрозивная, смешанная формы).

5. Разработаны информативные критерии прогноза формирования хронического гастродуоденита у детей с зобом: переносимость плода, нерегулярное и однообразное питание, недостаточное употребление мяса и морепродуктов, профвредности матери, заболевания щитовидной железы и органов пищеварения у родителей и родственников ребёнка.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Практикующим врачам рекомендованы методы ранней диагностики хронических гастродуоденитов у детей и подростков с зобом, основанные на клинико-anamnestических, инструментальных и лабораторных признаках нашего исследования.

2. Разработаны мероприятия и внедрены в местном детском санатории «Журавлик» по медицинской реабилитации больных хроническим гастродуоденитом с зобом.

3. Внедрён алгоритм, позволяющий прогнозировать вероятность формирования хронического гастродуоденита у детей с диффузным нетоксическим зобом на доклиническом этапе.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Гастроэнтерологическая заболеваемость у детей // Физиологические науки – клинической гастроэнтерологии»: Материалы Всероссийской научн.-практ. конф. с международным участием. – Ессентуки, 2001. – С. 38. /В соавт. с Давыдовым Б.И., Звягиной Е.В., Трошковой И.Г./.

2. Структура заболеваемости органов пищеварения у детей и подростков с увеличением щитовидной железы // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. – 2001. - № 12, 13. – С. 220 /В соавт. с Анфиногеновой О.Б., Никитиной И.И./.

3. Хеликобактерные хронические гастродуодениты у детей : Метод. письмо. – Кемерово, 2002. – 21с. /В соавт. с Давыдовым Б.И., Рудаевой Е.Г., Анфиногеновой О.Б., Трошковой И.Г., Нейжмак З.Ф., Протопоповой Т.П., Звягиной Е.В. /.

4. Патология верхних отделов пищеварительного тракта и щитовидной железы у младших школьников промышленного города и

села // «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее»: VII конгресс педиатров России. – М., 2002. – С. 12. /В соавт. с Анфиногеновой О.Б., Маштаковой Е.В./.

5. Клинико-инструментальные подходы в диагностике хронических хеликобактерных гастродуоденитов // «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее»: VII конгресс педиатров России. – М., 2002. – С. 79. /В соавт. с Давыдовым Б.И., Рудаевой Е.Г., Звягиной Е.В., Трошковой Т.М./.

6. Особенности патологического процесса у больных хроническим гастродуоденитом сочетанным с увеличением объёма щитовидной железы // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. – 2002. - № 14, 15. – С. 137 – 138. /В соавт. с Давыдовым Б.И., Анфиногеновой О.Б./.

7. Хронический гастродуоденит у детей с диффузным увеличением щитовидной железы // КГМА, Кемерово, 2002. – 7с. Рукопись деп. в ВИНТИ, № 1751. – В 2002. / В соавт. с Давыдовым Б.И., Анфиногеновой О.Б.