
Юбилей

К 10-летию юбилею журнала «Вопросы детской диетологии» 8

Оригинальные статьи

Диагностическая значимость эндомизийных и тканевых транsgлутаминазных антител для выявления целиакии и других гастроинтестинальных заболеваний

Н.В.Вохмянина 10

Особенности фактического питания и пищевого статуса разных групп населения, в том числе детского, по данным посещений центров здоровья

М.М.Романова, А.В.Погожева, Е.С.Гладышева, Г.Д.Веденина 15

Диагностика ожирения у детей школьного возраста на основе показателей, характеризующих количество жировой ткани

А.П.Аверьянов, В.К.Поляков, Н.В.Болотова 19

Обмен железа у девочек-подростков при *Helicobacter pylori*-ассоциированном хроническом гастрите

С.Ю.Терещенко, Л.В.Лаптева 24

Динамика качества жизни у детей и подростков с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта

С.Э.Загорский, С.Б.Мельнов 30

Обеспеченность микроэлементами детей и подростков северного региона с избыточной массой тела

Т.Я.Корчина, Л.А.Козлова, И.В.Корчина, И.В.Лапенко 34

Обзор литературы

Лактазная недостаточность: что нового?

В.М.Студеникин, С.Ш.Турсунхужаева, Т.Э.Боровик, Л.А.Пак, В.И.Шелковский 39

Лекции

Хронический неспецифический неязвенный колит как многофакторная полиэтиологическая патология кишечника у детей

О.Ю.Белоусова 44

Современные аспекты диетотерапии желчнокаменной болезни у детей

Л.А.Харитоновна, А.М.Запруднов, Л.В.Богомаз 51

Обмен опытом

Подходы к разработке диетотерапии при лечении артериальной гипертензии у подростков

З.Г.Ларионова, Л.И.Елезова, Н.А.Шмаков, И.Я.Конь 58

Особенности течения хронического гастродуоденита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, при персистенции вируса Эпштейна–Барр у детей

Р.М.Левит, Е.М.Спивак, И.С.Аккуратова 63

В помощь врачу

Оптимизация диетотерапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей

Т.Г.Маланичева, Н.В.Зиятдинова, С.Н.Денисова 66

Результаты внедрения программы «Школьное молоко» в России и на Украине

Е.И.Кондратьева, Ж.Ю.Горелова, К.С.Ладодо, Е.И.Прахин, О.Г.Шадрин, К.А.Давтян, Г.Н.Дёгтева, В.В.Лабинов, Д.Э.Халачева, Л.А.Гузницца 69

Правила для авторов 79

Динамика качества жизни у детей и подростков с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта

С.Э.Загорский, С.Б.Мельнов

Полесский государственный университет, Пинск, Беларусь

Цель. Определить в динамике состояние качества жизни (КЖ) у детей и подростков с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта.

Пациенты и методы. С помощью опросника PedsQL 4.0 изучалось КЖ у 116 детей и подростков от 12 до 18 лет с рефлюкс-эзофагитом (РЭ) с последующей его динамической оценкой у 56 пациентов в ремиссии через 6–48 мес. Для сравнения определяли КЖ у 232 респондентов без гастроэнтерологических жалоб и 42 пациентов с хроническим гастритом, сопоставимых по возрасту и полу.

Результаты. КЖ было значительно ниже при хроническом гастрите и в меньшей степени РЭ, чем у детей и подростков без жалоб. В ремиссии КЖ пациентов с РЭ улучшается, однако не достигает показателей здоровых респондентов. С увеличением длительности РЭ показатели КЖ снижаются, при этом темпы снижения со временем замедляются.

Заключение. Снижение КЖ у детей и подростков с хроническим гастритом и РЭ требует учета индивидуального восприятия болезни в лечебной тактике и динамическом наблюдении.

Ключевые слова: гастрит, дети, качество жизни, подростки, рефлюкс-эзофагит

Dynamics of the quality of life in children and adolescents with chronic diseases of the upper digestive tract

S.E.Zagorskiy, S.B.Mel'nov

Polesye State University, Pinsk, Belarus

The objective. To determine dynamically the quality of life (QL) in children and adolescents with chronic diseases of the upper digestive tract.

Patients and methods. The questionnaire PedsQL 4.0 was used to study QL in 116 children and adolescents from 12 to 18 years with reflux-esophagitis (RE) with its subsequent dynamic evaluation in 56 patients in remission 6–48 months later. For comparison, QL was determined in 232 respondents without gastroenterological complaints and in 42 patients with chronic gastritis comparable by age and gender.

Results. QL was considerably lower in chronic gastritis and lower to a lesser degree in RE than in children and adolescents without complaints. During remission, QL of patients with RE improves, however does not achieve the values of healthy respondents. With an increase of the duration of RE the values of QL decrease, the rates of decrease decelerating with the lapse of time.

Conclusion. A decreased QL in children and adolescents with chronic gastritis and RE necessitates taking into account individual perception of disease in therapeutic tactics and dynamic observation.

Key words: gastritis, children, quality of life, adolescents, reflux-esophagitis

Хронические заболевания органов пищеварения продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре современной заболеваемости. На этом фоне отмечается значительный рост частоты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [1–5].

Важными характеристиками этого заболевания, определяющими его медицинскую и социальную значимость, являются частые выраженные клинические симптомы (в первую очередь, изжога и регургитация) и вероятность развития

грозных отдаленных последствий (пищевод Барретта, стриктуры, аденокарцинома) [2, 3, 5].

Субъективные ощущения влияют на психологический статус пациентов и приводят к отчетливому снижению качества жизни (КЖ). КЖ выступает в качестве интегрального критерия болезненности человека на основании индивидуального восприятия в различных сферах функционирования. Кроме того, показатели КЖ, наряду с объективными данными, могут служить простым, недорогим и достаточно надежным диагностическим методом в оценке тяжести и динамики течения болезни [6–9].

Закономерно, что в последние годы определению уровня КЖ при различных заболеваниях уделяется большое внимание, свидетельством чего являются опубликованные результаты проведенных исследований [10–27]. В то же время, данных, отражающих состояние КЖ при гастроэнтерологи-

Для корреспонденции:

Загорский Сергей Эверович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей и клинической медицины Полесского государственного университета

Адрес: 225710, Пинск, ул. Днепровской Флотилии, 23
Телефон: (375162) 31-2160

Статья поступила 29.11.2012 г., принята к печати 25.01.2013 г.

ческой патологии, представлено недостаточно, особенно у педиатрических пациентов [10–12, 14, 18, 19, 21–23, 25–27].

Цель настоящего исследования – определить в динамике состояние КЖ у детей и подростков с хронической патологией ВОПТ.

Пациенты и методы

Для исследования методом сплошной случайной выборки было отобрано 116 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет с рефлюкс-эзофагитом (РЭ) в период обострения. Диагноз эзофагита был верифицирован эндоскопически (в соответствии с классификацией G.Tytgat в модификации В.Ф.Приворотского и соавт.) и морфологически при проведении эзофагогастродуоденоскопии в 2009–2010 гг. на базе 3-й и 4-й городских детских клинических больниц г. Минска. В эндоскопических исследованиях использовались фиброэндоскопы Olympus PQ 20, XP 20, XPE 20.

Средний возраст обследованных детей с РЭ (Ме (LQ/UQ)) составил 16,0 (14,75/17,00) лет, (мальчиков – 56 (48,3%), девочек – 60 (51,7%).

Повторное анкетирование проводилось при динамическом наблюдении у 56 пациентов в период ремиссии через 6–46 мес после обострения.

В качестве группы сравнения были проанкетированы 42 пациента с хроническим гастритом (ХГ)/гастродуоденитом, сопоставимые по возрастному и половому составу. Средний возраст – 15,0 (13,5/16,5) лет, мальчиков – 18 (42,9%), девочек – 24 (57,1%).

Критериями исключения из исследования были перенесенные в течение последних трех месяцев острые заболевания, а также указания в анамнезе на наличие хронических заболеваний других систем (кроме органов пищеварения).

Контрольная группа включала 232 респондента без гастроэнтерологических жалоб соответствующего возрастного и полового состава (сравнение методом «случай–контроль»). Средний возраст детей и подростков в контрольной группе составил 15,75 (14,0/17,0) лет; мальчиков – 112 (48,3%), девочек – 120 (51,7%).

После получения информированного согласия детей и родителей КЖ оценивали при помощи стандартизованного опросника PedsQL 4.0, адаптированного для русскоязычной среды и возрастного диапазона 12–18 лет [8].

Предварительно с каждым из анкетированных проводилась разъяснительная беседа с объяснением смысла поставленных вопросов.

В работе проведен анализ связи показателей КЖ с длительностью заболевания. Для этого все обследованные пациенты были разделены на три группы: с длительностью болезни менее года; от одного до трех лет и более трех лет.

Статистическая обработка материалов выполнена с использованием пакета программ Statistica 8.0. Средний возраст с учетом ненормальности распределения по критерию Шапиро–Уилка представлен в виде Моды (Мо) и интерквартильного размаха (LQ/UQ). Показатели КЖ представлены в виде среднего балла и среднего квадратичного отклонения ($M \pm SD$). При анализе данных использовали непараметрический метод с расчетом U-критерия Манна–Уитни – для сравнения показателей КЖ при РЭ и ХГ; критерия Крас-

келла–Уоллиса – для сравнения показателей КЖ в зависимости от длительности болезни и при сравнении в группах респондентов с РЭ в период обострения и ремиссии и контрольной группе. В последующем рассчитывали U-критерий Манна–Уитни с поправкой Бонферрони при сравнении групп с РЭ в различные периоды с контрольной группой и при межгрупповом анализе пациентов с РЭ с различной продолжительностью заболевания, а также критерий Вилкоксона – при сравнении детей и подростков с РЭ в процессе динамического наблюдения. За уровень статистической достоверности принимали $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате сравнительной оценки показателей КЖ у респондентов с РЭ и ХГ были получены следующие данные (табл. 1). Показатели КЖ у пациентов с ХГ были ниже и различия достигали статистически значимых значений во всех сферах функционирования, кроме учебной. В литературе приводятся сравнительные данные у взрослых, свидетельствующие о более выраженном снижении КЖ при ГЭРБ по сравнению с ХГ [26]. Возможно, умеренное снижение КЖ на фоне ГЭРБ в детском возрасте связано с менее тяжелыми симптомами по сравнению с взрослыми пациентами.

В то же время при последующем сравнительном анализе показатели КЖ были значительно ниже у пациентов с РЭ в период обострения, чем у респондентов без гастроэнтерологических жалоб (рисунк). При этом существенное ухудшение КЖ отмечалось во всех сферах ($p < 0,0001$), что отражает определенный психологический дискомфорт у детей и подростков с этим заболеванием. На аналогичные изменения в субъективном статусе пациентов с ГЭРБ указывают и другие исследования [11, 12, 14, 19, 21–23, 25–27].

Различия между всеми показателями в трех сравниваемых группах носили статистически значимый характер ($p < 0,0001$ по критерию Краскелла–Уоллиса).

Обращает на себя внимание факт неполного восстановления КЖ в период ремиссии РЭ, несмотря на редкие жалобы или их отсутствие. Показатели КЖ у детей и подростков с РЭ в период обострения были значительно ниже, чем в ремиссии, и различались во всех сферах в отдельности и суммарно ($p < 0,01$).

Таблица 1. Сравнительные показатели качества жизни у детей и подростков с рефлюкс-эзофагитом и хроническим гастритом (гастродуоденитом)

Критерий качества жизни	Рефлюкс-эзофагит (n = 116), баллы (M ± SD)	Хронический гастрит (гастродуоденит) (n = 42), баллы (M ± SD)	p, критерий Манна–Уитни
Физическое функционирование	76,6 ± 26,8	71,7 ± 27,6	0,005
Эмоциональное функционирование	62,5 ± 25,6	57,4 ± 29,7	0,047
Социальное функционирование	85,4 ± 21,6	82,0 ± 22,6	0,03
Роль в школе	61,7 ± 23,9	59,9 ± 25,2	0,45
Психосоциальное функционирование	69,9 ± 26,2	66,4 ± 28,2	0,02
В целом	72,2 ± 26,6	68,2 ± 28,1	0,0003

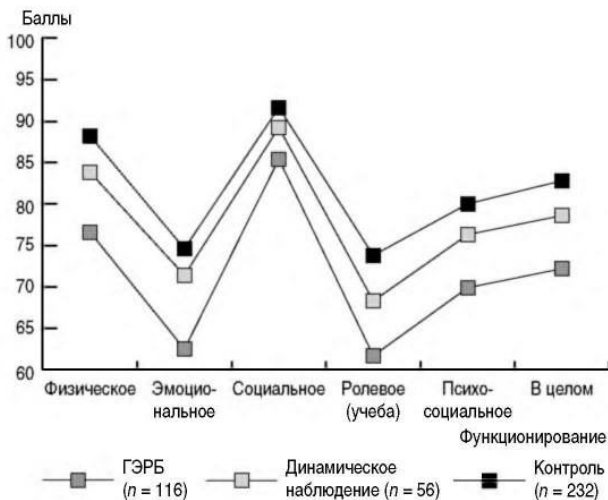


Рисунок. Показатели качества жизни у детей и подростков в различные периоды течения рефлюкс-эзофагита по сравнению с контрольной группой.

После достижения ремиссии показатели КЖ у детей и подростков с РЭ оказались наиболее близкими к контрольной группе в сферах эмоционального и социального функционирования ($p = 0,046$ и $p = 0,021$ соответственно, т.е. с учетом поправки Бонферрони не имели статистически значимых различий). Однако КЖ по физической активности и учебной деятельности оставалось намного ниже, чем в контроле ($p = 0,00001$ и $p = 0,0002$ соответственно), что приводило к снижению суммарных показателей психосоциального функционирования и КЖ в целом ($p = 0,00002$ и $p < 0,00001$ соответственно).

На наш взгляд, это свидетельствует о необходимости длительного наблюдения и проведения реабилитационных мероприятий с учетом индивидуальных особенностей у этих пациентов. По данным литературы, положительная динамика при ГЭРБ отмечается преимущественно по физическому функционированию [22].

Для уточнения влияния длительности заболевания на субъективное восприятие болезненных ощущений проведен анализ ее связи с показателями КЖ (табл. 2). По результатам проведенного исследования выявлено снижение показателей КЖ у детей и подростков с РЭ в зависимости от длительности симптомов ГЭРБ.

Как видно из представленных данных, у пациентов с РЭ отмечалось снижение КЖ преимущественно в эмоциональной сфере и учебной активности. При этом, несмотря на общую тенденцию к снижению всех показателей КЖ при анамнезе заболевания более одного года, ухудшение в двух вышеуказанных сферах было более выраженным уже на

первом году болезни. В то же время показатели КЖ по физическому, социальному и ролевому функционированию через год от начала заболевания снижались в большей степени, что отражают значительные статистические различия в группах обследованных детей и подростков с различной длительностью РЭ ($p = 0,007$; $p = 0,017$ и $p = 0,016$ соответственно при сравнении в группах пациентов с анамнезом болезни до года и от года до трех лет). Следует отметить, что после трех лет от старта болезни КЖ в большинстве сфер функционирования продолжало ухудшаться, однако темпы снижения показателей были значительно медленнее ($p > 0,05$). Только по ролевому функционированию было выявлено улучшение, которое, вероятно, отражает адаптацию пациентов к субъективным болезненным ощущениям в процессе учебы. Это в конечном итоге обусловило слабое повышение психосоциального функционирования суммарно и практически отсутствие динамики по показателю КЖ в целом при длительности заболевания более трех лет по сравнению с пациентами, имеющими признаки РЭ от одного до трех лет.

Вероятно, имеющаяся на ранних этапах заболевания дезадаптация детей и подростков с РЭ с течением времени постепенно нивелируется, что отражает процесс приспособления детского (подросткового) организма к условиям болезненного состояния и не исключает позитивного влияния проводимых лечебных мероприятий.

Таким образом, хронические заболевания верхних отделов пищеварительного тракта в детском возрасте сопровождаются значительным снижением КЖ, более выраженным при ХГ. В период ремиссии КЖ у пациентов с РЭ улучшается, однако остается ниже по сравнению с детьми и подростками без гастроэнтерологических жалоб. С увеличением длительности этого заболевания показатели КЖ снижаются, при этом с течением времени темпы этого снижения замедляются.

Имеющее место у детей и подростков с патологией ВОПТ снижение КЖ требует учета особенностей субъективного восприятия болезни в разработке мероприятий по лечению и вторичной профилактике этой группы заболеваний.

Литература

1. Мухаметова ЕМ, Эрдес СИ. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: эпидемиология, диагностические критерии, прогноз. РЖГТК. 2010;1:75-81.
2. Приворотский ВФ, Луппова НЕ, Герасимова ТА, Орлов АВ, Романюк ФП, Антонова ЕА. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у детей. Эксперим и клин гастроэнтерология. 2011;1:14-21.
3. Dent J, El-Serag HB, Wallander M-A, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease. Gut. 2005;54:710-7.
4. Gold BD. Review article: epidemiology and management of gastro-oesophageal reflux in children. Aliment Pharmacol Ther. 2004;19 (Suppl 1):22-7.

Критерий качества жизни	Длительность менее 1 года (n = 16), баллы (M ± SD)	От 1 до 3 лет (n = 39), баллы (M ± SD)	Более 3 лет (n = 61), баллы (M ± SD)	p, критерий Краскелла-Уоллиса
Физическое функционирование	81,6 ± 29,0	76,7 ± 25,3	75,3 ± 27,0	0,008
Эмоциональное функционирование	66,9 ± 27,8	62,3 ± 24,4	61,4 ± 25,8	0,14
Социальное функционирование	92,5 ± 14,0	85,3 ± 22,2	83,7 ± 22,5	0,008
Роль (учеба)	64,7 ± 26,0	58,7 ± 22,1	62,8 ± 24,3	0,03
Психосоциальное функционирование	74,7 ± 26,5	68,8 ± 25,7	69,3 ± 26,2	0,019
В целом	77,1 ± 27,6	71,5 ± 25,9	71,4 ± 26,6	<0,0001

5. Vakil N, van Zanden SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:1900-20.
6. Баранов АА, Альбицкий ВЮ, Валиуллина СА, Винярская ИВ. Изучение качества жизни детей – важная задача современной педиатрии. *Рос пед журнал.* 2005;5:30-4.
7. Винярская ИВ. Изучение качества жизни у детей. *Проблемы соц гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2006;3:28-31.
8. Лукьянова ЕМ. Оценка качества жизни в педиатрии. *Качественная клин практика.* 2002;4:34-42.
9. Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Под ред. Шевченко ЮЛ. М.: ОЛМА; 2007.
10. Гурова ММ, Хмельевская ИГ. Качество жизни детей с хроническими гастроудоденитами. *Эксперим и клин гастроэнтерология.* 2010;11:16-22.
11. Джулай ГС, Секарева ЕВ. Клинико-эндоскопическая характеристика эзофагита и эмоционально-личностная сфера больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Эксперим и клин гастроэнтерология.* 2009;4:35-9.
12. Дубровская МИ, Усачева ЕМ. Психологические особенности детей с поражениями верхнего отдела пищеварительного тракта и избыточной массой тела. *Вопросы детской диетологии.* 2010;8(1):5-8.
13. Евдокимов ЕЛ. Качество жизни у детей с хроническими дерматозами. *Психотерапия и клин психология.* 2010;1:118-21.
14. Маев ИВ, Самсонов АА, Одинцова АН, Яшина АВ. Динамика показателей качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сочетанной терапии. *РМЖ.* 2010;18(5):283-7.
15. Минаев СВ, Винярская ИВ, Цуциева ВВ, Минаева НВ, Джабарова ЕВ, Закаидзе СИ, и др. Оптимизация программы лечения детей с острыми неспецифическими лимфаденитами. *Вопросы практической педиатрии.* 2010;5(5):27-30.
16. Неведовская ЛВ. Исследование качества жизни детей с нарушениями зрения. *Вопросы совр педиатрии.* 2009;1:10-2.
17. Новик АА, Кузнецов АН, Мельниченко ВЯ, Федоренко ДА, Ионова ТИ. Отдаленные результаты аутологичной трансплантации стволовых кровяных клеток у больных рассеянным склерозом. *Вестник Международного центра исследования качества жизни.* 2009;13-14:84-7.
18. Решетников ОВ, Курилович СА, Симонова ГИ, Пыленкова ЕД, Малютина СК. Качество жизни при диспепсии и синдроме раздраженного кишечника: популяционное исследование. *Эксперим и клин гастроэнтерология.* 2010;3:27-31.
19. Трухманов АС, Маев ИВ. Неэрозивная рефлюксная болезнь с позиций современной гастроэнтерологии: клинические особенности и влияние на качество жизни пациентов. *РМЖ.* 2004;12(23):1344-8.
20. Туманян ГТ, Донской ДВ, Аюбян МК. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического холецистита у детей. *Дет. хирургия.* 2010;6:11-4.
21. Acierno SP, Chilcote HC, Edwards TC, Goldin AB. Development of a quality of life instrument for pediatric gastroesophageal reflux disease: qualitative interviews. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;50(5):486-492.
22. Arihiro S, Kato T, Ito K, Saruta M, Nikami T, Suzuki T, et al. Correlation between symptomatic improvement and quality of life in patients with reflux and dyspeptic symptoms. *J Clin Biochem Nutr.* 2012;50(3):205-10.
23. Guy DE, Talley NJ. Gastroesophageal reflux disease: risk factors, and impact on quality of life – a population-based study. *J Clin Gastroenterol.* 2009;43:111-7.
24. Everhart RS, Fiese BH. Asthma severity and child quality of life in pediatric asthma: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2009;75(2):162-8.
25. Oh JH. Health-related quality of life issues in gastroesophageal reflux disease. *Korean J Gastroenterol.* 2010;55:85-93.
26. Revicki DA, Wood M, Maton PN, Sorensen S. The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life. *Am J Med.* 1998;104(3):252-8.
27. Lee SP, Lee KN, Lee OY, Lee HL, Choi HS, Yoon BC, et al. The relationship between existence of typical symptoms and psychological factors in patients with erosive esophagitis. *J Neurogastroenterol Motil.* 2012;18(3):284-90.

References

1. Mukhametova YeM, Erdes SI. *RZhGGK.* 2010;1:75-81. Russian.
2. Privorotskiy VF, Luppova NE, Gerasimova TA, Orlov AV, Romanyuk FP, Antonova YeA. *Eksperim i klin gastroenterologiya.* 2011;1:14-21. Russian.
3. Dent J, El-Serag HB, Wallander M-A, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease. *Gut.* 2005;54:710-7.
4. Gold BD. Review article: epidemiology and management of gastro-oesophageal reflux in children. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;19 (Suppl 1):22-7.
5. Vakil N, van Zanden SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:1900-20.
6. Baranov AA, Albitskiy VYu, Valiullina SA, Vinyarskaya IV. *Ros ped zhurnal.* 2005;5:30-4. Russian.
7. Vinyarskaya IV. *Problemy sots gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2006;3:28-31. Russian.
8. Lukyanova YeM. *Kachestvennaya klin praktika.* 2002;4:34-42. Russian.
9. Novik AA, Ionova TI. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine.* Pod red. Shevchenko YuL. M.: OLMA; 2007. Russian.
10. Gurova MM, Khmelevskaya IG. *Eksperim i klin gastroenterologiya.* 2010;11:16-22. Russian.
11. Dzhulay GS, Sekareva YeV. *Eksperim i klin gastroenterologiya.* 2009;4:35-9. Russian.
12. Dubrovskaya MI, Usacheva YeM. *Voprosy detskoy diyetologii.* 2010;8(1):5-8. Russian.
13. Evdokimov YeL. *Psikhoterapiya i klin psikhologiya.* 2010;1:118-21. Russian.
14. Mayev IV, Samsonov AA, Odintsova AN, Yashina AV. *RMZh.* 2010;18(5):283-7. Russian.
15. Minayev SV, Vinyarskaya IV, Tsutsiyeva VV, Minayeva NV, Dzhabarova YeV, Zakaidze SI, i dr. *Voprosy prakticheskoy pediatrii.* 2010;5(5):27-30. Russian.
16. Nefedovskaya LV. *Voprosy sovr pediatrii.* 2009;1:10-2. Russian.
17. Novik AA, Kuznetsov AN, Melnichenko VYa, Fedorenko DA, Ionova TI. *Vestnik Mezhdunarodnogo tsentra issledovaniya kachestva zhizni.* 2009;13-14:84-7. Russian.
18. Reshetnikov OV, Kurilovich SA, Simonova GI, Pylenkova YeD, Maljutina SK. *Eksperim i klin gastroenterologiya.* 2010;3:27-31. Russian.
19. Trukhmanov AS, Mayev IV. *RMZh.* 2004;12(23):1344-8. Russian.
20. Tumanyan GT, Donskoy DV, Akopyan MK. *Det. khirurgiya.* 2010;6:11-4. Russian.
21. Acierno SP, Chilcote HC, Edwards TC, Goldin AB. Development of a quality of life instrument for pediatric gastroesophageal reflux disease: qualitative interviews. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;50(5):486-492.
22. Arihiro S, Kato T, Ito K, Saruta M, Nikami T, Suzuki T, et al. Correlation between symptomatic improvement and quality of life in patients with reflux and dyspeptic symptoms. *J Clin Biochem Nutr.* 2012;50(3):205-10.
23. Guy DE, Talley NJ. Gastroesophageal reflux disease: risk factors, and impact on quality of life – a population-based study. *J Clin Gastroenterol.* 2009;43:111-7.
24. Everhart RS, Fiese BH. Asthma severity and child quality of life in pediatric asthma: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2009;75(2):162-8.
25. Oh JH. Health-related quality of life issues in gastroesophageal reflux disease. *Korean J Gastroenterol.* 2010;55:85-93.
26. Revicki DA, Wood M, Maton PN, Sorensen S. The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life. *Am J Med.* 1998;104(3):252-8.
27. Lee SP, Lee KN, Lee OY, Lee HL, Choi HS, Yoon BC, et al. The relationship between existence of typical symptoms and psychological factors in patients with erosive esophagitis. *J Neurogastroenterol Motil.* 2012;18(3):284-90.

Информация о соавторе:

Мельнов Сергей Борисович, доктор биологических наук, профессор, проректор по научной работе Полесского государственного университета
 Адрес: 225 710 Беларусь, Пинск, ул. Днепровской Флотилии, 23
 Телефон: (375162) 31-2160