

Внепищеводные проявления у детей старшего возраста и подростков с рефлюкс-эзофагитом

Загорский С.Э.¹, Герасимович О.Г.²

¹Полесский государственный университет, Пинск, Беларусь

²3-я городская детская клиническая больница, Минск, Беларусь

Zagorskiy S.E.¹, Gerasimovich O.G.²

¹Polesye State University, Pinsk, Belarus

²3rd City Children's Clinical Hospital, Minsk, Belarus

Extraesophageal manifestations in older children and adolescents with reflux-esophagitis

Резюме. Представлены результаты оценки функции внешнего дыхания (ФВД) у 162 детей и подростков с рефлюкс-эзофагитом (РЭ) 12–18 лет. У 21% пациентов отмечались нарушения преимущественно (94,1%) по обструктивному типу. Анализ показателей ФВД показал отсутствие различий в зависимости от тяжести РЭ, длительности болезни и частоты ЛОР-патологии и острых респираторных инфекций (ОРИ) и их снижение у пациентов без изжоги. Частые ОРИ и хроническая патология ЛОР-органов наблюдались соответственно у 32,2 и 41,4% из 314 обследованных пациентов с РЭ.

Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит, функция внешнего дыхания, ЛОР-патология, дети, подростки.

Медицинские новости. – 2014. – №8. – С. 60–63.

Summary. The results of respiratory function evaluation, conducted in 162 children and adolescents with reflux-esophagitis (RE) 12–18 years old, is presented in the article. Disturbances, predominantly (94.1%) of obstructive type, were observed in 21% patients. Analysis of respiratory function indexes demonstrated the absence of differences depending on RE severity, disease duration and frequency of ENT-pathology and respiratory infections, and their decrease in patients without heartburn. Frequent respiratory infections and chronic ENT-pathology were found in 32.2% and 41.4% from examined 314 patients with RE.

Key words: reflux-esophagitis, respiratory function, ENT-pathology, children, adolescents.

Meditsinskie novosti. – 2014. – №8. – P. 60–63.

В структуре хронической патологии пищеварительной системы все большее место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), заболеваемость которой в нынешнем веке приобрела характер пандемии [12, 24, 25]. Актуальность проблемы растущей частоты ГЭРБ связана со значительным ухудшением качества жизни пациентов при этом заболевании и риском развития жизнеугрожающих осложнений (кровотечения, стриктуры, малигнизация).

Международными критериями предусмотрено выделение типичных, или так называемых пищеводных, и внепищеводных (экстраэзофагеальных) симптомов [23, 25]. К типичным симптомам относят изжогу и регургитацию. Характерным осложнением ГЭРБ является развитие воспалительного процесса в слизистой оболочке пищевода – рефлюкс-эзофагита (РЭ).

Внепищеводные симптомы считаются атипичными и представлены преимущественно патологическими изменениями

со стороны бронхолегочной системы и ЛОР-органов, на долю которых приходится 85–90% от всех экстраэзофагеальных осложнений [2, 3, 5, 7, 9, 14, 15, 16, 19, 20, 22]. Эти эффекты могут быть связаны как с прямым повреждающим действием рефлюктата на слизистые оболочки верхних и нижних дыхательных путей (глотки, гортани, среднего уха, назальносинусового комплекса, трахеобронхолегочного дерева), так и за счет рефлекторных воздействий.

Установлено или активно изучается участие гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) в патогенезе ряда заболеваний бронхолегочной системы (бронхиальная астма, хронический и рецидивирующий бронхит, рецидивирующая пневмония, легочный фиброз) и ЛОР-органов (ларингит, хронический атрофический фарингит, рецидивирующий отит, евстахиит, риносинусит, стридор, дисфония) [1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 21]. Кроме того, внепищеводные проявления ГЭРБ

включают в себя нарушения других систем (стоматологические заболевания (эрозии эмали, кариес, периодонтит, стоматит), кардиоваскулярные нарушения, анемию, галитоз, синдром Sandifer, рецидивирующее апноэ и задержку прибавки массы тела в раннем возрасте) [20, 22–25].

Вероятная роль патологического ГЭР в формировании заболеваний вне пищеварительного тракта диктует необходимость тщательной оценки различных вариантов течения ГЭРБ для разработки оптимальных диагностических и лечебных мероприятий.

Однако результаты немногочисленных исследований по изучению взаимосвязи ГЭРБ с патологией других систем организма в детском возрасте не позволяют сделать окончательных выводов о наличии и выраженности такой зависимости [1, 6, 7, 12–14, 17, 18, 21, 22].

Цель исследования – определить состояние дыхательных путей у детей старшего возраста и подростков с рефлюкс-эзофагитом.

Таблица 1 Показатели ФВД в зависимости от наличия эрозивно-язвенных поражений СОП, %, Me (LQ/UQ)

Показатель	Вариант эзофагита		p
	Неэрозивный эзофагит (n=76)	Эрозивный эзофагит (n=86)	
ЖЕЛ	103,5% (95,0–119,5%)	106,5% (96,0–123,0%)	0,65
ФЖЕЛ	108,5% (93,0–119,5%)	108,5% (96,0–123,0%)	0,65
ОФВ ₁	110,0% (97,0–124,0%)	113,5% (100,0–125,0%)	0,43
ПОС выдоха	94,0% (80,5–106,5%)	92,5% (82,0–108,0%)	0,90
МОС ₂₅	100,0% (90,5–123,5%)	105,0% (92,0–123,0%)	0,52
МОС ₅₀	112,5% (95,0–137,5%)	111,0% (99,0–136,0%)	0,49
МОС ₇₅	114,5% (92,0–142,0%)	116,0% (102,0–136,0%)	0,82

Таблица 2 Показатели ФВД в зависимости от наличия изжоги, %, Me (LQ/UQ)

Показатель	Наличие изжоги		p
	С изжогой (n=103)	Без изжоги (n=59)	
ЖЕЛ	107,0% (98,0–122,0%)	103,0% (92,0–117,0%)	0,10
ФЖЕЛ	111,0% (99,0–122,0%)	103,0% (90,0–123,0%)	0,08
ОФВ ₁	113,0% (103,0–125,0%)	108,0% (94,0–124,0%)	0,14
ПОС выдоха	94,0% (82,0–110,0%)	88,0% (79,0–106,0%)	0,33
МОС ₂₅	103,0% (93,0–124,0%)	98,0% (89,0–122,0%)	0,34
МОС ₅₀	113,0% (100,0–136,0%)	110,0% (89,0–146,0%)	0,49
МОС ₇₅	117,0% (102,0–144,0%)	111,0% (89,0–128,0%)	0,07

Материалы и методы

В исследование методом случайной выборки было включено 162 ребенка и подростка с РЭ (средний возраст – 16,0 (14,75/17,0) лет; девочек – 68, мальчиков – 94).

Все дети проходили стационарное лечение в гастроэнтерологических отделениях 3-й и 4-й детских городских клинических больниц города Минска в 2008–2011 гг.

Диагноз эзофагита был верифицирован эндоскопически (в соответствии с классификацией G. Tutgat в модификации В.Ф. Приворотского и соавт.) и морфологически при проведении эзофагогастродуоденоскопии. В эндоскопических исследованиях использовались фиброэндоскопы Olympus PQ 20, XP 20, XPE 20.

Критерии исключения из исследования: перенесенные в течение последних трех месяцев острые заболевания, курсовой (более недели) прием медикаментов, а также указания в анамнезе на наличие хронических заболеваний других систем (кроме органов пищеварения).

При анализе анамнестических и клинических данных методом анкетирования оценивали степень тяжести поражения слизистой оболочки пищевода (наличие деструктивных поражений), распространенность типичных симптомов (изжога,

регргитация, кислая и горькая отрыжки, нарушения глотания), длительность заболевания, частоту острых респираторных инфекций (ОРИ) верхних дыхательных путей, наличие хронической ЛОР-патологии (тонзиллит, аденоидит, фарингит, отит, синусит, ларингит).

Наличие типичных симптомов ГЭРБ учитывалось с учетом критериев, приведенных в Международном консенсусе (Монреаль, 2005), согласно которому рекомендуется считать симптом положительным при его проявлении не реже одного раза в неделю [23].

Критерием частых ОРИ считали четыре и более случаев в течение года.

Для определения функции внешнего дыхания (ФВД) всем пациентам выполнялась компьютерная спирография и пневмотахометрия на аппарате SpiroUSB (Великобритания). Измерялись основные параметры: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), пиковая объемная скорость (ПОС) выдоха, максимальная объемная скорость форсированного выдоха на уровне 25, 50 и 75% выдохнутого объема ЖЕЛ (МОС₂₅, МОС₅₀ и МОС₇₅). Полученные результаты

представлены в процентах по отношению к средним значениям возрастной нормы.

Статистическая обработка материалов проводилась с использованием пакета программ Statistica 8.0. Средний возраст и основные показатели ФВД представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (LQ/UQ), так как при анализе показателей по критерию Шапиро–Уилка имело место их ненормальное распределение. Для описания относительной частоты изучаемых признаков применяли 95% доверительный интервал (ДИ). Для сравнения групп по различным показателям ФВД использовали непараметрический метод с расчетом U-критерия Манна–Уитни. За уровень статистической достоверности принимали p<0,05.

Результаты и обсуждение

Нарушения ФВД зарегистрированы у 34 (21,0% (95% ДИ 15,0–28,1%)) больных. Выявленные изменения относились преимущественно к обструктивному типу (32 (94,1% (95% ДИ 80,3–99,3%)) случая) и редко имели смешанный характер (2 (5,9% (95% ДИ 0,7–19,7%)) случая). Только у 2 (1,2% (95% ДИ 0,2–4,4%)) подростков с РЭ отмечалась умеренная степень нарушений ФВД по обструктивному типу, в остальных случаях наблюдалось снижение показателей легкой степени.

Бронхообструктивные проявления ГЭРБ в детском возрасте обнаружили в своих исследованиях другие авторы [14, 21]. По данным А.М. Шабалова [14], нарушения ФВД имели место у 18,8% из 159 детей с РЭ.

При анализе показателей ФВД в зависимости от наличия деструктивных поражений пищевода не установлено связи функциональных показателей бронхолегочной системы со степенью тяжести поражения слизистой оболочки пищевода (табл. 1).

Можно предположить, что развитие нарушений ФВД в значительной степени зависит не только от частоты рефлюксов, количества и химического состава рефлюксата, но и от высоты заброса. А для формирования деструктивных поражений пищевода, кроме агрессивного действия желудочного содержимого, важно состояние защитных механизмов.

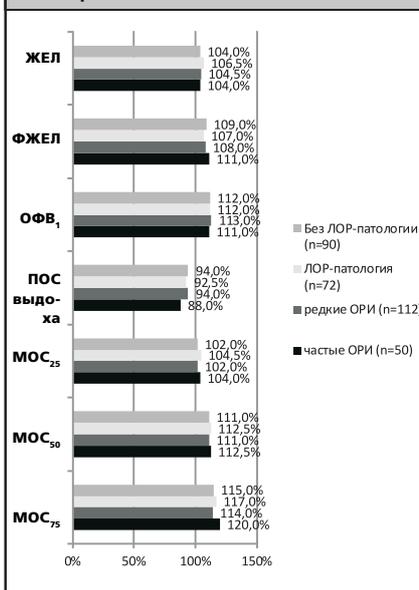
В литературе нет единства во мнениях по поводу взаимосвязи нарушений ФВД с тяжестью РЭ. А.М. Шабалов [14] выявил более выраженные изменения по обструктивному типу при увеличении тяжести РЭ у детей.

По результатам исследования, при тенденции к повышению всех показателей ФВД на фоне изжоги наиболее значительный рост отмечался по уровню ЖЕЛ, ФЖЕЛ и МОС₇₅ (табл. 2).

Таблица 3 Показатели ФВД в зависимости от длительности заболевания, %, Ме (LQ/UQ)

Показатель	Длительность заболевания		p
	Менее года (n=26)	Более года (n=136)	
ЖЕЛ	113,0% (100,0–125,0%)	103,5% (95,0–119,5%)	0,12
ФЖЕЛ	117,5% (103,0–124,0%)	108,0% (95,0–119,5%)	0,08
ОФВ ₁	116,5% (99,0–133,0%)	111,0% (97,5–124,0%)	0,31
ПОС выдоха	99,5% (78,0–112,0%)	93,0% (81,0–107,0%)	0,62
МОС ₂₅	105,0% (86,0–125,0%)	102,0% (91,5–123,0%)	0,86
МОС ₅₀	116,0% (100,0–133,0%)	111,0% (96,5–138,0%)	0,83

Рисунок Показатели ФВД у детей и подростков с РЭ в зависимости от наличия хронической патологии ЛОР-органов и частоты ОРИ



Примечание: p>0,05 при сравнении всех показателей ФВД.

Возможно, изжога сопровождается висцеральной гиперчувствительностью, приводящей к более выраженной по сравнению с бессимптомным течением ГЭРБ активизации центральных механизмов восприятия импульсов, исходящих из слизистой оболочки пищевода, и, соответственно, к раздражению дыхательного центра [15], однако это предположение требует дальнейшего тщательного изучения.

Логично предположить, что длительное течение ГЭРБ может приводить к более значительным нарушениям ФВД. Среди обследованных пациентов с РЭ у 26 (16,0% (95% ДИ 10,8–22,6%)) пациентов длительность заболевания была менее года и соответственно у 136 (84,0% (95% ДИ 77,4–89,2%)) – более года. При общей

тенденции к более низким показателям ФВД с увеличением длительности заболевания различия оказались незначительными (табл. 3).

Нельзя исключить, что защитно-компенсаторные механизмы в старшем детском возрасте позволяют длительно сохранять нормальное функционирование дыхательной системы.

Высокая частота ОРИ и хронических оториноларингологических заболеваний является характерной ассоциативной чертой ГЭРБ. В нашем исследовании частые ОРИ и хроническая патология ЛОР-органов отмечались соответственно у 101 (32,2% (95% ДИ 27,0–37,6%)) и 130 (41,4% (95% ДИ 35,9–47,1%)) из 314 пациентов с РЭ.

На высокую распространенность оториноларингологических заболеваний среди больных ГЭРБ указывают исследователи [2, 4, 10, 11, 16], в том числе у детей – [1, 6, 13, 14, 21]. Частота сопутствующей ЛОР-патологии в нашем исследовании уступает приводимым некоторыми авторами значениям ([1, 13, 14, 21]) и соответствует цифрам, полученным у взрослых – [4]. Вероятно, такие различия могут быть связаны с возрастным составом обследованных пациентов с РЭ, относящихся в нашем исследовании к старшему периоду детства. По данным недавнего исследования, проведенного в Бразилии, частые ОРИ наблюдались у 44,6% из 65 детей с ГЭРБ [21], что соответствует полученным нами данным.

Структура хронических заболеваний ЛОР-органов у детей и подростков с рефлюкс-эзофагитом: тонзиллит – 72,3%, аденоидит – 32,3%, синусит – 8,5%, отит – 2,3%, фарингит – 1,5%, сочетанная патология – 16,9%. Наши данные по структуре ЛОР-патологии у детей с ГЭРБ согласуются с результатами исследований [1, 13]. Так, при обследовании 52 детей с ГЭРБ хронический тонзиллит выявлен в 78,8% случаев, хронический аденоидит –

в 32,7%, хронический синусит – в 36,5% и хронический отит – в 11,5% [1].

При этом функционирование бронхолегочной системы не зависело от частоты ОРИ и хронических ЛОР-заболеваний: показатели ФВД практически не различались в группах с различной частотой ОРИ и наличием ЛОР-патологии (рисунок).

Таким образом, установлено, что РЭ в период старшего детства часто сопровождается повышенным риском ОРИ и сопутствующими хроническими заболеваниями ЛОР-органов, что не связано с нарушениями функции на уровне нижних дыхательных путей.

Выводы:

1. У 21% детей старшего возраста и подростков с рефлюкс-эзофагитом наблюдаются нарушения функции внешнего дыхания, среди которых преобладают изменения по обструктивному типу (94,1% случаев).

2. Показатели функции внешнего дыхания у детей и подростков с рефлюкс-эзофагитом ниже при отсутствии изжоги, но не зависят от длительности заболевания, наличия частых ОРИ и хронических ЛОР-заболеваний.

3. Рефлюкс-эзофагит в период старшего детства сопровождается высокой частотой сопутствующей патологии ЛОР-органов и зубов, частота которых не имеет связи с клиническими проявлениями заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

- Басалаева Н.В., Апенченко Ю.С., Виноградов А.Ф. и др. // Вестн. новых мед. технологий. – 2012. – Т. 19 (2). – С. 145–148.
- Бурков С.Г., Арутюнов А.Т., Алексеева Е.П., Юренев Г.Л. // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2007. – №1. – С. 35–41.
- Волкова Н.Н. // Рус. мед. журн. – 2009. – Т. 17 (2). – С. 119–122.
- Джулай Г.С., Секарева Е.С., Курицын В.М., Джулай Т.Е. // Тер. архив. – 2013. – №2. – С. 8–12.
- Жукова Т.В. // Мед. новости. – 2013. – №11. – С. 4–8.
- Завикторина Т.Г., Онуфриева Е.К., Погосова И.Е. и др. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – №3. – С. 34–37.
- Захарова Л.Н., Карпова Е.П., Тулупов Д.А. // Вопр. практ. педиатрии. – 2008. – Т. 3 (6). – С. 42–46.
- Капралов Н.В., Меланич Е.В., Шоломицкая И.А. // Мед. панорама. – 2007. – №6. – С. 18–21.
- Маев И.В., Юренев Г.Л., Бурков С.Г. и др. // Тер. архив. – 2007. – №3. – С. 57–66.
- Морозов С.В., Ибадуллина Л.В., Исакова В.А., Свиштушкин В.М. // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2011. – №8. – С. 8–18.
- Погосова И.Е., Завикторина Т.Г., Солдатский Ю.Л. и др. // Вестн. оториноларингологии. – 2007. – №5. – С. 83–87.
- Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е., Герасимова Т.А. и др. // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2011. – №1. – С. 14–21.
- Семенов Л.А., Санникова Н.Е., Медведева С.Ю., Домрачева Т.П. // Рос. педиатр. журн. – 2006. – № 1. – С. 11–15.
- Шабалов А.М. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей:

- автореф. дис. ...канд. мед. наук. – СПб., 2010. – 25 с.
15. Шептулин А.А., Киприанис В.А. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – №5. – С.10–15.
16. *Bresci G., Sacco R.* // World J. Gastrointest. Endosc. – 2010. – Vol.2 (2). – P.47–49.
17. *El-Serag H.B., Gilger M., Kuebel M., Rabeneck L.* // Gastroenterology. – 2001. – Vol.121 (6). – P.1294–1299.
18. *Gilger M.A.* // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2003. – Vol.5 (3). – P.247–252.
19. *Harding S.M.* Pulmonary complications of gastroesophageal reflux // In: Castell D.O, Richter J.E., eds. In: The esophagus. – Philadelphia, 2004. – P.530–545.
20. *Hom C., Vaezi M.F.* // Gastroenterol. Clin. North Am. – 2013. – Vol. 42 (1). – P.71–91.
21. *Santos V.J., Comes G.T., Gonsalves T.M. et al.* // Braz. J. Otorhinolaryngol. – 2011. – Vol.77 (3). – P.328–333.
22. *Tolia V., Vandenplas Y.* // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2009. – Vol.29 (3). – P.258–272.
23. *Vakil N., van Zanden S.V., Kahrlas P. et al.* // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol.101 (1). – P.1900–1920.
24. *Vakil N.* // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2010. – Vol.24 (6). – P.759–764.
25. *Vandenplas Y., Rudolph C.D., DiLorenzo C. et al.* // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2009. – Vol.49 (4). – P.498–547.

Поступила 26.02.2014 г.

	Название статьи	Стр.	Цит.
ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ И ОБЗОРЫ			
<input type="checkbox"/>	КОМОРБИДНОСТЬ - АКТУАЛЬНАЯ НАУЧНАЯ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНЫ XXI ВЕКА <i>Шарабчиев Ю.Т., Антипов В.В., Антипова С.И.</i>	6-11	37
<input type="checkbox"/>	ЭУБИОЗ И ДИСБИОЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: МИФЫ И РЕАЛИИ	12-16	0
<input type="checkbox"/>	ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В СПОРТЕ	16-19	0
ВОПРОСЫ АТТЕСТАЦИИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ			
<input type="checkbox"/>	ЛОЗАРТАН В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И КОМОРБИДНОСТИ: ДОСТИЖЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ЦЕЛЕЙ <i>Трисветова Е.Л.</i>	20-24	0
<input type="checkbox"/>	ВОЗМОЖНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА <i>Гончарик И.И.</i>	27-28	0
ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ			
<input type="checkbox"/>	АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГЕМОФИЛИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ <i>Дашкевич Э.В., Ольховик Ю.В., Рудь М.С., Волобуева В.В., Михайловская Е.Н.</i>	29-30	4
<input type="checkbox"/>	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В МИРЕ	31-33	1
ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ			
<input type="checkbox"/>	АУТСОРСИНГ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ(НА ПРИМЕРЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ)	33-35	0
ДИСКУССИИ			
<input type="checkbox"/>	ЭРАДИКАЦИОННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ:ПРОГРЕСС ИЛИ СТАГНАЦИЯ?	36-38	0
ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ			
<input type="checkbox"/>	ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ:НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ <i>Буторова Л.И., Кадникова Н.Г., Калашникова М.А., Осадчук М.А., Плавник Т.Э., Реккель С.Р., Сокович Е.И., Токмулина Г.М.</i>	41-47	9
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ БЕЛАРУСИ			
<input type="checkbox"/>	ПРЕСТАНС	48	0
НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ			
<input type="checkbox"/>	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИНОС СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Нечипоренко А.Н., Нечипоренко Н.А., Лотошинская Н.С.</i>	49-52	2
<input type="checkbox"/>	ВНУТРИПОЛОСТНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ПИЩЕВОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИСТОЧНИКА ВЫСОКОЙ МОЩНОСТИ ДОЗЫ IR192 <i>Алиев Д.А., Исаяев И.Г., Насирова Г.Г., Кулиева Н.Г., Акперов К.С., Казиева Р.Р.</i>	53-56	2
<input type="checkbox"/>	КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ПАТОГЕНЕЗ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ <i>Чернуский В.Г.</i>	57-60	1
<input type="checkbox"/>	ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ <i>Загорский С.Э., Герасимович О.Г.</i>	60-63	0

	ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ГРЯЗЕЙ	63-67	7
	<i>Болбатовский Г.Н., Мазур Н.В., Пирогова Л.А.</i>		
	ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЭЛЕКТРОСВАРИВАНИЯ И ТЕРМОСТРУЙНОГО МЕТОДА В ХИРУРГИИ ПОЧКИ	67-70	0
	<i>Возианов С.А., Головки С.В., Гутверт Р.В.</i>		
	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕЙРОПЕПТИДОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ	71-73	0
	<i>Султанова Н.Г.</i>		
	ПРИМЕНЕНИЕ АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ "НОРВАСК" ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ	74-76	0
	<i>Меликова У.Ф., Алиева Е.М., Амирасланова Ш.З., Алиева К.К.</i>		
	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРАНАТОВОГО МАСЛА (PUNICA GRANATUM L.) В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА	76-79	2
	<i>Гараев З.И., Алиев А.А.</i>		
	ВИДОВОЙ СОСТАВ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКОТИКАМ CANDIDA SPP., ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	79-81	2
	<i>Собкова Ж.В., Покас Е.В.</i>		