

нию продолжительности операции и уменьшению операционной травмы за счёт исключения этапа забора аутотрансплантата.

2. Дополнительная герметизация шва твёрдой мозговой оболочки с помощью клеевых композиций и аппликации коллагенового матрикса, даже без его вшивания, достоверно снижает риск послеоперационной ликвореи по сравнению с использованием только ручного микрохирургического шва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акобян О.Р., Шулев Ю.А., Трофимова Т.Н. МРТ-оценка эволюции свободного жирового аутотрансплантата, применяемого в хирургии основания черепа // Мед. визуализ. — 2005. — №3. — С. 21–28.
2. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. — СПб.: Гиппократ, 1998. — 743 с.
3. Тиглиев Г.С., Олошин В.Е., Кондратьев А.Н. Внутречерепные менингиомы. — СПб.: Изд-во РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2001. — 560 с.
4. Barth M., Tuettner J., Thomé C. et al. Watertight dural closure: is it necessary? A prospective randomized trial in patients with supratentorial craniotomies // Neurosurgery. — 2008. — Vol. 63, N 4. — P. 352–358.
5. Berjano R., Vinas F.C., Dujovny M. A review of dural

substitutes used in neurosurgery // Crit. Rev. Neur. — 1999. — Vol. 9, N 4. — P. 217–222.

6. Caroli E., Rocchi G., Salvati M., Delfini R. Duraplasty: our current experience // Surg. Neur. — 2004. — Vol. 61, N 1. — P. 55–59.

7. Chappell E.T., Pare L., Salehpour M. et al. GORE PRECLUDE MVP dura substitute applied as a nonwatertight «underlay» graft for craniotomies: product and technique evaluation // Surg. Neur. — 2009. — Vol. 71, N 1. — P. 126–129.

8. Moskowitz S.I., Liu J., Krishnaney A.A. Postoperative complications associated with dural substitutes in suboccipital craniotomies // Neurosurgery. — 2009. — Vol. 64, N 3. — P. 28–34.

9. Narotam P.K., Qiao F., Nathoo N. Collagen matrix duraplasty for posterior fossa surgery: evaluation of surgical technique in 52 adult patients // J. Neur. — 2009. — Vol. 111, N 2. — P. 380–386.

10. Narotam P.K., Reddy K., Fewer D. et al. Collagen matrix duraplasty for cranial and spinal surgery: a clinical and imaging study // J. Neur. — 2007. — Vol. 106, N 1. — P. 45–51.

11. Protasoni M., Sangiorgi S., Cividini A. et al. The collagenic architecture of human dura mater // J. Neur. — 2011. — Vol. 114, N 6. — P. 1723–1730.

12. Than K.D., Baird C.J., Olivi A. Polyethylene glycol hydrogel dural sealant may reduce incisional cerebrospinal fluid leak after posterior fossa surgery // Neurosurgery. — 2008. — Vol. 63, N 1. — P. 186–187.

УДК 343.953: 616.89-008.12: 616.89-008.454: 616.895.8: 616.899: 615.866

T10

КЛИНИКО-КРИМИНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

Сергей Николаевич Попов¹*, Ирина Николаевна Винникова²

¹Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер,

²Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, г. Москва

Реферат

Цель. Сравнительный анализ клинико-криминологических характеристик больных с органическими психическими расстройствами, совершивших повторные общественно опасные деяния.

Методы. Были обследованы 79 пациентов с органическими психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, которые были признаны невменяемыми и отбыли принудительное лечение амбулаторно или в психиатрическом стационаре общего и специализированного типа, назначенное им судом. Пациенты, после лечения совершившие повторные общественно опасные деяния, составили группу А (19 человек), не совершавшие повторных общественно опасных деяний, — группу Б (60 человек).

Результаты. В группе А преобладали пациенты с органическим бредовым расстройством (21 против 11,6% в группе Б), а также непсихотическими органическими расстройствами (10,5 против 5% в группе Б). В группе Б в свою очередь значительную часть (23,3%) составили пациенты с деменцией (в группе А — 5,2%). В группе А 8 (42,1%) пациентов ранее не привлекались к уголовной ответственности, в группе Б этот показатель составил 66,7% (40 пациентов). Примечательно, что ряд преступлений был зарегистрирован только в группе больных с повторными общественно опасными деяниями: преступления против половой неприкосновенности — 1 (5,2%), против порядка управления — 2 (10,5%), а также преступления против общественной безопасности — 5,2% (пациент, осуждённый за изготовление оружия). Ведущим синдромом при первичных общественно опасных деяниях в группах А и Б в большинстве случаев, как и ожидалось, был психопатоподобный: 11 (57,9%) и 33 (55%) случая соответственно. Галлюцинаторно-бредовый синдром выявлен у 7 (36,8%) пациентов группы А и 17 (28,3%) группы Б. Среди больных группы А большинство совершали только 1 общественно опасное деяние в последующем — 11 (57,9%) человек, 2–3 правонарушения — 5 (26,3%) пациентов, более 3 общественно опасных деяний — 3 (15,8%) человека. Интервал между первым и повторным принудительным лечением в большинстве случаев составлял от 1 до 3 лет (11 человек, 57,9%). В течение первого года вновь поступили на принудительное лечение 4 (21%) больных, по прошествии 3–5 лет и 5–8 лет — 3 (15,8%) и 1 (5,3%) пациент соответственно.

Вывод. Существует ряд клинических факторов, влияющих на криминальное поведение и возможность совер-

шения повторных общественно опасных деяний пациентами в будущем; несмотря на небольшую выборку, следует отметить отсутствие повторных общественно опасных деяний у больных с деменцией.

Ключевые слова: психиатрия, органические психические расстройства, общественно опасные деяния.

CLINICAL AND CRIMINOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS WHO HAD REPEATEDLY COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS S.N. Popov¹, I.N. Vinnikova². ¹Voronezh Regional Clinical Psychoneurologic Dispensary, Voronezh, Russia, ²State scientific center of social and forensic psychiatry named after V.P. Serbskiy, Moscow, Russia. **Aim.** To perform the comparative analysis of clinical and criminological characteristics of patients with organic mental disorders who had repeatedly committed socially dangerous acts. **Methods.** 79 patients with diagnosed organic mental disorders who had committed socially dangerous acts, declared insane by the court and underwent compulsory treatment determined by the court as out-patients or in general or specialized mental hospital. Patients who had repeated socially dangerous acts after treatment, were included in the group A (19 patients), patients who had not committed any socially dangerous act after treatment, were included in the group B (60 patients). **Results.** Patients with organic delusional disorder (21 vs 11.6%) and non-psychotic organic disorders (10.5 vs 5%) were more commonly seen in group A compared to group B. The share of patients with dementia was higher in group B (23.3 vs 5.2%). 8 (42.1%) patients of group A were never prosecuted before, compared to 40 (66.7%) patients from group B. Some crimes were registered only in patients who repeatedly committed crimes: sexual crimes – 1 (5.2%), crimes against administrative order – 2 (10.5%), crimes against public security 5.2% (patient was convicted in illicit firearms manufacturing). Psychopathy-like syndrome was the leading syndrome in patients who committed a socially dangerous act in both A and B groups: 11 (57.9%) and 33 (55%) cases respectively. Hallucinatory delusion was diagnosed in 7 (36.8%) of group A patients and in 17 (28.3%) of group B patients. Majority of the group A patients had further committed only one crime after treatment – 11 (57.9%), 5 (26.3%) committed 2-3 crimes, 3 (15.8%) patients – over 3 crimes. The time gap between the first and further compulsory treatment was between 1 and 3 years in most of the cases (11 patients, 57.9%). 4 (21%) patients were readmitted for repeated compulsory treatment within 1 year, 3 (15.8%) were readmitted from 3 to 5 years and 1 (5.3%) from 5 to 8 years after the initial treatment. **Conclusion.** There are a number of factors influencing the criminal behavior and re-committing socially dangerous acts in future. Despite the small sample size, it should be noted that patients with dementia do not repeat socially dangerous acts. **Keywords:** psychiatry, organic mental disorder, socially dangerous acts.

Наряду с рассмотрением роли различных клинических и социально-психопатологических факторов в генезе общественно опасных деяний (ООД) специальное внимание в литературе уделяют самостоятельному изучению больных с повторными деликтами. Сущность повторных ООД отражают не только особенности течения заболевания и различных социальных факторов, а в первую очередь несовершенство системы профилактики и принудительного лечения. По отечественным данным, доля повторных ООД в делинквентном поведении психически больных составляет 50–60%, а это служит основным индикатором эффективности принудительных мер медицинского характера [3, 4].

Традиционным является мнение о том, что ООД, совершаемые в течение первого года после прекращения принудительного лечения по предыдущему уголовному делу, могут быть результатом недоработки учреждения (как правило, стационарного), осуществляющего эту меру. Доля лиц, совершающих повторные ООД в течение первого года после прекращения принудительного лечения, составляет 23,1%.

Причины повторных ООД с большей длительностью интервала рецидива более разнообразны. Многие из них можно связать с деятельностью учреждений, осуществляющих амбулаторную курацию больных, совершивших ранее ООД. На практике такие пациенты наблюдаются интенсивно в первые 2–3 года после выписки с принудительного

лечения, а в дальнейшем к их курации часто относятся формально, нарушается преемственность в ведении больных, например при смене места жительства. Не секрет, что при увеличении давности отмены принудительных мер медицинского характера вероятность совершения повторного ООД снижается. В некоторых работах отмечено, что меняется и характер совершаемых ООД по мере увеличения давности отмены принудительного лечения: возрастает доля преступлений против собственности [2].

Структура ООД в данной группе в целом в течение длительного времени незначительно меняется, абсолютное большинство правонарушений у больных с органическими психическими расстройствами приходится на имущественные правонарушения и хулиганство: 44–45 и 25–26% соответственно [2]. Механизмы ООД у таких больных, как правило, ситуационно спровоцированные, определяющиеся интеллектуальной недостаточностью или эмоциональной бесконтрольностью, а также инициативные, определяемые расторможенностью влечений.

Целью данного исследования были изучение и сравнительный анализ клинико-криминологических характеристик больных с органическими психическими расстройствами, совершивших повторные ООД.

Были обследованы 79 пациентов с органическими психическими расстройствами, совершивших ООД, которые были признаны невменяемыми и отбыли принудительное

Нозологическая характеристика пациентов, совершивших общественно опасные деяния, по международной классификации болезней 10-го пересмотра

Нозологические формы	Группа А		Группа Б	
	абс.	%	абс.	%
Расстройства личности и поведения, F 07	8	42,1	24	40
Бредовое (шизофреноподобное) расстройство, F 06.2	4	21	7	11,7
Другие психотические расстройства, F 06.81	3	15,8	9	15
Другие непсихотические расстройства, F 06.82	2	10,5	3	5
Деменция, F 02	1	5,3	14	23,3
Органический галлюциноз, F 06.08	1	5,3	2	3,3
Лёгкое когнитивное расстройство, F 06.7	—	—	1	1,7
Итого	19		60	

лечение, назначенное им судом. В исследование были включены пациенты, проходившие амбулаторное принудительное лечение, а также принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего и специализированного типа, на базе Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера в период 1998–2006 гг.

Отбор больных проводился методом сплошной выборки в соответствии с критериями включения:

- верифицированный в соответствии с критериями международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) диагноз органического психического расстройства (F 02, 04-07);

- решение судебнопсихиатрической экспертной комиссии о невменяемости пациента на момент совершения ООД;

- определение суда о применении принудительной меры медицинского характера;

- прохождение лицом принудительного лечения;

- длительность наблюдения после прохождения принудительных мер медицинского характера 5–15 лет.

В качестве основных методов исследования в работе были использованы клинико-психопатологический (с учётом данных патопсихологического обследования) и клинико-статистический. Часть пациентов в дальнейшем снова совершали ООД – группа А (19 человек), другие не совершали повторных ООД – группа Б (60 человек).

Прежде всего нас интересовало, существуют ли какие-либо особенности криминального поведения у больных данной этиологической группы, а также взаимное влияние клинических и криминологических факторов в генезе повторного ООД (табл. 1).

В исследуемых группах схожей оказалась доля диагнозов F 07, 06.08, 06.81. В группе А

преобладали пациенты с органическим бредовым расстройством (21 против 11,6% в группе Б), а также непсихотическими органическими расстройствами (10,5 против 5% в группе Б). В группе Б в свою очередь значительную часть (23,3%) составляли пациенты с деменцией (в группе А – 5,2%).

В дальнейшем сравнительный анализ проводили по 13 признакам на основе разработанной нами анкеты, включающей 40 параметров. Исследования проводили на основе как данных архивов, так и личного анкетирования пациентов. Исследовали такие параметры:

- криминальное прошлое;

- характер преступлений до первого принудительного лечения;

- возраст при совершении первого уголовно наказуемого деяния;

- характер первичного ООД;

- длительность принудительного лечения по первому эпизоду;

- госпитализации после окончания принудительного лечения;

- частота амбулаторных посещений психиатра;

- интервал между предыдущей госпитализацией и настоящей;

- количество ООД после прекращения принудительного лечения;

- интервал между предыдущим принудительным лечением и настоящим;

- лечебно-реабилитационные мероприятия, проводившиеся во время принудительного лечения;

- этапность отмены принудительного лечения;

- характер повторных ООД.

При изучении криминального прошлого исследуемых было выяснено, что в группе А 8 (42,1%) пациентов ранее не привлекались к уголовной ответственности, в группе Б этот

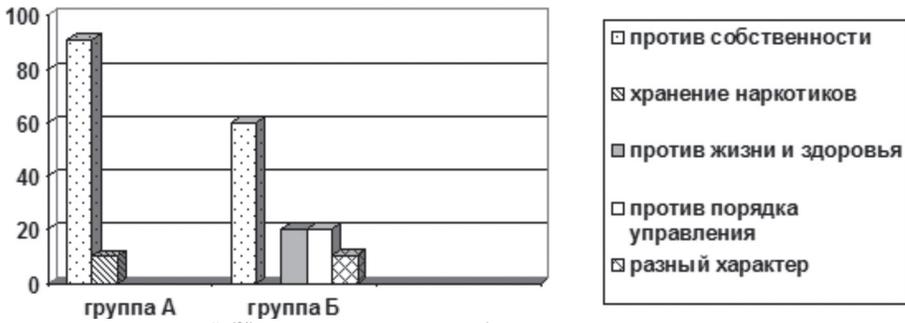


Рис. 1. Характер правонарушений (%) в исследуемых группах (из числа пациентов, ранее привлекавшихся к уголовной ответственности).

показатель составил 66,7% (40 пациентов). Соответственно в группе А 11 (57,9%) человек ранее имели судимости (6 пациентов — 2 раза и более, 5 человек — однократно), в группе Б 20 (33,3%) человек имели криминальное прошлое (12 человек — 2 раза и более, 8 пациентов — однократно).

При анализе характера правонарушений в исследуемых группах установлено, что в группе А абсолютное большинство больных, ранее привлекавшихся к уголовной ответственности (10 из 11, 90,9%), совершали преступления против собственности и лишь 1 пациент привлекался к уголовной ответственности за хранение наркотических средств. В группе Б количество преступлений против собственности составило 12 (60%), по 4 (20%) наблюдения составили преступления против порядка управления и жизни и здоровья. Примечательно, что в группе А не зарегистрировано преступлений, направленных против порядка управления, жизни и здоровья, несмотря на большую криминогенность этой группы. Также интересен тот факт, что в группе Б 10% больных имели разный характер совершаемых преступлений, в то время как в группе А все пациенты совершали преступления одного рода (рис. 1).

Возраст, в котором было совершено первое уголовно наказуемое деяние, приведён в табл. 2. Примечательно, что в возрастной группе старше 40 лет представителей группы А оказалось в 9 раз меньше (1 пациент, 5,3%), чем в группе Б (29 человек, 48,34%), что обусловлено значительным преобладанием в последней группе больных с деменцией и, вероятно, их лучшим социальным функционированием.

Ведущим синдромом при первичном ООД в обеих группах в большинстве случаев, как и ожидалось, был психопатоподобный: 11 (57,9%) и 33 (55%) случая соответственно. Галлюцинаторно-бредовый синдром в исследуемых группах выявлен у 7 (36,8%) пациен-

Таблица 2
Возраст, в котором было совершено первое уголовно наказуемое деяние, в исследуемых группах

Возрастная группа	Группа А		Группа Б	
	абс.	%	абс.	%
15-19 лет	6	31,5	9	15
20-29 лет	8	42,1	14	23,33
30-39 лет	4	21,1	8	13,33
Старше 40 лет	1	5,3	29	48,34

тов группы А и 17 (28,3%) группы Б.

Значимой характеристикой криминального поведения у больных с органическими психическими расстройствами является распределение психопатологических механизмов [1]. Их принято делить на продуктивно-психотические и негативно-личностные [4]. Так, в группе больных с повторными ООД продуктивно-психотический механизм наблюдался в 7 (36,8%), а негативно-личностный — в 12 (63,2%) случаях из 19, а в группе Б это соотношение было 17 (28,3%) и 43 (71,7%) из 60. К особенностям клинической картины органического психического расстройства можно отнести нарушение контроля эмоций, изменение аффекта, эмоционально изменённое поведение.

При анализе характера ООД, в связи с которыми пациенты отбывали принудительное лечение, было выяснено, что в группе А характер противоправных деяний был шире, чем в группе Б. Кроме того, в группе лиц, совершивших повторные ООД, было гораздо больше преступлений против собственности: 9 (47,3%) из 19 против 13 (21,6%) из 60 в группе Б. Обратное отношение выявлено для преступлений против жизни и здоровья: в группе Б этих преступлений заметно больше — 36 (60%) против 5 (26,3%) в группе А. Примечательно, что ряд преступлений был зарегистрирован только в группе больных с повторными ООД: преступления против половой неприкосновенности — 1 (5,2%), про-

Длительность принудительного лечения и этапность его отмены

	Длительность принудительного лечения				Этапность отмены принудительного лечения		
	От 6 мес до 1 года	1-2 года	2-3 года	Более 3 лет	Одномоментно	Поэтапно	Нет АПЛ
Группа А (n=19)	13 (68,4%)	4 (21,0%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	14 (73,7%)	2 (10,5%)	3 (15,8%)
Группа Б (n=60)	38 (63,3%)	16 (26,7%)	1 (1,7%)	5 (8,3%)	45 (75,0%), из них 1 умер	5 (8,3%)	10 (16,7%)

Примечание: АПЛ – амбулаторное принудительное лечение.

тив порядка управления – 2 (10,5%), а также преступления против общественной безопасности – 5,2% (пациент, осуждённый за изготовление оружия).

Считают, что длительность принудительного лечения и соблюдение этапности при отмене принудительных мер медицинского характера влияют на вероятность совершения повторных ООД. По данным настоящего исследования разница между группами не превышала 5% (табл. 3).

Далее в ходе нашего исследования были изучены сведения, характеризующие течение заболевания и качество ремиссии у пациентов с органическим психическими расстройствами. При изучении частоты госпитализаций после прохождения принудительного лечения в группах были получены следующие результаты. Доля больных, однократно госпитализированных в психиатрический стационар после принудительного лечения, в группах А и Б составила 21,1 и 18,3% соответственно. В группе А количество больных, неоднократно поступавших на лечение, составило 11 (57,9%), а в группе Б – 13 (21,7%). Более не госпитализировались в психиатрический стационар 4 (21,1%) и 36 (60%) пациентов групп А и Б соответственно.

Отметим, что для пациентов, добровольно госпитализировавшихся на лечение в психиатрический стационар после окончания принудительного лечения, интервал между госпитализациями в большинстве случаев составлял от 6 мес до 1 года: в группе А – 8 из 15, в группе Б – 10 из 24 человек. Интервал 1-3 года отмечен у 5 из 15 пациентов группы А и 8 из 24 человек группы Б.

Что же касается частоты амбулаторных посещений психиатра после проведённого принудительного лечения, то в группе А абсолютное большинство пациентов нерегулярно посещали психиатра – 11 (58%) из 19. Вовсе не посещали психиатра или посещали регулярно по 4 (21%) пациента. В группе Б регулярно посещали психиатра 32% пациентов.

Рассматривая лечебно-реабилитационные мероприятия, проводившиеся во время принудительного лечения, мы выяснили, что они ограничивались медикаментозной терапией и социально-бытовой помощью, как правило, проводимой сотрудниками отделений. В условиях обветшания материально-технической базы и закрытия лечебно-трудовых мастерских фактически не было трудовой реабилитации. Не проводилась психотерапия в отношении больных, находящихся на принудительном лечении, в виду отсутствия специалистов в соответствующих подразделениях.

Теперь перейдём непосредственно к характеристикам повторных ООД (для пациентов группы А). Итак, среди исследуемых больных большинство совершали только 1 ООД в последующем – 11 (57,9%) человек, 2-3 правонарушения – 5 (26,3%) пациентов, более 3 ООД – 3 (15,8%) человека. Интервал между первым и повторным принудительным лечением в большинстве случаев составлял от 1 до 3 лет (11 человек, 57,9%). В течение первого года вновь поступили на принудительное лечение 4 (21%) больных, по прошествии 3-5 лет и 5-8 лет – 3 (15,8%) и 1 (5,3%) пациент соответственно.

Ведущим синдромом у пациентов группы А при повторных ООД был психопатоподобный – 16 (84,2%) случаев, в то время как при первичном ООД это количество было меньше – 11 (57,9%) из 19. При первичном правонарушении продуктивно-психотический механизм деяния выявлен в 7 (36,8%), а при повторном – в 3 (15,8%) случаях, соответственно негативно-личностный механизм установлен в 12 (63,2%) и 16 (84,2%) случаях.

Характер преступлений при повторном ООД отражён на рис. 2. По сравнению с первичным ООД несколько выше доля преступлений против собственности, жизни и здоровья.

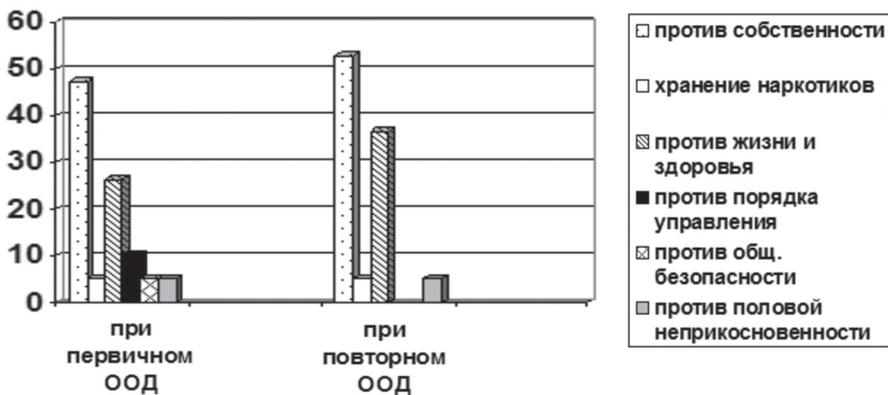


Рис. 2. Характер правонарушений (%) при первом и повторном общественно опасном деянии (ООД) у пациентов группы А.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на то, что криминогенность группы пациентов, совершавших повторные ООД, по определению выше, большинство больных совершали преступления только против собственности, всего 1 пациент привлекался за хранение наркотических средств. В группе Б 20% общественно опасных деяний составили преступления против порядка управления, жизни и здоровья, тогда как в группе А не зарегистрировано такого рода преступлений.

2. Несмотря на небольшую выборку и необходимость дальнейшего наблюдения, следует отметить отсутствие повторных общественно опасных деяний у больных с деменцией.

3. Группа с повторными общественно опасными деяниями характеризуется ран-

ним возрастом, в котором было совершено первое уголовно наказуемое деяние.

4. Соблюдение этапности в применении принудительных мер медицинского характера фактически не оказало влияния на частоту повторных общественно опасных деяний.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вандыш В.В.* Органическое психическое расстройство: функциональный диагноз // Судеб. психиатрия. Актуал. пробл. – 2012. – №9. – С. 29–41.
2. *Мальцева М.М., Котов В.П.* Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика). – М.: Медицина, 1995. – 256 с.
3. *Мохонык А.Р., Муганцева Л.А.* Основные показатели деятельности судебно-психиатрической службы РФ в 2010 г.: аналитический обзор. – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2011. – Вып. 19. – 188 с.
4. *Ткаченко А.А.* Руководство по судебной психиатрии. – М.: Юрайт, 2012. – 959 с.

УДК 616.329-002-008.17-053.2: 616.33-008.8: 616.153: 612.018

Т 11

РОЛЬ РЯДА ГОРМОНОВ И СОСТОЯНИЯ ОБМЕНА КОЛЛАГЕНА В ПАТОГЕНЕЗЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Наталья Владимировна Буторина^{1}, Яков Максимович Вахрушев¹, Анатолий Михайлович Запруднов²*

¹*Ижевская государственная медицинская академия,*

²*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва*

Реферат

Цель. Изучение метаболизма коллагена и секреции гормонов, а также оценка сопряженности их изменений при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Методы. Под наблюдением находились 62 ребёнка с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. В контрольную группу были включены 32 ребёнка. Определяли концентрацию инсулина и кортизола методом электрохемилюминесцентного иммуноанализа «ECLIA», гастрин и соматостатин в крови методом иммуноферментного анализа. В желудочном соке исследовали уровень гидроксипролина и фракции сиаловых кислот.

Результаты. У всех детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью диагностирована различная степень по-