А. Н. Януль[1], Н. Н. Силивончик[2], А. С. Рудой[1], А. А. Алейников[3], Е. Э. Винчо[4], А. А. Кулик[5]

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ГРУППЫ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С СИМПТОМАМИ ДИСПЕПСИИ БЕЗ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ В ПЕРИОД СРОЧНОЙ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ

Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет»[1], ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»[2], Медицинская служба в/ч 29766[3], Медицинская служба в/ч 45017[4], Медицинская служба в/ч 07147[5]

В статье представлен анализ результатов динамического наблюдения группы военнослужащих с диспепсией без эрозивно-язвенных поражений (n = 143) в период срочной военной службы. В результате динамического наблюдения в течение от 8 до 18 месяцев частота рецидивов диспепсии (без учета результатов эрадикации инфекции Helicobacter pylori – H. pylori) составила 27,3 % (95 % ДИ 20,6–35,1), длительность ремиссии после первой манифестации симптоматики – 92 дня (58-154) Me (LQ-UQ), длительность рецидива – 12 дней (11–17) Me (LQ-UQ). У H. pylori-негативных и H. pylori-позитивных военнослужащих, не получивших эрадикационной терапии, частота рецидивов диспепсии различий не имела (26,8 % против 23,7 %; $\chi^2 = 0,17$, $p = 0,68$). За период наблюдения были выявлены или развились заболевания: у 1,4 % (95 % ДИ 0,4–4,9) – эрозии слизистой оболочки (СО) луковицы ДПК, у 1,4 % – эзофагит ст. А и В, у 2,8 % (95 % ДИ 1,1–6,9) не связанные с системой пищеварения. При обследовании по поводу рецидивов симптомов диспепсии диагностированы новые морфологические случаи – 1 (0,7 %) атрофии, 2 (1,4 %) – кишечной метаплазии, 1 (0,7 %) – дисплазии низкой степени (все случаи с локализацией в антральном отделе СО желудка). Результаты проведенного исследования послужили основанием для разработки алгоритма диагностики заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при диспепсии у военнослужащих срочной военной службы на этапах оказания медицинской помощи в Вооруженных Силах Республики Беларусь.

Ключевые слова: *диспепсия, динамика, клинические проявления, диагностика.*

A. N. Yanul, N. N. Silivontchik, A. S. Rudoy, A. A. Aleynikov, E. E. Vincho, A. A. Kulik

RESULTS DYNAMIC MONITORING GROUP OF SOLDIERS WITH SYMPTOMS DYSPEPSIA WITHOUT EROSIVE AND ULCERATIVE LESIONS IN THE PERIOD OF MILITARY SERVICE

The article presents an analysis of the results of dynamic observation of a group of servicemen with dyspepsia without erosive and ulcerative lesions (n = 143) during the period of compulsory military service. As a result of dynamic observation for 8 to 18 months, the frequency of relapses of dyspepsia (excluding the results of eradication of Helicobacter pylori – H. pylori infection) was 27.3 % (95 % CI 20.6–35.1), the duration of remission after the first manifestation symptoms – 92 days (58–154) Me (LQ-UQ), duration of relapse – 12 days (11–17) Me (LQ-UQ). In H. pylori-negative and H. pylori-positive servicemen who did not receive eradication therapy, the frequency of relapses of dyspepsia did not differ (26.8 % versus 23.7 %; $\chi^2 = 0.17$, $p = 0.68$). During the observation period, diseases were detected or developed: in 1.4 % (95 % CI 0.4–4.9) – erosion of the mucous membrane (MM) of the duodenal bulb, in 1.4 % – esophagitis st. A and B, 2.8 % (95 % CI 1.1–6.9) are not associated with the digestive system. When examining for recurrence of dyspepsia symptoms, new morphological cases were diagnosed – 1 (0.7 %) atrophy, 2 (1.4 %) – intestinal metaplasia, 1 (0.7 %) – low-grade dysplasia (all cases with localization in the antrum section of the stomach MM). The results of the study served as the basis for the development of an algorithm for diagnosing diseases of the upper gastrointestinal tract (GIT) in case of dyspepsia in conscripts at the stages of medical care in the Armed Forces of the Republic of Belarus.

Key words: *dyspepsia, dynamics, clinical manifestations, diagnosis.*

Репозиторий БГМУ

Основным проявлением заболеваний верхнего отдела ЖКТ является диспепсия. Пациенты, у которых имеющиеся диспепсические симптомы не могут быть объяснены результатами обычных диагностических методов, и в итоге используется «зонтик» термина функциональная диспепсия (ФД) [6]. Инфекция *H. pylori* рассматривается как возможная причина симптомов ФД, если они исчезают после успешной эрадикации. *H. pylori*-ассоциированная диспепсия диагностируется как подгруппа диспепсии, симптомы которой после эрадикации микроорганизма излечиваются, что соответствует Киотскому консенсусу [9]. Диспепсия в отсутствие эрозивно-язвенных поражений (ЭЯП), которая сегодня уже только отчасти может быть отнесена к ФД, имеет комплексное многофакторное происхождение (гастродуоденальная дисморика, сенсорная дисфункция, изменения СО, иммунная активация низкой степени и нарушение регуляции оси кишка–мозг) и, несмотря на отсутствие структурной патологии, доставляет беспокойство и снижает качество жизни пациента, не всегда поддается терапевтической коррекции и рецидивирует и часто составляет терапевтическую проблему для врача. Остается открытым вопрос о возможном прогрессировании патологии верхнего отдела ЖКТ и риске ЭЯП при ФД.

Цель исследования. Оценка динамики клинических проявлений и исходов диспепсии в отсутствие ЭЯП верхнего отдела ЖКТ у военнослужащих после первого самостоятельного обращения в течение оставшегося периода (8–18 месяцев) срочной военной службы

Материал и методы. В исследование включены 143 пациента из числа военнослужащих срочной военной службы Минского гарнизона воинских частей Военно-воздушных сил и войск противовоздушной обороны Вооруженных Сил Республики Беларусь (ВВС и войск ПВО ВС РБ). Для динамического наблюдения минимальная длительность срочной военной службы составила 8 месяцев. Оценивали частоту, длительность рецидива диспепсии, период ремиссии после купирования симптомов. Медиана возраста – 21 (18–26) год. Обследование проводилось в лечебном отделении (ЛО) и отделении функциональной диагностики государственного учреждения «223 центр авиационной медицины ВВС и войск ПВО» (ГУ «223 ЦАМ»). При выполнении работы соблюдались этические принципы проведения биомедицинских исследований, изложенные в Хельсинской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации.

Дизайн исследования. Проспективное (продольное, когортное) исследование с отслеживанием симптомов диспепсии у военнослужащих в отсутствие ЭЯП желудка и/или луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК)с эндоскопическим контролем и морфологическим исследованием СО желудка при рецидивах диспепсии в течение 8–18 месяцев; участники – 143 человека из числа военнослужащих без ЭЯП верхнего отдела ЖКТ.

Критерии включения: возраст от 18 до 26 лет; период срочной военной службы в Вооруженных Силах; наличие жалоб, отвечающих критериям диспепсии согласно Римскому Консенсусу II (1999); первое самостоятельное обращение по поводу диспепсических жалоб; подписанное информированное согласие пациента на участие в исследовании; выполненная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией СО желудка; отсутствие ЭЯП желудка и/или луковицы ДПК по результатам эндоскопии.

Во время первого визита (визит-I) в ГУ «223 ЦАМ» проводили стандартизованную оценку симптомов диспепсии по Римскому Консенсусу II (1999), оценку вариантов функциональной диспепсии по Римскому Консенсусу III (2006) с последующим заполнением анкет. Для определения выраженности эпигастральной боли использовали 10-балльную визуально-аналоговую шкалу (ВАШ): 0 – нет боли; 1–3 – слабая боль; 4–6 – умеренная боль; 7–10 – сильная боль [2]. Дополнительно оценивали степень тяжести изжоги согласно критериям P. O. Katz (2013): легкая – менее

Репозиторий БГМУ

2 раз в неделю; средняя – 2 раза в неделю и более, но не ежедневно; тяжелая – ежедневно [7].

После обращения военнослужащих с симптомами диспепсии за медицинской помощью и после получения информированного согласия, выполнялась ЭГДС с биопсией СО желудка. Эндоскопическое исследование верхнего отдела ЖКТ проводили с использованием видеогастроскопа Fujinon типа EG-250. ЭГДС проводили по алгоритму, используемому в рутинной медицинской практике, с осмотром пищевода, желудка и ДПК. Анестезию СО зева выполняли спреем 10 %-го раствора лидокаина. Для стандартизации эндоскопической оценки слизистой оболочки ЖКТ использовали вариант, предложенный Пятым пересмотренным изданием Z. Mařatka и соавт. (2011) по рекомендациям Всемирной организации эндоскопии пищеварительного тракта (Organisation Mondial ed'Endoscopie Digestive – OMED-5) [11]. Для эндоскопической классификации эзофагитов применяли Лос-Анджелесскую систему (1994). Биопсию СО желудка выполняли из пяти мест (два фрагмента – из тела желудка по большой и малой кривизне, ориентировочно в 8 см от кардии; два фрагмента – из антрального отдела в 2 см от привратника по большой и малой кривизне; один фрагмент – из угла желудка по малой кривизне) щипцами биопсийными к гибким эндоскопам «Ворсма» Щ-127, Щ-119 и OLYMPUS EB-240K. Каждый биоптат СО желудка, полученный для морфологического исследования, помещали в отдельный флакон с 10 %-м раствором формалина. Морфологическую оценку биоптатов проводили при помощи световой микроскопии. Для объективности использовали 4-уровневую ВАШ в баллах морфологических изменений СО желудка: 0 – отсутствие признака; 1+ – незначительное проявление признака; 2+ – умеренное проявление; 3+ – выраженное (M. F. Dixon, 1996) [4]. Для оценки морфологической картины применяли терминологию, критерии и градацию хронического гастрита (ХГ) в соответствии с Хьюстонским усовершенствованием (1996) Сиднейской системы (1990) классификации ХГ (Classification and Grading Gastritis. The Up dates Sydney System) [4]. Для ориентировочной оценки, стадии атрофии/кишечной метаплазии СО желудка полученные результаты морфологического исследования соотносили с ВАШ в баллах системы The Operative Link on Gastritis Assessment 2008 (OLGA-2008) и The Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessment 2010 (OLGIM-2010) [8, 13]. Оценивали выраженность и активность воспаления, атрофию, кишечную метаплазию, наличие микроорганизмов *H. pylori.* В соответствии с рекомендациями группы по изучению инфекции *H. pylori* для идентификации использовали морфологический метод с окраской по методу Романовскому – Гимзе.

Была разработана программа наблюдения военнослужащих срочной военной службы с симптомами диспепсии без гастродуоденальных ЭЯП и одобрена командованием ВВС и войск ПВО ВС РБ. В зависимости от оставшегося времени срочной военной службы программа наблюдения была рассчитана на длительность от 8 до 18 месяцев и предполагала от 2 до 3 визитов, включала оценку клинической симптоматики (на каждом этапе), эндоскопическое и морфологическое обследования (при рецидивах симптомов диспепсии) (табл. 1).

Военнослужащих, включенных в программу, регулярно вызывали из воинских частей и подразделений в ГУ «223 ЦАМ» в установленные сроки для уточнения жалоб. Также предполагались незапланированные визиты, которые могли быть обусловлены возобновлением, усилением или изменением диспепсических симптомов, во время которых проводилась ЭГДС верхнего отдела ЖКТ, морфологическое исследование СО желудка, а при наличии показаний биохимическое исследование крови (БИК), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) и забрюшинного пространства.

Оценивали частоту и длительность рецидива симптомов диспепсии, а также дли-

Репозиторий ВГМУ

Таблица 1. **Программа наблюдения военнослужащих с диспепсией без ЭЯП гастродуоденальной слизистой оболочки**

Визиты	Срок от начала включения в исследование	Оценка жалоб	ЭГДС	Морфология СО желудка и диагностика *H. pylori*	УЗИОБП	БИК
I	Амбулаторно в день обращения	+	+	+	+	+
II	Амбулаторно через 8–9–10 месяцев после включения исследование	+	При наличии диспепсических жалоб		При наличии показаний	
III	Амбулаторно через 16–17–18 месяцев после включения исследование					

тельность ремиссии после купирования симптомов диспепсии. Ремиссия диспепсии – отсутствие диспепсических симптомов в течение 3 месяцев. Рецидив диспепсии – возобновление симптомов диспепсии, как минимум через 3 месяца после окончания лечения и начала ремиссии [5].

Данные обследований пациентов и назначенное лечение фиксировались в медицинской книжке (МК) военнослужащего срочной военной службы. В медицинской книжке отмечали дату приема, очередность посещения, жалобы, результаты объективного обследования, диагноз, назначения врача, необходимость временного освобождения от служебных обязанностей (дежурство в суточном наряде, строевая и физическая подготовка).

Показания для лечения в стационарных условиях военнослужащих с симптомами диспепсии следующие: выраженная эпигастральная боль в 7–10 баллов по 10-балльной ВАШ; выявленные в период наблюдения ЭЯП желудка и/или луковицы ДПК; эзофагит; эрадикация инфекции *H. pylori* при наличии атрофии или кишечной метаплазии или дисплазии СО желудка.

Лечение в стационарных условиях проводилось в ЛО ГУ »223 ЦАМ» или в гастроэнтерологическом отделении государственного учреждения «432-й Главный военный клинический медицинский центр Министерства обороны Республики Беларусь». Военнослужащие получали ингибиторы протонной помпы (ИПП) или прокинетик по ведущему синдрому в стандартной дозе в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения пациентов с заболеваниями органов пищеварения (2005) (клинический протокол – 2005) [1]. Эрадикация инфекции *H. pylori* осуществлялась по 7-дневной схеме первой линии – омепразол (20 мг 2 раза в сутки) в комбинации с амоксициллином (1000 мг 2 раза в сутки) и метронидазолом (500 мг 2 раза в сутки). Эффективность эрадикационной терапии контролировалась при участии медицинских служб воинских частей в заранее спланированные сроки согласно клиническому протоколу – 2005.

Лечение пациентов при выявлении ЭЯП проводилось в стационарных условиях в соответствии с клиническим протоколом – 2005. Критерии выписки – эпителизация эрозий и репарация язв, купирование (уменьшение) эпигастральной боли или постпрандиальных симптомов, завершение курса эрадикационной терапии. После выписки военнослужащие приступали к исполнению служебных обязанностей с условием дальнейшего динамического наблюдения. При уменьшении эпигастральной боли до умеренной выраженности (4–6 баллов) лечение пациентов продолжалось в амбулаторных условиях в медицинском пункте (МП) воинской части, получали ИПП в стандартной дозе 1 раз в сутки. При сохранении слабой эпигастральной боли (1–3 балла) осуществляли лечение ИПП или антацидными лекарственными средствами (ЛС) «по требованию». При сохранении клинических проявлений постпрандиальных симптомов использовали (эпизодически) прокинетик (домперидон) по схеме в стандартной дозе.

Показания для проведения лечения в амбулаторных условиях военнослужащих с диспепсией без гастродуоденальных ЯП – эпигастральная боль умеренной (4–6 баллов по 10-балльной ВАШ) или слабой (1–3 балла)

Репозиторий БГМУ

выраженности, или наличие постпрандиальных симптомов. Лечение в амбулаторных условиях проводили в МП воинской части в виде курса ИПП в стандартной дозе при умеренной выраженности эпигастральной боли (4–6 баллов) или курса домперидона при постпрандиальных симптомах в стандартной дозе в соответствии с клиническим протоколом – 2005. При слабой выраженности эпигастральной боли (1–3 балла) осуществляли лечение ИПП или антацидными ЛС «по требованию». Военнослужащие срочной военной службы получали ЛС в процедурном кабинете МП воинской части в сроки, указанные в МК и в книге записи пациентов подразделения воинской части. Военнослужащие принимали ЛС под наблюдением медицинского персонала с обязательной отметкой об их выдаче и приеме в книге учета пациентов в амбулатории.

Врач воинской части оценивал полноту выполнения назначений и их эффективность. При необходимости назначал дополнительные диагностические обследования, новые схемы лечения в соответствии с клиническим протоколом – 2005. Ежедневно контролировал число военнослужащих срочной военной службы, находящихся на лечении в амбулаторных условиях, выполняемость назначений, эффективность лечения, причины неявки пациентов на амбулаторное лечение. Все повторные обращения к врачу воинской части в ходе лечения в амбулаторных условиях регистрировали в МК военнослужащего и в книге учета пациентов, находящихся на амбулаторном лечении в МП воинской части.

Всем военнослужащим, прошедшим медицинское обследование и лечение в амбулаторных и в стационарных условиях, организовывалось динамическое наблюдение у врача воинской части, которое включало: оценку наличия и тяжести диспепсических жалоб; определение индекса массы тела (ИМТ); направление на ЭГДС с биопсией СО желудка по медицинским показаниям (рецидив диспепсических жалоб или изжоги). При необходимости пациенты направлялись на повторный медицинский осмотр и консультацию к врачу-терапевту ГУ »223 ЦАМ». Военнослужащих наблюдали на протяжении всего оставшегося периода срочной военной службы.

Статистическая обработка. Результаты обработаны в операционной среде «WINDOWS XP» с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA» (Version 10-Index, StatSoftInc) [3]. Результаты обработаны с помощью описательной статистики (медиана – Me, 25 квартиль – P25, 75 квартиль – P75, частота признака в абсолютных и относительных величинах в процентах с 95 % доверительным интервалом – 95 % ДИ). Сравнение относительных величин проводилось с помощью кси-квадрата (χ^2) с поправкой Yates. Для построения кривой выживаемости по цензурированным данным использовался метод Каплана-Майера. Отличия считали статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Из 143 военнослужащих, включенных в исследование, 79 (55,2 %) впервые обратились в первые 3 месяца срочной военной службы, 51 (35,7 %) – в течение 4–6, 13 (9,1 %) – 7–10 месяцев.

Характеристика симптомов диспепсии, а также изжоги у военнослужащих при включении в исследование (визит-I) представлена в табл. 2.

Таблица 2. **Характер и частота диспепсических жалоб и изжоги у военнослужащих при включении в наблюдение (визит-I)**

Симптомы	Число пациентов (*n* = 143)		
	абс.	%	95 % ДИ
Эпигастральная боль	136	95,1	90,2–97,6
Эпигастральное жжение	49	34,3	26,9–42,4
Чувство полноты после еды	58	40,6	32,9–48,8
Раннее насыщение	30	20,9	15,1–28,4
Изжога	81	56,6	48,5–64,5

На основании 10-балльной ВАШ при визите-I 30,7 % пациентов определили выраженность эпигастральной боли как сильную, 47,6 % – как умеренную, 16,8 % – слабую. Соотношение вариантов диспепсии – 78,3 % (эпигастральный болевой синдром – ЭБС) к 21,7 % (постпрандиальный дистресс-синдром – ПДС). У 82,7 % пациентов имелась легкая изжога,

Репозиторий ВМА

у 14,8 % – средней тяжести, у 2,5 % – выраженная. В большинстве случаев изжога сочеталась с ЭБС (81,5 %), реже – с ПДС (18,5 %).

По результатам морфологии СО желудка изменения отсутствовали у 9 пациентов (6,3 %; 95 % ДИ 3,4–11,5), у 134 (93,7 %; 95 % ДИ 88,5–96,7) наблюдали признаки, отвечающие критериям ХГ. Доля антрального гастрита – 62,9 % (*n* = 90; 95 % ДИ 54,8–70,4), пангастрита – 30,8 % (*n* = 44; 95 % ДИ 23,8–38,7).

Инфекция *H. pylori* имела место у 87 человек (60,8 %; 95 % ДИ 52,7–68,5), из них у 85 (59,4 %; 95 % ДИ 51,3–67,1) – контаминация антрального отдела желудка, у 53 (37,1 %; 95 % ДИ 29,6–45,2) – тела желудка; у 51 (35,7 %; 95 % ДИ 28,3–43,8) – тела и антрального отдела.

Формы заболеваний верхнего отдела ЖКТ у военнослужащих без ЭЯП с учетом морфологической картины СО желудка и ориентировочной градацией риска интраэпителиальной неоплазии по OLGA при включении в исследование представлены в табл. 3.

После обследования в день обращения 99 военнослужащим было назначено лечение в амбулаторных условиях курсовое (*n* = 68) и «по требованию» (*n* = 31). 44 пациента (30,8 %) в день обращения по причине сильной эпигастральной боли (7–9 баллов по 10-балльной ВАШ) госпитализированы в стационар. Еще 11 пациентов госпитализированы на 7–10 сутки по результатам морфологического исследования (атрофия/кишечная метаплазия СО желудка) для проведения эрадикации инфекции *H. pylori* (отнесены к визиту-I). Таким образом, всего госпитализировано 55 пациентов. После окончания лечения в стационарных условиях на лечение в амбулаторных условиях «по требованию» по причине сохранившейся эпигастральной боли слабой выраженности переведены 19 пациентов.

На визит-II из воинских частей и подразделений прибыли 139 военнослужащих. Не прибыли 4 человека: один уволен в запас до истечения срока срочной военной службы по

Таблица 3. **Формы заболеваний верхнего отдела ЖКТ у военнослужащих без ЭЯП**

Формы заболеваний верхнего отдела ЖКТ	Число военнослужащих (*n* = 143)					
	абс.	Пациенты с ориентировочной оценкой по системе OLGA				
		0	I	II	III	IV
Без морфологических изменений	9	–	–	–	–	–
Хронический антральный гастрит без атрофии, кишечной метаплазии, *H. pylori*-ассоциированный	44	44	0	0	0	0
Хронический антральный гастрит без атрофии, кишечной метаплазии, *H. pylori*-негативный	30	30	0	0	0	0
Хронический антральный гастрит с атрофией, кишечной метаплазией, *H. pylori*-ассоциированный	4	0	3	1	0	0
Хронический антральный гастрит с атрофией, кишечной метаплазией, *H. pylori*-негативный	12	0	12	0	0	0
Хронический пангастрит без атрофии, кишечной метаплазии, *H. pylori*-ассоциированный	32	32	0	0	0	0
Хронический пангастрит с атрофией, кишечной метаплазией в антральном отделе желудка, *H. pylori*-ассоциированный	2	0	2	0	0	0
Хронический пангастрит с атрофией, кишечной метаплазией в теле желудка, *H. pylori*-ассоциированный	3	0	3	0	0	0
Хронический пангастрит с атрофией, кишечной метаплазией в теле желудка, *H. pylori*-негативный	1	0	1	0	0	0
Хронический пангастрит с атрофией, кишечной метаплазией в теле и в антральном отделе желудка, *H. pylori*-ассоциированный	2	0	1	1	0	0
Хронический пангастрит с атрофией, кишечной метаплазией в теле и в антральном отделе желудка, *H. pylori*-негативный	4	0	3	0	1	0
ИТОГО	143	106	25	2	1	0

Репозиторий ВМИ

причине, не относящейся к состоянию здоровья, трое уволены по заболеваниям, не связанным с патологией ЖКТ до визита-II: расстройство адаптации (1); энурез (1); пролапс митрального клапана (ПМК) I ст. с нарушением внутрижелудочковой гемодинамики, эпизод атриовентрикулярной блокады (AV-блокады) II ст., тип I (1).

Во время визита-II у 4 военнослужащих наблюдались диспепсические жалобы (эпигастральная боль в 2–4 балла). Кроме того, между визитом I и II с диспепсическими жалобами самостоятельно обратились 27 военнослужащих из группы наблюдения (все с эпигастральной болью, в том числе 7 – сильной выраженности; кроме того, у 10 пациентов отмечалось эпигастральное жжение, у 16 – постпрандиальные симптомы, у 13 – изжога); во время планового визита-II у данных военнослужащих жалоб диспепсического характера не было.

Всем 4 пациентам, имевшим симптомы диспепсии во время визита-II, и 27 пациентам, обратившимся после визита-I (всего 31), выполнена ЭГДС с биопсией СО желудка. Эффективность эрадикационной терапии *H. pylori*, проведенной 11 пациентам в период визита-I, оценили у 9 (двое были уволены до визита-II), положительный результат достигнут у 8. Согласно данным эндоскопического и морфологического обследования выявлены новые клинические случаи: эрозии СО луковицы ДПК и инфекция *H. pylori* (1), эзофагит ст. B (1), атрофия СО антрального отдела желудка (1).

Из числа пациентов с диспепсическими жалобами после визита-I и во время визита-II лечение в амбулаторных условиях назначено 22 пациентам: 18 – курсовое, 4 – «по требованию». На лечение в стационарных условиях направлены 9, из них 6 – по клиническим показаниям (сильная эпигастральная боль), 2 – на основании эндоскопического заключения (эрозии СО луковицы ДПК и эзофагит ст. B), 1 – по результатам морфологического исследования (атрофия СО желудка, инфекция *H. pylori*). Эрадикация инфекции *H. pylori* в стационарных условиях назначалась 2 пациентам: одному с эрозиями СО луковицы ДПК и одному – с выявленной атрофией СО антрального отдела желудка. После лечения в стационарных условиях на терапию «по требованию» переведены 3 пациента – с эпигастральной болью.

На визит-III в установленные сроки из воинских частей и подразделений прибыли 53 военнослужащих. Не прибыли 86, из них 85 – уволенные по истечению срока срочной военной службы, 1 – по заболеванию, не связанному с патологией системы пищеварения (идиопатическая частая суправентрикулярная экстрасистолия).

Все прибывшие на визит-III жалоб диспепсического характера не имели. Кроме того, между визитом-II и визитом-III самостоятельно обратились к врачу 8 человек: 6 – с эпигастральной болью (из них 2 – в сочетании с изжогой), 2 – с постпрандиальными симптомами. Во время визита-III у данных военнослужащих жалоб диспепсического характера не было.

После визита-II 5 человек отказались от курения. К визиту-III курящих было 58,5 % (95 % ДИ 45,1–70,7).

Десяти пациентам выполнены ЭГДС и биопсия СО желудка, из них 8 – с диспепсическими жалобами, 2 – для оценки эффективности эрадикационной терапии (у обоих пациентов *H. pylori* не выявлен). Согласно данным эндоскопического и морфологического обследования выявлены новые клинические случаи: эрозии СО луковицы ДПК с инфекцией *H. pylori* (1), эзофагит ст. A (1), кишечная метаплазия СО антрального отдела желудка (2), дисплазия СО антрального отдела желудка (1).

На лечение в стационарных условиях направлены все 8 пациентов с рецидивом диспепсии, из них 3 – по клиническим данным (сильная эпигастральная боль), 2 – на основании эндоскопического обследования (эрозии СО луковицы ДПК и эзофагит степени A), 3 – по результатам морфологического обследования СО желудка (кишечная метаплазия у 2 и дисплазия у 1), из них 4 назначалась эрадикация инфекции *H. pylori*. Контроль эффективности эрадикационной терапии был рекомендован после увольнения из армии. После лечения в стационарных условиях на

Репозиторий ВГМУ

терапию «по требованию» переведены 2 пациента – с эпигастральной болью слабой выраженности.

Приводим краткое описание 4 случаев рецидивов диспепсических жалоб с различными вариантами выявленной патологии.

Клинический случай 1. Причина обращения – эпигастральная боль. Пациент, 21 год (5-й месяц наблюдения, 9-й месяц службы); при ЭГДС диагностирована гастропатия, морфологически – *H. pylori*-ассоциированный, умеренно выраженный, умеренно активный хронический пангастрит с атрофией и лимфоидными фолликулами (ЛФ) в антральном отделе желудка. Данные анамнеза: до призыва на срочную военную службу эпигастральная боль и жжение, жалоб на состояние здоровья в период призывной кампании не предъявлял. При включении в исследование: *H. pylori*-ассоциированный, умеренно выраженный, умеренно активный хронический пангастрит; эрадикационная терапия не проводилась. При внеплановом обращении пациента госпитализировали в ГУ «223 ЦАМ» для проведения эрадикации инфекции *H. pylori* и при отсутствии жалоб военнослужащий выписан в воинскую часть для продолжения службы и динамического наблюдения.

Клинический случай 2. Причина обращения – эпигастральная боль. Пациент, 24 года (12-й месяц наблюдения, 13-й месяц службы); при ЭГДС диагностированы эрозии СО луковицы ДПК, морфологически – инфекция *H. pylori*. Данные анамнеза: до призыва на срочную военную службу жалоб не имел. При включении в исследование: *H. pylori*-ассоциированный, умеренно выраженный, незначительно активный хронический антральный гастрит; эрадикационная терапия не проводилась. Во время визита-II жалоб не предъявлял. При внеплановом обращении пациента госпитализировали в ГУ «223 ЦАМ» для проведения антисекреторной терапии и эрадикации инфекции *H. pylori*; после контрольной эндоскопии с положительной динамикой (эпителизация эрозий) и при отсутствии жалоб военнослужащий выписан в воинскую часть для продолжения службы и динамического наблюдения.

Клинический случай 3. Причина обращения – эпигастральная боль, изжога. Пациент, 21 год (14-й месяц наблюдения, 17-й месяц службы); при ЭГДС диагностирован эзофагит ст. А. Данные анамнеза: до призыва на срочную военную службу жалоб не имел. При включении в исследование: *H. pylori*-негативный, слабо выраженный, незначительно активный хронический антральный гастрит. Во время визита-II жалоб не предъявлял. При внеплановом обращении пациента госпитализировали в ГУ «223 ЦАМ» для проведения антисекреторной терапии; после контрольной эндоскопии с положительной динамикой (эпителизация эрозий СО пищевода) и при отсутствии жалоб военнослужащий выписан в воинскую часть для продолжения службы и динамического наблюдения.

Клинический случай 4. Причина обращения – эпигастральная боль и жжение. Пациент, 19 лет (16-й месяц наблюдения, 17-й месяц службы); при ЭГДС диагностирована гастропатия, морфологически – *H. pylori*-ассоциированный, умеренно выраженный, незначительно активный хронический пангастрит с кишечной метаплазией 1 ст. и дисплазией низкой степени в антральном отделе. Данные анамнеза: до призыва на срочную военную службу эпигастральная боль, в период призывной кампании жалоб на состояние здоровья не предъявлял. При включении в исследование: *H. pylori*-ассоциированный, умеренно выраженный, незначительно активный хронический антральный гастрит; эрадикационная терапия не проводилась. Во время визита-II жалоб не предъявлял. При внеплановом обращении пациента госпитализировали в ГУ »223 ЦАМ» для проведения эрадикации инфекции *H. pylori* и при отсутствии жалоб военнослужащий выписан в воинскую часть для продолжения службы и динамического наблюдения.

Представленный случай дисплазии низкой степени с локализацией в антральном отделе СО желудка диагностирован у военнослужа-

Репозиторий ВГМУ

Таблица 4. **Результаты динамического наблюдения военнослужащих с диспепсией в период срочной военной службы**

Пациенты/характеристики обследований/результаты	Визиты		
	I	II	III
	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
Пациенты, подлежавшие обследованию/наблюдению	143	139	53
Не обследованы по причине увольнения из армии к сроку настоящего визита, в том числе:	–	4	86
по истечению срока службы и другим причинам	–	1	85
вследствие прочих заболеваний и состояний	–	3	1
Пациенты, подлежавшие обследованию/наблюдению	143	139	53
Наличие диспепсии во время плановых визитов	143	4	0
Обращение по поводу диспепсии вне плановых визитов (после предыдущего планового визита)	–	27 (19,4)	8 (15,1)
Общее число рецидивов диспепсии	–	31 (22,3)	8 (15,1)
Получили лечение в стационарных условиях	55 (38,5)	9 (6,5)	8 (15,1)
Получили курсовое амбулаторное лечение	64 (44,8)	19 (13,7)	0
Получали ЛС эпизодически («по требованию»)	24 (16,8)	4 (2,9)	0
Выполнена ЭГДС с биопсией СО желудка во время плановых визитов	143	4	0
Выполнена ЭГДС с биопсией СО желудка во время внеплановых визитов	–	28	8

щего к окончанию срочной военной службы. Микропрепараты были консультированы патоморфологами. Молодому человеку даны рекомендации: выполнить ЭГДС с биопсией СО желудка и контроль эффективности эрадикации инфекции *H. pylori* по месту жительства после увольнения из армии. Кроме того, нами было дважды осуществлено консультирование данного пациента (через 1 и 3 года после увольнения): отрицательной динамики нет.

Сводные данные о результатах динамического наблюдения группы военнослужащих с диспепсией без ЭЯП верхнего отдела ЖКТ представлены в табл. 4.

Как показал анализ клинических данных, наблюдалось 35 случаев рецидивов диспепсии, по поводу которых пациенты обращались самостоятельно (внеплановые визиты), еще 4 человека отметили эпигастральную боль во время планового визита-II. Таким образом, всего рецидивы диспепсии имели место у 39 военнослужащих срочной военной службы (27,3 %; 95 % ДИ 20,6–35,1).

Доля военнослужащих, имевших диспепсические жалобы, уменьшилась после визита-I до 22,3 %, после визита-II – до 15,1 % (расчет на число военнослужащих в период соответствующего визита). От курения отказался всего 21 военнослужащий (14,7 %; 95 % ДИ 9,8–21,4) из 143 с диспепсическими жалобами при первом визите, однако доля курящих сохранялась на достаточно высоком уровне (58,5 % во время визита-III).

Исследована длительность ремиссии после первого визита с диспепсией (без учета инфекции *H. pylori*) до рецидива симптомов (рис. 1).

Медиана длительности ремиссии составила 92 дня (3,1 месяца) (58-154) (LQ-UQ), при этом длительность рецидива диспепсии – от 8 до 18 дней, медиана составила 12 дней (11–17) (LQ-UQ).

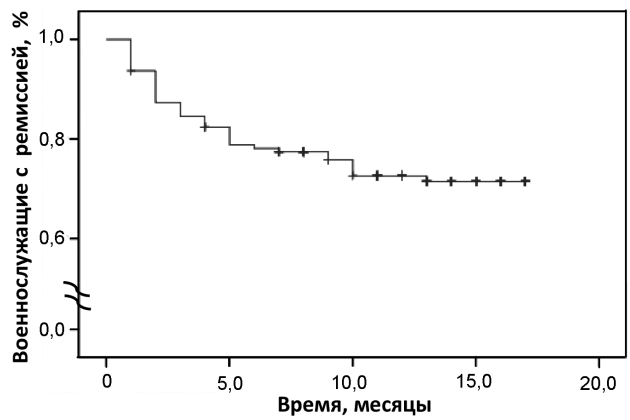

Рис. 1. Кумулятивная кривая «выживаемости» ремиссии после визита I

Репозиторий БГМУ

Из числа 87 *H. pylori*-позитивных пациентов при включении в исследование эрадикационная терапия была проведена 11 в период после первичного обращения. При сравнительном исследовании результатов динамического наблюдения селективных групп (*H. pylori*-негативные, *n* = 56 и *H. pylori*-позитивные, которым эрадикация не проводилась, *n* = 76), оказалось, что частота рецидивов различий не имела (26,8 %; 95 % ДИ 16,9–39,6 против 23,7 %; 95 % ДИ 15,5–34,4), $\chi^2 = 0,17$, *p* = 0,68 (рис. 2).

При сравнении кривых «выживаемости» ремиссии в группах военнослужащих *H. pylori*-негативных и *H. pylori*-позитивных (без эрадикации) различий не установлено (логранговый критерий (Mantel-Cox): $\chi^2 = 0,12$, *p* = 0,72).

Эрадикация инфекции *H. pylori* за период динамического наблюдения группы военнослужащих проведена всего 17 пациентам. Контроль эффективности эрадикационной терапии осуществлен 11 (2 уволены до окончания срока службы, 4 – по окончанию срока службы, им контроль планировался по месту жительства после увольнения из армии). Положительный результат достигнут у 10 пациентов.

В ходе выполнения программы динамического наблюдения военнослужащих с диспепсией без ЭЯП у 8 (5,6 %; 95 % ДИ 2,9–10,7) из 143 выявлены или развились заболевания, которые могли повлиять на качественное и полное прохождение срочной военной службы (табл. 5).

У 4 военнослужащих (2,8 %) обнаружены эрозивные поражения СО верхнего отдела

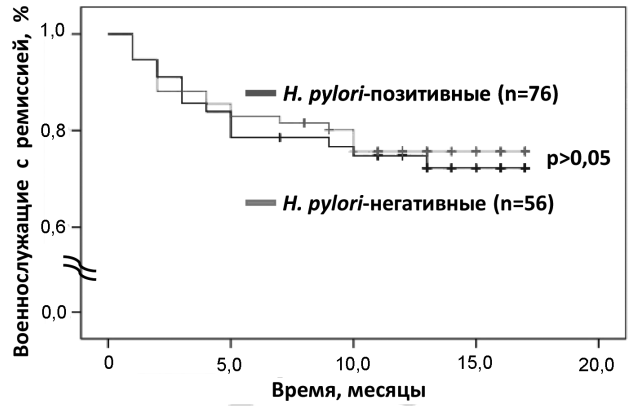

Рис. 2. Сравнение кривых «выживаемости» ремиссии в группах военнослужащих H. pylori-негативных и *H. pylori*-позитивных (без эрадикации)

ЖКТ – 2 (1,4 %; 95 % ДИ 0,4–4,9) случая эрозий СО луковицы ДПК; 2 (1,4 %) случая эзофагита ст. А и В. По результатам морфологического обследования диагностированы новые клинические случаи: атрофия – 1 (0,7 %; 95 % ДИ 0,1–3,9); кишечная метаплазия – 2 (1,4 %); дисплазия низкой степени – 1 (0,7 %), у всех с локализацией в антральном отделе СО желудка.

У 4 (2,8 %; 95 % ДИ 1,1–6,9) военнослужащих диагностированы заболевания, не связанные с ЖКТ, относящиеся к числу причин, при наличии которых военнослужащие признаны государственным учреждением «Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил Республики Беларусь» негодными к военной службе в мирное время и уволены по болезни: расстройство адаптации (1); энурез (1); ПМК I ст. с нарушением внутрижелудочковой гемодинамики, эпизод AV-блокады

Таблица 5. **Результаты динамического наблюдения военнослужащих с диспепсией без ЭЯП**

Результаты	Военнослужащие без ЭЯП (*n* = 143), абс. (%; 95 % ДИ)
Рецидивы диспепсии	39 (27,3; 20,6–35,1)
Новые случаи/рецидивы заболеваний/состояний верхнего отдела ЖКТ, в т. ч.:	5 (3,5; 1,5–7,9)
гастродуоденальные эрозии	2 (1,4 %; 0,4–4,9)
гастродуоденальные язвы	0
эзофагит	2 (1,4 %; 0,4–4,9)
дисплазия СО желудка	1 (0,7; 0,1–3,9)
атрофия СО желудка	1 (0,7; 0,1–3,9)
кишечная метаплазия СО желудка	2 (1,4 %; 0,4–4,9)
Другие заболевания	4 (2,8; 1,1–6,9)

Репозиторий БГМУ

II ст., тип I (1); идиопатическая частая суправентрикулярная экстрасистолия (1).

К дальнейшему исполнению служебных обязанностей направлены 139 из 143 (97,2 %; 95 % ДИ 93,0–98,9) военнослужащих.

Полученные результаты позволяют сказать, что у военнослужащих срочной военной службы с симптомами диспепсии при отсутствии ЭЯП верхнего отдела ЖКТ требуется оценка наличия «симптомов тревоги», при повторных «упорных» диспепсических жалобах необходимо выполнить ЭГДС с биопсией СО желудка, УЗИ ОБП, БИК и проконсультировать у врача-специалиста.

Выводы

1. У военнослужащих срочной военной службы с симптомами диспепсии в отсутствие ЭЯП (n = 143) за время наблюдения от 8 до 18 месяцев частота рецидивов диспепсии (без учета результатов эрадикации инфекции *H. pylori*) составила 27,3 % (95 % ДИ 20,6–35,1), длительность ремиссии после первой манифестации симптоматики – 92 дня (58–154) Me (LQ-UQ), длительность рецидива – 12 дней (11–17) Me (LQ-UQ).

2. У *H. pylori*-негативных и *H. pylori*-позитивных военнослужащих, не получивших эрадикационной терапии, частота рецидивов диспепсии различий не имела (26,8 % против 23,7 %; $\chi^2 = 0{,}17$, $p = 0{,}68$).

3. За период наблюдения военнослужащих были выявлены или развились заболевания: у 1,4 % (95 % ДИ 0,4–4,9) – эрозии СО луковицы ДПК, у 1,4 % – эзофагит ст. А и В, у 2,8 % (95 % ДИ 1,1–6,9); не связанные с системой пищеварения – расстройство адаптаци (1), энурез (1), ПМК I ст. с нарушением внутрижелудочковой гемодинамики, эпизод AV-блокады II ст., тип I (1), идиопатическая частая суправентрикулярная экстрасистолия (1). При обследовании по поводу рецидивов симптомов диспепсии диагностированы новые морфологические случаи – 1 (0,7 %) атрофии, 2 (1,4 %) – кишечной метаплазии, 1 (0,7 %) – дисплазии низкой степени (все случаи с локализацией в антральном отделе желудка).

4. Результаты проведенного исследования послужили основанием для разработки алгоритма диагностики заболеваний верхнего отдела ЖКТ при диспепсии у военнослужащих срочной военной службы на этапах оказания медицинской помощи в Вооруженных Силах Республики Беларусь.

Литература

1. Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 19 мая 2005 г., № 274 : в ред. постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 21.07.2016 // Консультант Плюс. Беларусь / ООО «Юрспектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

2. Об утверждении клинического протокола диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с хронической неонкологической болью [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 17 окт. 2014, № 1070 // Консультант Плюс. Беларусь / ООО «Юрспектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.

3. *Океанов, А. Е.* Применение статистических методов в биомедицинских исследованиях : учеб.-метод. пособие / А. Е. Океанов, И. В. Дардынская. – Минск : МГЭУ, 2012. – 124 с.

4. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994 / M. F. Dixon [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. – 1996. – Vol. 20, № 10. – P. 1161–1181.

5. Functional gastroduodenal disorders / J. Tack [et al.] // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130, № 5. – P. 1466–1479.

6. Gastroduodenal disorders / V. Stanghellini [et al.] // Gastroenterology. – 2016. – Vol. 150, № 6. – P. 1380–1392.

7. *Katz, P. O.* Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease / P. O. Katz, L. B. Gerson, M. F. Vela // Am. J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 108, № 3. – P. 308–328.

8. OLGA gastritis staging in Young Adults and country – specific gastric cancer risk / M. Rugge [et al.] // Int. J. Surg. Pathol. – 2008. – Vol. 16, № 2. – P. 150–154.

9. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis / K. Sugano [et al.] // Gut. – 2015. – Vol. 64, № 9. – P. 1353–1367.

10. The staging of gastritis with the OLGA system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis / L. G. Capelle [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2010. – Vol. 71, № 7. – P. 1150–1158.

11. *Waye, J. D.* Digestive endoscopy: terminology with definitions and classifications of diagnosis and therapy / J. D. Waye, Z. Mařatka, J. R. Armengol Miró. – Bad Homburg : NORMED Verl., 2011. – 222 p.

Поступила 20.11.2020 г.

Репозиторий ВГМУ