

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ  
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО  
ТРАКТА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ**

**Янкуль А.Н.\* , Силивончик Н.Н.\*\* , Любутина Г.П.\*\*\***

*Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ»\*,  
Кафедра общей врачебной практики ГУО «БелМАПО»\*\*,  
223 ЦАМ ВВС и войск ПВО ВС РБ\*\*\*, г. Минск*

**Ключевые слова:** диспепсия, слизистая оболочка желудка, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, гастрит, эзофагит.

**Резюме:** Проведен анализ симптомов желудочной диспепсии, эндоскопических, морфологических данных и частоты контаминации слизистой оболочки желудка у 239 военнослужащих по призыву первого года службы. Эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны были выявлены у 64 (26,8%; 95% ДИ 21,6-32,7). Эзофагит различной степени как проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни имел место у 13 (5,4%) пациентов. Частота инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в общей группе пациентов с желудочной диспепсией составила 64,9% (95% ДИ 58,6-70,3), в том числе при язве желудка и двенадцатиперстной кишки 80,7%, эрозиях гастродуоденальной зоны – 72,7% (95% ДИ 55,9-84,9), хроническом гастрите – 62,5 % (95% ДИ 54,8-69,6), при эзофагите – 60% (95% ДИ 31,3-83,2), при визуальной нормальной слизистой оболочке гастродуоденальной зоны – 64,5% (95% ДИ 47,0-70,0).

**Resume:** The analysis of the symptoms of gastric dyspepsia, endoscopic, morphological data and the frequency of contamination of the gastric mucosa in 239 conscripts first year of service. Erosive and ulcerative gastroduodenal changes were detected in 64 (26.8%; 95% CI: 21.6-32.7). Esophagitis varying degrees, as a manifestation of gastroesophageal reflux disease was present in 13 (5.4%) patients. The frequency of infection *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) in the overall group of patients with gastric dyspepsia was 64.9% (95% CI: 58.6-70.3), including gastric and duodenal ulcers 80.7%, gastroduodenal erosions zone – 72.7% (95% CI: 55.9-84.9), chronic gastritis – 62.5% (95% CI: 54.8-69.6) for esophagitis - 60% (95% CI: 31.3-83.2) for visually normal mucosa of the gastroduodenal zone – 64.5% (95% CI: 47.0-79.0).

**Актуальность.** Заболевания органов пищеварения занимают ведущую позицию в структуре патологии военнослужащих по призыву и второе место среди причин увольнения из Вооруженных Сил, что определяет актуальность проблемы. Верификация заболевания с диспепсическими жалобами является частой клинической задачей, имеющей научное и практическое значение [2].

**Цель работы.** Определить характер клинических данных, эндоскопических и морфологических изменений слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при желудочной диспепсии (ЖД) у военнослужащих по призыву первого года службы.

**Материал и методы исследования**

В исследование включено 239 военнослужащих по призыву Минского гарнизона воинских частей Военно-воздушных сил и войск противовоздушной

обороны Вооруженных Сил Республики Беларусь (возраст 18-26 лет) за период с января 2010 по апрель 2013 г.

**Критерии включения:** наличие жалоб, относящихся к категории ЖД согласно Римскому III Консенсусу (2006) [6, 10, 12], госпитализация в лечебное отделение государственного учреждения «223 центр авиационной медицины Военно-воздушных сил и войск противовоздушной обороны» и гастроэнтерологическое отделение государственного учреждения «432 Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь».

Всем пациентам выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией слизистой оболочки желудка (СОЖ). Эндоскопическое исследование проводили эзофагогастродуоденоскопом «PENTAX» типа FG-29W по стандартной методике. Анестезию выполняли 10% раствором лидокаина. Стандартизация макроскопической оценки слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ проводилась по рекомендациям OMEG-5 [4], эзофагита по Лос-Анжелесской классификации. Биопсию слизистой оболочки желудка из 5 мест (два – из тела, три – из антрального отдела желудка) выполняли щипцами биопсийными гибкими «Ворсма» Щ-127, Щ-119 и «OLYMPUS» EB-240K. Морфологическое исследование образцов СОЖ проводилось с окраской гематоксилином и эозином. *H. pylori* определяли морфологическим методом с окраской по Романовскому-Гимзе и быстрым уреазным методом (тест-система «ХЕЛПИЛ» ООО «АМА» (Санкт-Петербург, Российская Федерация) импортер ООО «БИНФАРМ» (Республика Беларусь). Чувствительность тест-системы «ХЕЛПИЛ» составляет 93-95%, специфичность 92-94%. Для оценки морфологической картины использовали терминологию, критерии и градации хронического гастрита в соответствии с «Classification and Grading Gastritis. The Updates Sydney System» [1, 11]. Результаты обработаны с помощью описательной статистики (частота признака в абсолютных и относительных величинах в процентах с 95% доверительным интервалом – 95% ДИ) с использованием программы STATISTICA-6 [9].

### Результаты и обсуждение

Симптомы ЖД впервые появились во время службы в армии у 161 (67,4%) пациента, у 78 (32,6%) имели место ранее до призыва на службу в Вооруженные Силы Республики Беларусь. Военнослужащие с повторными жалобами ранее до призыва обращались за медицинской помощью. Характер и частота диспепсических жалоб у пациентов представлена в таблице 1 (поскольку в процессе сбора материала оказалось, что у значительной части пациентов с диспепсическими жалобами имела место изжога, проведен анализ и данного симптома).

**Таблица 1** – Характер и частота диспепсических жалоб и изжоги у пациентов

Жалобы	Число пациентов (n=239)		
	абс.	%	95% ДИ

Эпигастральная боль	225	94,1	90,4-96,5
Эпигастральное жжение	87	36,4	30,6-42,7
Чувство полноты после еды	94	39,3	33,4-45,7
Раннее насыщение	53	22,2	17,4-27,9
Изжога	146	61,1	54,8-67,1

Как видно из представленных данных, наиболее частой жалобой у пациентов была эпигастральная боль (n=225, 94,1%), значительно реже – эпигастральное жжение (n=87, 36,4%) и чувство полноты после еды (n=94, 39,3%), а также раннее насыщение n=53 (22,2%). Часть пациентов имели сочетания жалоб. Изжогу отмечали более половины пациентов (n=146, 61,1%).

Визуальные эндоскопические изменения были обнаружены у 208 (87,0%; 95% ДИ 82,2-90,7) из 239 пациентов (характеристика изменений представлена в таблице 2).

**Таблица 2** – Эндоскопические данные обследованных пациентов

Выявленные эндоскопические изменения	Число пациентов (n=239)		
	абс.	%	95% ДИ
<b>Эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны (всего)</b>	<b>64</b>	<b>26,8</b>	<b>21,6-32,7</b>
<b>Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (всего – с наличием/отсутствием рубцовой деформации, эрозий гастродуоденальной зоны)</b>	<b>31</b>	<b>12,9</b>	<b>9,3-17,8</b>
Язва двенадцатиперстной кишки (с/без рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, эрозий гастродуоденальной зоны)	8	3,4	1,7-6,5
Рубцовая деформация желудка кишки (с/без эрозий гастродуоденальной зоны)	1	0,4	0,07-2,3
Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки (с/без эрозий гастродуоденальной зоны)	22	9,2	6,2-13,5
<b>Эрозии желудка (без рубцовой деформации гастродуоденальной зоны, эрозий двенадцатиперстной кишки)</b>	<b>11</b>	<b>4,6</b>	<b>2,6-8,1</b>
<b>Эрозии луковицы двенадцатиперстной кишки (без язвы, рубцовой деформации желудка)</b>	<b>10</b>	<b>4,2</b>	<b>2,3-7,5</b>
<b>Эрозии желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки (без рубцовой деформации гастродуоденальной зоны)</b>	<b>12</b>	<b>5,0</b>	<b>2,9-8,6</b>
Эзофагит (всего)	13	5,4	3,2-9,1
<b>Эзофагит без эрозивно-язвенных и рубцовых изменений гастродуоденальной зоны</b>	<b>10</b>	<b>4,2</b>	<b>2,3-7,5</b>
<b>Гастропатия (все варианты)</b>	<b>134</b>	<b>56,1</b>	<b>49,7-62,2</b>
<b>Без визуальных изменений</b>	<b>31</b>	<b>12,9</b>	<b>9,3-17,8</b>

Как видно из таблицы, не имели визуальных изменений верхних отделов ЖКТ лишь 31 пациент из 239 обследованных с симптомами ЖД. Эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны с учетом рубцовой деформации тела желудка и

луковицы двенадцатиперстной кишки были выявлены у 64 (26,8%; 95% ДИ 21,6-32,7). На основании эндоскопических данных диагноз язвы желудка или двенадцатиперстной кишки был установлен у 31 человека, в том числе у 8 имела место активная дуоденальная язва (с деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки или без), у остальных – рубцовая деформация желудка (n=1) или луковицы двенадцатиперстной кишки (n=22). Таким образом, у обследованных пациентов при наличии симптомов желудочной диспепсии частота язвы желудка и двенадцатиперстной кишки оказалась достаточно высокой (12,9%; 95% ДИ 9,3-17,8). Все 31 военнослужащих по решению государственного учреждения «Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил Республики Беларусь» были признаны негодными к военной службе в Вооруженных Силах по болезни.

Эрозии в желудке и в луковице двенадцатиперстной кишки (кроме того имелись случаи сочетания эрозий с язвенным процессом) имели место у 33 пациентов; после проведения курсов лечения и последующего эндоскопического контроля военнослужащие продолжили службу в Вооруженных Силах.

При эндоскопическом исследовании у 13 (5,4%) пациентов из 239 обследованных встречался эзофагит различной степени согласно Лос-Анжелесской классификации, который расценивался как проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и в части случаев (n=3) сочетался с эрозивно-язвенными и рубцовыми изменениями гастродуоденальной зоны (характеристика эндоскопических данных представлена в таблице 3).

**Таблица 3** – Эндоскопические характеристики эзофагита

Характеристика эндоскопических изменений гастродуоденальной зоны	Эзофагит, ст. (n=13)	
	А	В
Рубцово-язвенные изменения	0	1
Эрозии	0	2
Без эрозивно-язвенных и рубцовых изменений	2	8
Всего	2	11

Все пациенты имели легкий эзофагит (А и В), как изолированное поражение без эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны. Отмечены сочетанные эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны и пищевода – 3 случая (с эзофагитом В). Пациент, имевший эзофагит в сочетании с 1 случаем рубцово-язвенных изменений гастродуоденальной зоны, был признан негодным к военной службе в Вооруженных Силах по болезни (в числе упомянутых выше 31). Военнослужащие, имевшие эзофагит в/без сочетания с эрозиями гастродуоденальной зоны после курса лечения продолжили службу в Вооруженных Силах.

Проанализирована частота контаминации СОЖ у обследованных пациентов – в общей и селективных группах (таблица 4).



**Таблица 4** – Частота контаминации слизистой оболочки желудка у обследованных пациентов

Виды гастродуоденальной патологии	n	Число пациентов с наличием <i>H. pylori</i>		
		абс.	%	95% ДИ
Все пациенты с желудочной диспепсией	239	154	64,4	58,2-70,2
Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (всего – с наличием/отсутствием рубцовой деформации, эрозий гастродуоденальной зоны)	31	25	80,7	63,7-90,8
Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки (без язвы и/или рубцовой деформации гастродуоденальной зоны)	33	22	66,7	49,6-80,3
Гастропатия + визуально нормальная слизистая оболочка гастродуоденальной зоны	165	101	61,2	53,6-68,3
Визуально нормальная слизистая оболочка гастродуоденальной зоны	31	20	64,5	47,0-79,0
Хронический гастрит	160	100	62,5	54,8-69,6
Эзофагит	10	6	60,0	31,3-83,2

Как видно из представленных данных, инфекция *H. pylori* у обследованных пациентов выявлена в 64,4% (95% ДИ 58,2-70,2) случаев. Частота контаминации желудка *H. pylori* при наличии гастроэнтерологической симптоматики у взрослых согласно результатам исследований К.Ю. Мараховского [4], С.И. Пиманова и Е.В. Макаренко [3, 7] составляет от 60 до 94%, у детей по данным К.Ю. Мараховского, С.Б. Папко, С.К. Клецкого – до 52% [4, 8]. Инфекция *H. pylori* выявлена у 80,7% пациентов с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, что соответствует данным С.И. Пиманова и Е.В. Макаренко, по мнению которых частота контаминации *H. pylori* при дуоденальной язве – близка к абсолютной [3,7].

#### Выводы

1. У военнослужащих срочной службы с желудочной диспепсией эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны имели место у 64 (26,8%; 95% ДИ 21,6-32,7); язва желудка или двенадцатиперстной кишки была установлена у 31 человека (12,9%; 95% ДИ 9,3-17,8).

2. Частота инфекции *H. pylori* у пациентов с ЖД составила 64,4% (95% ДИ 58,2-70,2), в том числе при язве желудка и двенадцатиперстной кишки 80,7%, хроническом гастрите – 62,5 % (95% ДИ 54,8-69,6), при визуально нормальной слизистой оболочке гастродуоденальной зоны – 64,5% (95% ДИ 47,0-79,0).

#### Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / М.: «Трида-Х». – 1998. – С. 496.
2. Бова А.А., Криушев П.В. Диспепсия в свете Римского III Консенсуса // Военная медицина. – 2009. - № 3. - С. 17-18.
3. Макаренко Е.В. Инфекция *Helicobacter pylori* в гастроэнтерологии // Монография. Е.В. Макаренко. – Витебск: Издательство ВГМУ, 2009. – 237 с.

4. Мараховский К.Ю. Сопряженность изменений слизистой желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori* у детей и взрослых в урбанизированной популяции // Мед. новости. – 2004. – № 9. – С. 17 – 23.
5. Маржатка З. при сотрудничестве комитета по терминологии OMED. Пятое издание переработанное и дополненное. Дигестивная эндоскопия: Терминология с дефинициями и классификациями диагнозов и терапии/ Normed Verlag. – 2011. – С. 25 – 54.
6. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей / Пособие. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. – Витебск: Издательство ВГМУ, 2006. – 160 с.
7. Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Анализ эффективности протоколов эрадикации инфекции *Helicobacter pylori* // Рецепт. – 2005. - № 1. – С. 19-23.
8. Папко С.Б., Клецкий С.К., Силивончик Н.Н. Эритематозная гастропатия у подростков = гастрит? // Альманах Гастроэнтерология 2004. – Сб. рец. стат. и тез. к респ. семинару «Достижения гастроэнтерологии – в практику, 25-26 февраля 2004 г. – Мн.: ООО «ДокторДизайн», 2004. - С. 119-123.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / М.: Медиа Сфера. 2002. С.312.
10. Силивончик Н.Н. Функциональные желудочно-кишечные расстройства: пособие для врачей / Силивончик Н.Н., Пиманов С.И., Мирутко Д.Д. – Минск: Доктор Дизайн, 2010. – 92 с.
11. Dixon M.F., Genta R.M., Yardley J.H., Correa P. and Participants in the International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994. Classification and grading of gastritis // Am. J. Surg. Path. – 1996. – Vol. 20. – P. 1161-1181.
12. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130. - P. 1466-1479.