

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ДИСПЕПСИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ

<sup>1</sup>Януль А.Н., <sup>2</sup>Силивончик Н.Н., <sup>1</sup>Рудой А.С.

<sup>1</sup> Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Современные научные исследования и руководства практического здравоохранения ставят перед собой цель и требуют стандартизированных и согласованных определений, что также правомочно и для диагностики заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при симптомах диспепсии в особой популяционной группе – военнослужащих срочной военной службы (мужчины в возрасте 18–26 лет), представляющих структуру национальной безопасности республики: демографическую (генофонд) и военную (мобилизационный ресурс) безопасность.

Симптомы диспепсии – частые и распространенные жалобы. По данным N.Y. Talley и соавт. (1999) каждый четвертый в популяции постоянно или периодически ощущает диспепсические симптомы. Среди европейцев диспепсией страдают около 20% лиц, в США – 29%, в Южной Корее – 11%. Сведения о структуре патологии у пациентов с диспепсией различаются. Так, T.A. Voiosu и соавт. (2013) приводят 60% ФД против 40% при органической патологии. Существенно различаются данные о структуре патологии при диспепсии в разных возрастных группах. Так, по результатам А.С. Рудого и А.М. Урываева (2015), частота выявления ФД у пациентов 20–40 лет составила 46% [4].

Ежегодный показатель заболеваемости ФД в популяции достигает 1%. Сведений о распространенности ФД среди военнослужащих до настоящего времени нет. Вероятно, это обусловлено тем, что выполнение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) верхнего отдела ЖКТ регламентировано Римскими Консенсусами III и IV (2006, 2016), согласно которым безотлагательная эндоскопия рекомендуется пациентам с «симптомами тревоги» в возрасте старше порогового (45–55 лет – в зависимости от возможностей здравоохранения страны и заболеваемости злокачественной патологией ЖКТ) [7, 9]. Согласно нашим данным,

установлен период манифестации диспепсии (первые 7 месяцев срочной военной службы), пики манифестации (первый и пятый месяцы) [1].

Инфекция *H. pylori* – наиболее частая хроническая бактериальная инфекция человека, признанная этиологическим фактором хронического гастрита (ХГ), язвы желудка и луковицы ДПК, MALT-лимфомы, рака желудка (РЖ), а также причина симптомов диспепсии. *H. pylori* способствуют развитию ХГ в 50–96%, язвы желудка и луковицы ДПК – в 70–100%, РЖ и MALT-лимфомы – в 70–80%. Глобальный Киотский согласительный документ констатировал, что диагностику и скрининг *H. pylori*-гастрита целесообразно проводить в возрасте, когда новое инфицирование уже становится менее вероятным (>12 лет), но до момента развития атрофического гастрита и кишечной метаплазии. *H. pylori* считается ведущим этиологическим фактором ХГ [8].

Абсолютное большинство случаев ХГ связано с инфекцией *H. pylori*. Проблема ХГ – актуальна для лиц молодого возраста в связи с возможностью прогрессирования изменений слизистой оболочки (СО) желудка. Киотским документом утверждено: *H. pylori*-гастрит – инфекционное заболевание, которое ведет к развитию хронического активного гастрита практически у всех инфицированных. *H. pylori*-гастрит даже при отсутствии симптомов, независимо от наличия таких осложнений, как пептическая язва и РЖ (степень рекомендаций сильная, уровень доказательности высокий, уровень консенсуса 100%), должен рассматриваться как инфекционное заболевание. В Республике Беларусь за последнее 10-летие складывается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости РЖ. В работе А.С. Рудого и соавт. (2015) выявлен высокий процент развития таких предраковых состояний, как метапластического типа атрофии (от 8,6% до 26% с отношением шанса 1:10) и атрофии СО желудка в целом (до 39% с ее мультифокальным характером распространения до 8,6%) у лиц молодого возраста (33±9,3 года) при недифференцированной дисплазии соединительной ткани [3]. В связи с этим оценка патологии желудка у лиц молодого возраста весьма актуальна. Хронический гастрит тесно увязывается с проблемой РЖ. В большинстве случаев РЖ развивается на фоне хронического *H. pylori*-гастрита через многостадийный процесс. Киотский документ установил, что такие гистологические системы стадирования, как The Operative Link on Gastritis Assessment (OLGA) и The Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessment (OLGIM), подходят для стратификации риска (степень рекомендаций сильная, уровень доказательности низкий, уровень консенсуса 97,3%) [8].

Диспепсия у лиц с ЭЯП относится к категории вторичной. Согласно литературным данным частота ЭЯП в СО желудка существенно отличается

в разных возрастных группах, что обусловлено разницей в этиологических факторах, а при инфекции *H. pylori* – значительным различием между фактом колонизации эпителия СО и формированием патологических изменений. Частота ЭЯП верхнего отдела ЖКТ колеблется от 5,8% до 32%. Из ЭЯП большую долю составляют гастродуоденальные эрозии (ГДЭ). Частота эрозий (К. Toljamo, 2012) у бессимптомных лиц колеблется от 3 до 12% (в среднем – 7%), у пациентов с симптоматикой – от 4 до 49% (в среднем – 15%) [10].

**Цель.** Разработать алгоритм диагностики заболеваний при диспепсии на этапах оказания медицинской помощи.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 239 мужчин в возрасте 18–26 лет с симптомами диспепсии из числа военнослужащих срочной военной службы. При выполнении работы соблюдались этические принципы проведения биомедицинских исследований, изложенные в Хельсинской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации. Специальные методы исследования включали: инструментальный – ЭГДС с эндоскопической оценкой СО верхнего отдела ЖКТ согласно Z. Mařatka и соавт. (2011); морфологический – исследование образцов СО желудка проводилось с окраской гематоксилином и эозином, инфекцию *H. pylori* определяли морфологическим методом с окраской по Романовскому-Гимзе, при помощи световой микроскопии по 4-уровневой ВАШ (M.F. Dixon, 1996). Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет прикладных программ «STATISTICA-10». Отличия считали статистически значимыми при значении  $p < 0,05$ .

### **Результаты.**

Согласно нашим данным, у военнослужащих срочной военной службы с симптомами диспепсии в структуре заболеваний верхнего отдела ЖКТ в 13,0% случаев имеют место гастродуоденальные язвы, в 13,8% – ГДЭ, а также более высокие шансы выявления рубцово-язвенной деформации гастродуоденальной области в первые три месяца и эрозий – после трех месяцев срочной военной службы. Установлен риск ГДЭ у курящих при диспепсии (RR=2,6 (95% ДИ 1,3–4,9)) [5].

По данным выполненной работы, частота инфекции *H. pylori* при симптомах диспепсии у военнослужащих срочной военной службы составляет 65,3% (95% ДИ 59,1–71,1) без различий у призванных из городских и сельских поселений [6]. При проведении полуколичественной оценки результатов морфологии СО желудка по системе OLGA стадия I определена у 18,2% (95% ДИ 12,9–25,0) человек, стадия II – у 1,9% (95% ДИ 0,7–5,6), стадия III – у 0,7% (95% ДИ 0,1–3,6) из 154 пациентов с ХГ без эрозивно-язвенных поражений (ЭЯП) при наличии симптомов диспепсии. По системе OLGIM выявлено 1,3% случаев (95% ДИ 0,4–4,6) стадии I [2].

## **Выводы.**

Результаты проведенного исследования на тему «Особенности патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при диспепсии у военнослужащих срочной военной службы» выполненного в рамках научно-исследовательской работы кафедры общей врачебной практики ГУО «БелМАПО» «Оценка факторов риска и диагностика неинфекционных заболеваний в общей врачебной практике» (№ госрегистрации 20101301 от 15.06.2010, срок выполнения 2010–2012 гг.) совместно с кафедрой военно-полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ», послужили основанием для разработки алгоритма диагностики заболеваний верхнего отдела ЖКТ при диспепсии у военнослужащих срочной службы на этапах (медицинские подразделения и военные организации здравоохранения) оказания медицинской помощи в Вооруженных Силах Республики Беларусь.

## **Литература**

1. Динамика клинических, эндоскопических и микроморфологических проявлений при диспепсических жалобах в группе военнослужащих одного из гарнизонов за период срочной службы / А. Н. Януль, Н. Н. Силивончик, А. С. Рудой, Г. П. Любутина, В. А. Чупрета, И. А. Рыжевич, А. Т. Григуть, В. А. Стахивич // Воен. медицина. – 2016. – № 4. – С. 46–56.

2. Клинические, эндоскопические, микроморфологические характеристики при диспепсии без эрозивно-язвенных изменений у военнослужащих срочной службы одного из воинских гарнизонов / А. Н. Януль, Н. Н. Силивончик, Н. С. Путилова, В. Д. Александрович, В. А. Чупрета, Е. Э. Винчо, А. А. Кулик // Воен. медицина. – 2016. – № 3. – С. 23–37.

3. Роль TGF $\beta$  - индукции и гастроинтестинальных миофибробластов в патоморфогенезе хронического гастрита у пациентов с синдромом Марфана и марфаноподобными состояниями / А. С. Рудой, Т. А. Летковская, А. М. Урываев, И. П. Реуцкий // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 6. – С. 14–18.

4. Рудой, А. С., Урываев А. М. Функциональная диспепсия через призму хронического гастрита у пациентов с синдромом марфана и марфаноподобными состояниями. // Педиатр. – 2016. – № 7. – С. 76– 85.

5. Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки у военнослужащих срочной службы / А. Н. Януль, В. В. Лапоревиц, Е. А. Претула, Г. П. Любутина, Д. Ю. Клименков, А. Л. Евич, А. А. Алейников, Г. Г. Гурштынович // Лечеб. дело. – 2015. – № 6. – С. 41–49.

6. Януль, А. Н. Эндоскопические и морфологические характеристики слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта у военнослужащих срочной службы [Электронный ресурс] / А. Н. Януль, Н. Н. Силивончик, Г. П. Любутина // Инновации в медицине и фармации –

2015 : материалы дистанц. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых / Белорус. гос. мед. ун-т ; под ред. А. В. Сикорского [и др.]. – Минск, 2015. – С. 503–508. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

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

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

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

10. Toljamo, K. Gastric erosions – clinical significance and pathology. A long-term follow-up study / K. Toljamo. – Oulu : Finland. Acta. Univ. Oul. D., 2012. – 98 p.