

А. Н. Янужь¹, Н. И. Саевич², В. А. Стахивич²,
А. Т. Григуть², Н. Н. Силивончик³

ОСОБЕННОСТИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ЭНДОСКОПИИ И ГАСТРОБИОПСИИ У МУЖЧИН С СИНДРОМОМ ДИСПЕПСИИ В ПЕРИОД ПРИЗЫВА НА СРОЧНУЮ ВОЕННУЮ СЛУЖБУ

*Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ»¹,
10-я городская клиническая больница²,
Кафедра общей врачебной практики ГУО «БелМАПО»³*

*Проведен анализ эндоскопических, микроморфологических данных и частоты контаминации слизистой оболочки желудка у 136 мужчин в возрасте 18–26 лет, имевших симптомы диспепсии в период работы призывной медицинской комиссии. Установлена частота эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны и пищевода (28,7%). Эзофагит различной степени, как проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, имел место у 11 обследованных (8,1%). Частота контаминации *Helicobacter pylori* в данной популяции мужчин с синдромом диспепсией составила 59,3%. Проанализированы наиболее важные морфологические характеристики слизистой оболочки желудка у лиц с хроническим гастритом. Выявлен один случай кишечной метаплазии в антральном отделе, ассоциированный с *Helicobacter pylori* такой же локализации.*

Ключевые слова: диспепсия, слизистая оболочка желудка, *Helicobacter pylori*.

□ Оригинальные научные публикации

*A. N. Yanul, N. I. Saevich, V. A. Stakhiyevich,
A. T. Grigut, N. N. Silivonchik*

FEATURES OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT BY ENDOSCOPY AND GASTROBIOPSY MEN WITH THE SYNDROME OF DYSPEPSIA DURING THE CALL-UP FOR MILITARY SERVICE

Analysis of endoscopic, micromorphological data and frequency of contamination of the gastric mucosa in 136 men aged 18–26 years who had symptoms of dyspepsia in the period of conscription medical commission. The frequency of erosive and ulcerative changes gastroduodenal and esophagus (28,7%). Esophagitis varying degrees, as a manifestation of gastroesophageal reflux disease, occurred in 11 patients (8,1%). The frequency of contamination of Helicobacter pylori in a population of men with dyspepsia syndrome was 59,3%. Considered the most important morphological characteristics of the gastric mucosa in patients with chronic gastritis. Revealed one case of intestinal metaplasia in the antrum, associated with Helicobacter pylori same location.

Key words: *dyspepsia, gastric mucosa, Helicobacter pylori.*

Заболевания органов пищеварения занимают ведущие позиции в структуре патологии военнослужащих по призыву и второе место среди причин увольнения из Вооруженных Сил, что определяет актуальность проблемы. Верификация заболевания у пациента с диспептическими жалобами является частой клинической задачей, имеющей научное и практическое значение.

Цель – определить характер эндоскопических и микроморфологических изменений слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и частоту контаминации *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) при диспептических жалобах у мужчин молодого возраста, обследованных в период призывной медицинской комиссии.

Дизайн исследования – одномоментное исследование.

Материал и методы

В исследование включено 136 мужчин в возрасте 18–26 лет (медиана возраста пациентов составила 22 года), имевших диспептические жалобы и госпитализированных в терапевтические отделения учреждения здравоохранения «10-я городская клиническая больница» г. Минска по направлению медицинских комиссий районных военных комиссариатов в период призывной компании 2013 г.

Критерии включения: наличие жалоб, относящихся к категории диспепсии (эпигастральная боль, эпигастральное жжение, чувство полноты после еды, раннее насыщение) любой выраженности согласно Римскому III Консенсусу (2006) [5, 7, 10].

Всем пациентам выполнялась эзофагогастро-дуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией слизистой обо-

лочка желудка (СОЖ) по стандартной методике. Стандартизация макроскопической оценки слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ проводилась по рекомендациям OMED 5, эзофагита по Savari-Miller. Биопсию СОЖ выполняли из 5 мест (два – из тела, три – из антрального отдела желудка). Морфологическое исследование образцов СОЖ проводилось с окраской гематоксилином и эозином. *H. pylori* определяли морфологическим методом с окраской по Романовскому-Гимзе. Для оценки морфологической картины использовали терминологию, критерии и градации хронического гастрита (ХГ) в соответствии с «Classification and Grading Gastritis. The Updates Sydney System». Градация степени колонизации *H. pylori* в гистологических препаратах и степень выраженности морфологических изменений при ХГ оценивались по балльной системе [1]. 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.

Результаты и обсуждение

По результатам ЭГДС визуальные изменения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ выявлены у 131 (96,3%; 95% ДИ 89,8–100) обследованного. Не имели визуальных изменений только 5 (3,6%; 95% ДИ 3,4–3,8) человек. У большинства пациентов $n = 92$ (67,6%; 95% ДИ 64,2–71,0) отклонения эндоскопической картины классифицировались как гастропатия, дуоденопатия и их сочетание.

Эрозивно-язвенные изменения верхних отделов ЖКТ, с включением случаев рубцовой деформации без активного язвенного процесса,

выявлены почти у 1/3 обследованных – у 39 (28,7%; 95% ДИ 27,3–30,1). По данным опубликованных нами ранее результатов исследований военнослужащих по призыву первого года службы с симптомами желудочной диспепсии, частота эрозивно-язвенных изменений эзофагогастродуоденальной зоны с учетом рубцовой деформации составляет 43,4% [8]. По результатам исследований Мараховского К. Ю., частота встречаемости эрозивно-язвенных изменений СОЖ у взрослых равна 28,5%, а у детей составляет 8% [4]. По данным исследований Белявской С. В., проведенных среди детей (средний возраст $11,8 \pm 3,5$ лет) и взрослых (средний возраст $37,9 \pm 11,3$ лет) с симптомами диспепсии установлено, что частота эрозивно-язвенных повреждений слизистой двенадцатиперстной кишки у детей составляет 19,7%, а у взрослых 32% соответственно [2].

Характеристика эрозивно-язвенных изменений верхних отделов ЖКТ у мужчин с синдромом диспепсии в период призыва на срочную военную службу представлена в таблице 1.

Язва двенадцатиперстной кишки была выявлена у 3-х пациентов, в том числе у 2-х – с рубцовой деформацией луковицы. Еще у 6 пациентов была выявлена рубцовая деформация луковицы и у 1 – желудка без активного язвенного процесса. Таким образом, 10 пациентам на основании эндоскопического исследования был установлен диагноз язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, что составило 7,4% (95% ДИ 7,0–7,8) из 136 мужчин с симптомами желудочной диспепсии в период призыва на срочную военную службу. У 3-х из 10 имели место эрозии желудка ($n = 1$), двенадцатиперстной кишки ($n = 1$) или их сочетанную локализацию ($n = 1$). Согласно данным опубликованных нами ранее результатов исследований военнослужащих по призыву первого года службы с симптомами желудочной дис-

пепсии частота язвы гастродуоденальной зоны (с включением случаев рубцовой деформации без язвенного дефекта) составляет 11,9% [8].

Эрозии гастродуоденальной зоны, кроме упомянутых на фоне язвенного процесса имелись у 23 пациентов (16,9%; 95% ДИ 16,1–17,7). Таким образом, эрозивно-язвенный процесс в гастродуоденальной зоне без эзофагеальной локализации имели 33 (24,3%; 95% ДИ 23,1–25,5) пациента.

Признаки эзофагита, которые расценивались в качестве проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, имели место у 11 обследованных (8,1%; 95% ДИ 7,7–8,5). Из их числа у 5 (3,7%; 95% ДИ 3,4–3,8) эрозии в пищеводе сочетались с эрозивно-язвенными изменениями (или деформацией) гастродуоденальной зоны, у 6 (4,4%; 95% ДИ 4,2–4,6) были изолированными. Все случаи эзофагита были легкими: у 8 пациентов расценивались как I ст., у 3-х – как II ст. по Savari-Miller.

Желудочная диспепсия и ее причины являются предметом внимания специалистов во всех регионах мира, однако у лиц молодого возраста исследования эндоскопической и морфологической картины верхних отделов ЖКТ не столь многочисленны. Это обусловлено существующим правилом, закрепленным Римским III Консенсусом, согласно которому безотлагательная эндоскопия рекомендуется пациентам с симптомами тревоги или в возрасте старше порогового (45–55 лет, в зависимости от возможностей здравоохранения страны и заболеваемости злокачественной патологией). Для более молодых пациентов без симптомов тревоги в странах Западной Европы и США считается целесообразным неинвазивное определение инфекции *H. pylori* и последующая антихеликобактерная терапия (АХТ) (тактика «test and treat»). Стратегия «test and treat» основана на том, что у молодых лиц большинство

Таблица 1. Характеристика эрозивно-язвенных изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Эрозивно-язвенные изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта	Число пациентов (n = 136)		
	абс.	%	95% ДИ
Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, в т. ч.:	10	7,4	7,0–7,8
рубцовая деформация желудка без язвенного дефекта в желудке и двенадцатиперстной кишке	1	–	–
язва двенадцатиперстной кишки без рубцовой деформации желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки	1	–	–
язва двенадцатиперстной кишки с рубцовой деформацией луковицы без рубцовой деформации желудка	2	–	–
рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки без язвенного дефекта и без рубцовой деформации желудка	6	–	–
Эрозии гастродуоденальной зоны	23	16,9	16,1–17,7
Эрозии пищевода (всего – с наличием/отсутствием эрозивно-язвенных и рубцовых изменений гастродуоденальной зоны)	11	8,1	7,7–8,5

❑ Оригинальные научные публикации

случаев заболеваний, в том числе язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированы с *H. pylori*, а АХТ позволяет их излечить или предотвратить прогрессирование.

По мнению ведущих специалистов нашей страны в связи с высокой заболеваемостью раком желудка в белорусской популяции использовать эти рекомендации в некорректированном виде нельзя, а возрастной предел для стратегии «test and treat» следует ограничить, вероятно, 30–35 годами, и допустимо применять такое ведение пациента при его нежелании осуществлять эндоскопию [7]. Кроме того, для реализации методики «test and treat» необходима диагностика инфекции *H. pylori* неинвазивными методиками: 1) уреазным дыхательным тестом (УДТ), который пока доступен преимущественно в столице, а также 2) определением *H. pylori* в кале с помощью иммуноферментного анализа, возможность которого пока отсутствует. Следует заметить, что положительный УДТ указывает лишь на факт колонизации СОЖ, но не позволяет оценить степень ее изменений и может быть рекомендован в качестве контроля эффективности эрадикации. В настоящее время в нашей республике взрослый пациент любого возраста с диспептическими жалобами направляется на ЭГДС; эндоскопические исследования часто выполняются и у детей [7].

Относительно причин желудочной диспепсии у взрослых пациентов молодого возраста можно привести следующие публикации. Исследование, проведенное в Центральном военном госпитале Хельсинки (Финляндия), показало, что из числа 202 госпитализированных пациентов с хроническими эпигастральными жалобами у 48 выявлены активные пептические изъязвления, у 77 – рубцовая деформация гастродуоденальной зоны; в 52 случаях была диагностирована функциональная диспепсия, у 25 пациентов симптомы были обусловлены другими заболеваниями. В исследо-

вании, проведенном в Эстонии на уровне общей врачебной практики, из числа 57 пациентов обоего пола в возрасте до 30 лет при эндоскопии язва двенадцатиперстной кишки выявлена у 20, эрозии – у 5, полипы – у 2-х, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – у 2-х. Относительный риск (RR) язвы у мужчин оказался выше по сравнению с женщинами (3,692; 92% ДИ 1,059–12,878, $p = 0,0448$) [9].

Результаты морфологического исследования были проанализированы у 118 из 136 пациентов.

Из числа 84 лиц без эрозивно-язвенных и рубцовых изменений гастродуоденальной зоны, имевших при эндоскопическом исследовании визуальную нормальную слизистую оболочку верхних отделов пищеварительного тракта ($n = 5$) или различные варианты гастропатии и/или дуоденопатии ($n = 79$), нормальная гистологическая картина СОЖ отмечена лишь у 4-х: у 2-х – при эритематозной гастропатии в сочетании с эритематозной дуоденопатией и у 2-х с визуальной нормальной слизистой оболочкой. У 80 выявлены признаки ХГ: антрального – у 10, фундального – у 2-х, пангастрита – у 68.

По данным морфологического исследования частота контаминации *H. pylori* СОЖ представлена в таблице 2.

Как видно из представленных данных, инфекция *H. pylori* выявлена в 59,3% (95% ДИ 56,3–62,3) случаев. У военнослужащих по призыву первого года службы по результатам упомянутого выше собственного исследования частота инфекции *H. pylori* составляет 53,6% [8].

В Республике Беларусь ранее были выполнены крупные и очень хорошо организованные эпидемиологические исследования в отношении инфекции *H. pylori*. При наличии гастроэнтерологической симптоматики согласно данным К. Ю. Мараховского [4], С. И. Пиманова и Е. В. Макаренко [3] инфекция *H. pylori* у взрослых выявляется с частотой от 60 до 94%. У детей и подростков

Таблица 2. 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	118	70	59,3	56,3–62,3
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки (всего – с наличием/отсутствием рубцовой деформации, эрозий гастродуоденальной зоны)	9	5	–	–
Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки (без язвы и/или рубцовой деформации гастродуоденальной зоны)	21	16	76	72–80
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	4	4	–	–
Хронический гастрит	80	44	55	51–57
Гастропатия + дуоденопатия	2	1	–	–
Визуально нормальная слизистая оболочка гастродуоденальной зоны	2	0	–	–

этот показатель достигает по данным К. Ю. Мараховского, С. Б. Папко и С. К. Клецкого 52% [6]. В том же цитируемом выше исследовании, проведенном в Эстонии, в группе лиц моложе 30 лет с симптомами желудочной диспепсии частота *H. pylori* составила 67% [9].

Неожиданным явились результаты исследования *H. pylori* у лиц с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки – инфекция выявлена только у 5 из 9, а также ХГ – у 55% пациентов, что требует анализа клинических данных (изучение анамнеза заболевания, в том числе возможное проведение эрадикационной терапии в прошлом, сопутствующие заболевания, прием лекарств – имеется вероятность самостоятельного приема широко распространенных ингибиторов протонной помпы и др.).

Проанализированы наиболее важные морфологические характеристики СОЖ у лиц с ХГ – частота контаминации *H. pylori* различных отделов желудка, атрофии и кишечной метаплазии (таблица 3).

Таблица 3. Частота микроморфологических изменений слизистой оболочки желудка у обследованных пациентов с хроническим гастритом

Результаты морфологического исследования (n = 80)	абс.	%	95% ДИ
Хронический гастрит	44	55	44–65
<i>H. pylori</i> тело желудка)	5	–	–
<i>H. pylori</i> (антральный отдел)	11	14	8–23
<i>H. pylori</i> (тело желудка + антральный отдел)	28	35	25–46
Атрофия (тело желудка)	1	–	–
Атрофия (антральный отдел)	8	10	5–19
Атрофия (тело желудка + антральный отдел)	5	–	–
Метаплазия кишечная (антральный отдел)	1	–	–

Обращает на себя внимание высокая частота контаминации тела желудка при ХГ – всего у 31 пациента из 80 обследованных (39%), а также сочетанной гастродуоденальной контаминации – 35%, в то время как изолированная антральная наблюдалась только у 14%.

Все случаи атрофии СОЖ были 1 ст. за исключением одного, когда в антральном отделе зарегистрирована атрофия 2 ст.

В случае атрофии в теле желудка, а также в случаях сочетания с атрофией в антральном отделе *H. pylori* определялся в обоих отделах желудка за исключением одного, когда инфекция не выявлялась. При изолированной атрофии антрального отдела из 8 пациентов у 3-х инфек-

ция имелась только в антральном отделе желудка, у 3-х – в обоих отделах и у 2-х отсутствовала. Выявлен один случай кишечной метаплазии в антральном отделе, ассоциированный с *H. pylori* той же локализации.

Таким образом, проведенное исследование на достаточно большой группе мужчин (n = 136) в возрасте 18–26 лет (Me = 22 года) с синдромом желудочной диспепсии в период призыва на срочную военную службу позволило установить структуру патологии верхних отделов пищеварительного тракта, в том числе эрозивно-язвенных изменений, частоту инфекции *H. pylori*. Полученные результаты у мужчин данной возрастной категории имеют большое как медицинское, так и социальное значение.

Литература

1. Аруин, Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: «Триада-Х», 1998. – 496 с.
2. Белявская, С. В. Диспепсия: сопряженность и диссоциация клинической манифестации с эндоскопическими характеристиками слизистой двенадцатиперстной кишки // Лечебное дело. – 2012; 5: 47–57.
3. Макаренко, Е. В. Инфекция *Helicobacter pylori* в гастроэнтерологии: моногр. – Витебск: Изд-во 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: 17–23.
5. Пиманов, С. И., Силивончик Н. Н. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии: пособие для врачей. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2006. – 160 с.
6. Папко, С. Б., Клецкий С. К., Силивончик Н. Н. Эри-тематозная гастропатия у подростков = гастрит? // Альманах Гастроэнтерология 2004. – Сб. рец. стат. и тез. к респ. семинару «Достижения гастроэнтерологии – в практику, 25–26 февраля 2004 г.». – Минск: ООО «ДокторДизайн», 2004. – С. 119–123.
7. Силивончик, Н. Н. Функциональные желудочно-кишечные расстройства: пособие для врачей / Н. Н. Силивончик, С. И. Пиманов, Д. Д. Мирутко. – Минск: «ДокторДизайн», 2010. – 92 с.
8. Януль, А. Н. Эндоскопические и морфологические характеристики слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта при желудочной диспепсии у военнослужащих первого года службы по призыву // Лечебное дело. 2013; 4: 54–58.
9. Kolk, H., Maaroos H. I., Kull I., Labotkin K., Lõivukene K. and Mikelsaar M. Open access endoscopy in an epidemiological situation of high prevalence of *Helicobacter pylori* infection: applicability of the guidelines of the European Society for Primary Care Gastroenterology // Family Pract. 2002; 19: 231–235.
10. Rome III: The Functional Gastrointestinal Disorders. Douglas A. Drossman (Editor). Degnon Associates, Inc.; 3 rd edition. 2006. 1048 p.

Поступила 15.12.2014 г.