

А. Н. Януль¹, Н. Н. Силивончик², А. С. Рудой¹

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ДИСПЕПСИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ

Военно-медицинский факультет
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
ГУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования»²

В статье изложены современные представления о диспепсии, хроническом гастрите, гастродуоденальных эрозиях и язвах, роли инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в развитии симптомов диспепсии и *H. pylori*-ассоциированных заболеваний. Приведены основные положения международных согласительных документов (Римский Консенсус 2016 г., Глобальный Киотский согласительный документ, 2015 г.), касающиеся диспепсии, хронического гастрита, гастродуоденальных эрозий и роли инфекции *H. pylori* в их развитии. Также в статье представлены результаты собственных исследований среди популяции молодых мужчин призывного возраста, которые послужили основанием для разработки максимально адаптированного к современным условиям жизни 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, диагностика, хронический гастрит, гастродуоденальные эрозии и язвы, эндоскопия, морфология, *Helicobacter pylori*, военнослужащие, алгоритм.

A. N. Yanul, N. N. Silivontchik, A. S. Rudoy

DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR DYSPEPSY MILITARY SERVICES OF URGENT MILITARY SERVICE

The article presents modern ideas about dyspepsia, chronic gastritis, gastroduodenal erosion and ulcers, the role of *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection in the development of symptoms of dyspepsia and *H. pylori*-associated diseases. The main provisions of the international consensus documents (Roman Consensus 2016, the Global Kyoto Consensus Document, 2015) regarding dyspepsia, chronic gastritis, gastroduodenal erosion and the role of *H. pylori* infection in their development are presented. The article also presents the results of our own research among a population of young men of military age, which served as the basis for the development of an algorithm for diagnosing diseases of the upper gastrointestinal tract (GIT) that is most adapted to modern living conditions for dyspepsia in military servicemen at the stages of medical care in Armed Forces of the Republic of Belarus.

Key words: dyspepsia, diagnosis, chronic gastritis, gastroduodenal erosion and ulcers, endoscopy, morphology, *Helicobacter pylori*, military personnel, algorithm.

Современные научные исследования и руководства практического здравоохранения ставят перед собой цель и требуют стандартизированных и согласованных определений, что также правомоч-

но и для диагностики заболеваний верхнего отдела ЖКТ при симптомах диспепсии в особой популяционной группе – военнослужащих срочной военной службы (мужчины в возрасте 18–26 лет), представля-

ющих 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%. В России, по данным В. Т. Ивашкина и соавт. (2018), средние цифры достигают 30–40%, а частота новых случаев диспепсии составляет 1% в год: с возрастом число случаев диспепсии возрастает от 7,7% в 15–17 лет до 24,4% в возрасте 65 лет и старше [3]. В структуре обращений к врачу общей практики доля пациентов с диспепсическими проявлениями высока – 40–50%. Столь высокая распространенность определяет огромные расходы, которые несет здравоохранение по обследованию и лечению пациентов.

Сведения о структуре патологии у пациентов с диспепсией различаются. Так, Т. А. 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% [5].

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 стар-

ше порогового (45–55 лет – в зависимости от возможностей здравоохранения страны и заболеваемости злокачественной патологией ЖКТ) [9, 11]. 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%.

Глобальная частота инфекции *H. pylori* у населения Земли, по данным R. H. Hunt, S. D. Xiao, F. Megraud и соавт. (World Gastroenterology Organization 2010), составляет 50% и колеблется по регионам [6]. В качестве примеров можно привести данные о частоте инфекции *H. pylori* у новобранцев в армию США в возрасте от 17 до 26 лет, которая составляет 26,3% (в возрастной группе от 17 до 18 лет – 24,0%, в 24–26 лет – 43,0%). Уровень сывороточных антител к *H. pylori* у призывников в Венгерскую армию в возрасте от 19 до 23 лет – 23%. Согласно нашим данным, 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 [8].

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 мета-

плазии. *H. pylori* считается ведущим этиологическим фактором ХГ [10].

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. Выраженность структурных изменений СО и функциональных нарушений характеризуются значительной индивидуальной вариабельностью – от бессимптомного гастрита до тяжелых осложнений. Констатировано, что подразделение гастрита с учетом его локализации в совокупности с оценкой тяжести позволяет определить индивидуальный риск развития гастроудоденальных осложнений, в особенности РЖ.

В Республике Беларусь за последнее 10-летие складывается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости РЖ. Данное заболевание представляет особую медико-социальную проблему ввиду высокой распространенности в сравнении со странами Западной Европы – 29,4 случая на 100 тысяч населения в 2014 г. (с тенденцией к увеличению в последние 15–20 лет у лиц молодого возраста).

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 [4].

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, включающий атрофический гастрит, интестинальную метаплазию и дисплазию/интраэпителиальную неоплазию. Исследования показывают, что у пациентов с предраковыми заболеваниями риск развития рака повышен и увеличивается по мере нарастания тяжести и распространенности предраковых изменений. Локализация гастрита также исключительно важна для идентификации пациентов, требующих регулярного эндоскопического и морфологического наблюдения. Так, наиболее высокий риск прогрессирования в рак интестинального типа или риск развития рака диффузного типа существует у пациентов с тяжелым фундальным атрофическим гастритом или с преобладанием тяжелого гастрита в теле желудка. Это диктует необходимость использования методов стратификации риска. 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%) [10]. В работах, где используются системы OLGA и OLGIM, показано, что более высокий риск развития рака наблюдается у пациентов со стадиями III и IV. Следовательно, этим категориям должно быть предложено эндоскопическое наблюдение. Согласно нашим данным, при проведении полуколичественной оценки результатов морфологии СО же-

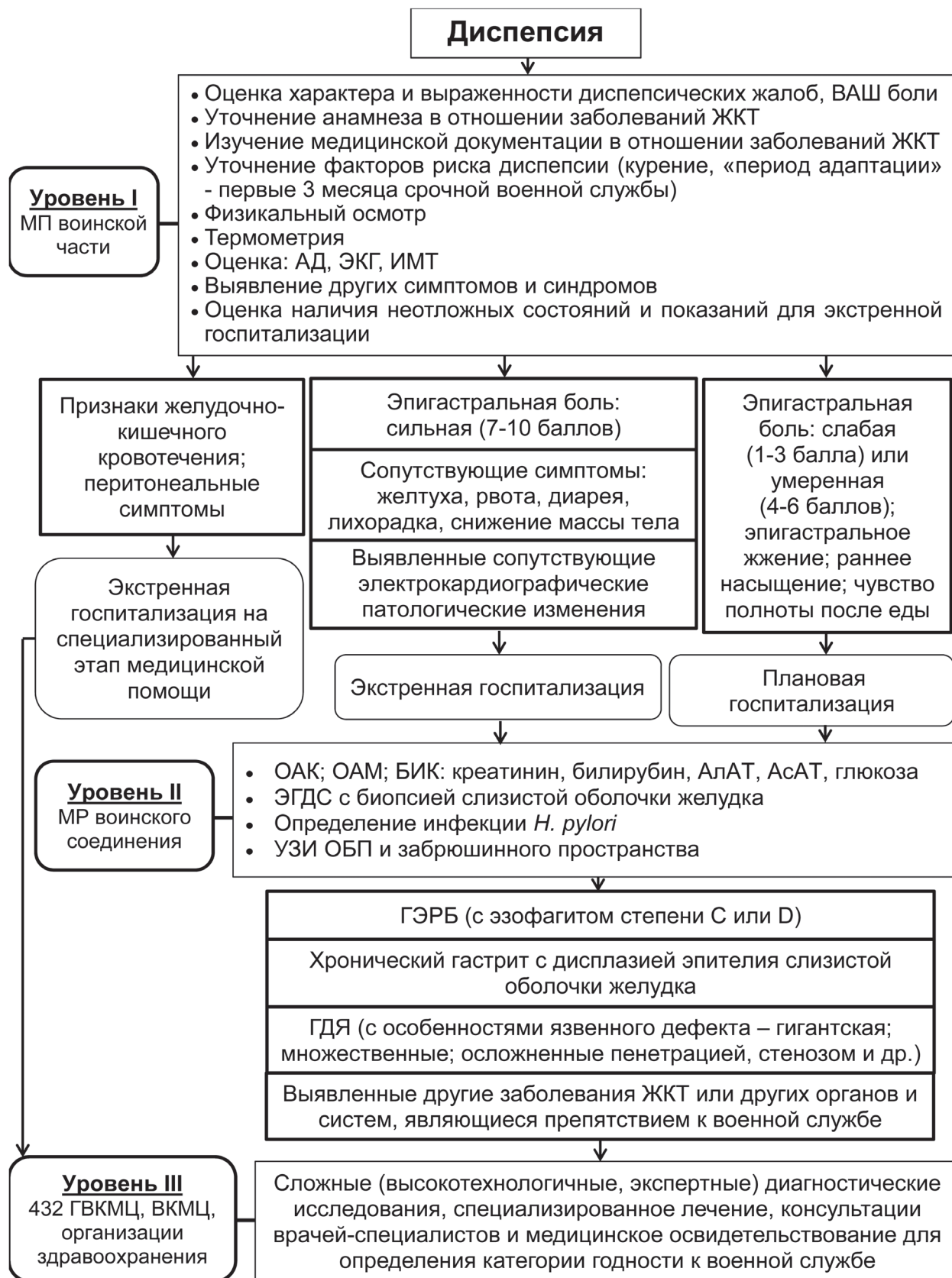


Рис. 1. Общая схема диагностического алгоритма при диспепсии у военнослужащих срочной военной службы

лудка 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].

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. Toljato, 2012) у бессимптомных лиц колеблется от 3 до 12% (в среднем – 7%), у пациентов с симптоматикой – от 4 до 49% (в среднем – 15%) [12]. 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)) [7].

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 военной полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ», 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 (рисунок 1).

Таким образом, разработанный алгоритм диагностики при диспепсии у военнослужащих срочной военной службы представляет собой краткое, но исчерпывающее руководство, которое оптимизирует диагностику заболеваний верхнего отдела ЖКТ 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. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых / В. Т. Ивашкин [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т. 28, № 1. – С. 55–70.
4. Роль TGF β – 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.

5. 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.

6. *Helicobacter pylori* в развивающихся странах: всеобщие рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/helicobacter-pylori-russian-2010.pdf>. – Дата доступа: 22.12.2014.

7. 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.

8. Януль, А. Н. Эндоскопические и морфологические характеристики слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта у военно-

служащих 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).

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

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

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

12. *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.

Поступила 15.06.2020 г.