

Эндоскопические и морфологические характеристики слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта у военнослужащих первого года службы по призыву

А.Н. Януль

Кафедра военно-полевой терапии военно-медицинского факультета
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Проведен анализ симптомов желудочной диспепсии, эндоскопических, морфологических данных и частоты контаминации слизистой оболочки желудка у 235 военнослужащих по призыву первого года службы. Эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны были выявлены у 102 (43,4%; 95% ДИ 38,3-48,5). Эзофагит различной степени как проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни имел место у 56 (23,8%) пациентов. Частота инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в общей группе пациентов с желудочной диспепсией составила 53,6% (95% ДИ 47,1-60,1), в том числе при язве желудка и двенадцатиперстной кишки 100%, эрозиях гастродуоденальной зоны - 60,0% (95% ДИ 42,6-77,4), хроническом гастрите - 51,9 % (95% ДИ 43,3-60,5), при эзофагите – 52,5% (95% ДИ 37,8-67,2), при визуально нормальной слизистой оболочке гастродуоденальной зоны – 45,1% (95% ДИ 27,7-62,5),

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

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 диспептическими 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.

Дизайн исследования

Одномоментное исследование клинических, эндоскопических и морфологических изменений слизистой оболочки верхнего отдела ЖКТ при ЖД у мужчин призывного возраста.

Материал и методы исследования

В исследование включено 235 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 Министерства обороны Республики Беларусь».

Выраженность жалоб оценивалась при первом осмотре пациентов в баллах по 10-бальной шкале.

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 OMED-5 [4], эзофагита по Savari-Miller. 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 174 (74,0%) пациентов, у 61 (26,0%) 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 диспептических жалоб у пациентов представлена в таблице 1 (поскольку в процессе сбора материала оказалось, что у значительной части пациентов с диспептическими жалобами имела место изжога, проведен анализ и данного симптома).

Таблица 1 - Характер и частота диспептических жалоб и изжоги у пациентов

Жалобы	Число пациентов (n = 235)		
	абс.	%	95% ДИ
Эпигастральная боль	192	81,7	75,0-88,4
Эпигастральное жжение	76	32,3	28,5-36,1
Чувство полноты после еды	85	36,1	31,9-40,4
Раннее насыщение	47	20,0	17,7-22,4
Изжога	139	59,1	52,2-66,1

Как видно из представленных данных, наиболее частой жалобой у пациентов была эпигастральная боль (n=192, 81,7%), значительно реже – эпигастральное жжение (n=76, 32,3%) и чувство полноты после еды (n=85, 36,1%), а также раннее насыщение n=47 (20%). Часть пациентов имели сочетания жалоб. Изжогу отмечали более половины пациентов (n = 139, 59,1%).

Анализ выраженности эпигастральной боли на основании 10-балльной шкалы показал, что пациенты оценивали ее достаточно высоко. Лишь 40 человек определили боль от 1 до 3-х баллов, наиболее часто (n = 143) – от 4-х до 8, а в 9 случаях максимально (9-10 баллов). Аналогичная градация была в отношении остальных симптомов.

Визуальные эндоскопические изменения были обнаружены у 204 (86,8%, 95% ДИ 82,3-91,4) из 235 пациентов (характеристика изменений представлена в таблице 2).

Таблица 2 – Эндоскопические данные обследованных пациентов

Выявленные эндоскопические изменения	Число пациентов (n = 235)		
	абс.	%	95% ДИ
Эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны (всего)	102	43,4	38,3-48,5
Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (всего – с наличием/отсутствием рубцовой деформации, эрозий гастродуоденальной зоны)	28	11,9	58-15,6
Язва двенадцатиперстной кишки (с/без рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, эрозий гастродуоденальной зоны)	8	3,4	-0,8-7,0
Рубцовая деформация желудка кишки (с/без эрозий гастродуоденальной зоны)	1	0,4	-0,1-1,8
Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки	19	8,1	3,8-12,4

(с/без эрозий гастродуоденальной зоны)			
Эрозии желудка (без рубцовой деформации гастродуоденальной зоны, эрозий двенадцатиперстной кишки)	11	4,6	-0,2-14,1
Эрозии луковицы двенадцатиперстной кишки (без язвы, рубцовой деформации желудка)	5	2,1	-0,4-6,85
Эрозии желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки (без рубцовой деформации гастродуоденальной зоны)	14	5,9	0,3-11,5
Эзофагит (всего)	56	23,8	18,3-29,3
Эзофагит без эрозивно-язвенных и рубцовых изменений гастродуоденальной зоны	44	18,7	16,5-20,9
Гастропатия (все варианты)	102	43,4	37,1-49,7
Без визуальных изменений	31	13,2	8,9-17,5

Как видно из таблицы, не имели визуальных изменений верхних отделов ЖКТ лишь 31 пациент из 235 обследованных с симптомами ЖД. Эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны с учетом рубцовой деформации тела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки были выявлены у 102 (43,4%; 95% ДИ 38,3-48,5). На основании эндоскопических данных диагноз язвы желудка или двенадцатиперстной кишки был установлен у 28 человек, 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=19). Таким образом, у обследованных пациентов при наличии симптомов желудочной диспепсии частота язвы желудка и двенадцатиперстной кишки оказалась достаточно высокой (11,9%. 95% ДИ 5,8-15,6). Все 28 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 30 пациентов; после проведения курсов лечения и последующего эндоскопического контроля военнослужащие продолжили службу в Вооруженных Силах.

При эндоскопическом исследовании у 56 (23,8%) пациентов из 235 обследованных встречался эзофагит различной степени, который расценивался как проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и в части случаев (n = 12) 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 = 56)		
	I	II	III
Рубцово-язвенные изменения	4	0	0
Эрозии	8	0	0
Без эрозивно-язвенных и рубцовых изменений	35	8	1
Всего	47	8	1

Большинство пациентов имели легкий эзофагит (I-II ст.), как изолированное поражение без эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны. В одном случае эзофагит был тяжелый (III ст.) без сопутствующих эрозивно-язвенных изменений. Отмечены сочетанные эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны и пищевода – 12 случаев (все с эзофагитом I ст.).

Пациенты, имевшие эзофагит в сочетании с 4 случаями рубцово-язвенных изменений гастродуоденальной зоны, были признаны негодными к военной службе в Вооруженных Силах по болезни (в числе упомянутых выше 28).

Военнослужащие, имевшие эзофагит в/без сочетания с эрозиями гастродуоденальной зоны после курса лечения продолжили службу в Вооруженных Силах.

У 102 обследованных из 133 имели место эндоскопические симптомы различных вариантов гастропатии и/или дуоденопатии и их комбинаций (таблица 4).

Таблица 4 - Характеристика гастропатии и/или дуоденопатии

Эндоскопические изменения	Число пациентов (n = 102)	
	абс.	%
Эритематозная гастропатия	31	30,3
Атрофическая гастропатия	1	0,9
Гиперпластическая гастропатия	4	3,9
Зернистая гастропатия	7	6,8
Эритематозная дуоденопатия	15	14,7
Гиперпластическая дуоденопатия	1	0,9
Зернистая дуоденопатия	3	3,0
Эритематозная гастропатия + эритематозная дуоденопатия	29	28,4
Эритематозная гастропатия + зернистая гастропатия	6	5,8
Эритематозная гастропатия + гиперпластическая гастропатия	1	0,9
Эритематозная гастропатия + атрофическая дуоденопатия	1	0,9
Эритематозная гастропатия + зернистая дуоденопатия	1	0,9

Гиперпластическая гастропатия + гиперпластическая дуоденопатия	1	0,9
Эритематозная дуоденопатия + гиперпластическая дуоденопатия	1	0,9
Эритематозная гастропатия + эритематозная дуоденопатия+ зернистая гастропатия	1	0,9
Эритематозная гастропатия + эритематозная дуоденопатия + зернистая дуоденопатия	2	1,8

Анализ результатов морфологического исследования 133 пациентов без эрозивно-язвенных и рубцовых изменений гастродуоденальной зоны, имевших при эндоскопическом исследовании визуально нормальную слизистую оболочку или различные варианты гастропатии и/или дуоденопатии при морфологическом исследовании у 130 выявлены признаки хронического гастрита, чаще невысокой степени активности и воспаления, особенно в теле желудка. Нормальная гистологическая картина СОЖ имела место у трех обследованных: у одного - при эндоскопическом варианте эритематозной гастропатии, у одного - при эритематозной гастропатии в сочетании с эритематозной дуоденопатией и у одного с визуально нормальной слизистой оболочкой.

Сопоставив все имеющиеся диспептические жалобы у пациентов без эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны, были выделены варианты ФД, которые представлены (таблица 5).

Таблица 5 – Характеристика вариантов функциональной диспепсии у пациентов

Варианты функциональной диспепсии	Число пациентов (n = 133)		
	абс.	%	95% ДИ
Эпигастральный болевой синдром	99	74,4	69,5-79,4
Постпрандиальный дистресс-синдром	34	25,6	23,9-27,3

Доминирующим вариантом ФД по данным исследования являлся эпигастральный болевой синдром - наблюдался у $\frac{3}{4}$ пациентов, постпрандиальный дистресс-синдром – у $\frac{1}{4}$.

Проанализирована частота контаминации СОЖ у обследованных пациентов – в общей и селективных группах (таблица 6).

Таблица 6 - 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	235	126	53,6	47,1-60,1

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (всего – с наличием/отсутствием рубцовой деформации, эрозий гастродуоденальной зоны)	28	28	100	100
Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки (без язвы и/или рубцовой деформации гастродуоденальной зоны)	30	18	60,0	42,6-77,4
Гастропатия + визуально нормальная слизистая оболочка гастродуоденальной зоны	133	68	51,1	42,7-59,5
Визуально нормальная слизистая оболочка гастродуоденальной зоны	31	14	45,1	27,7-62,5
Хронический гастрит	131	68	51,9	43,3-60,5
Эзофагит	44	23	52,5	37,8-67,2

Как видно из представленных данных, инфекция *H. pylori* у обследованных пациентов выявлена в 53,6% (95% ДИ 47,1-60,1) 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. Попко, С.К. Клецкого – до 52% [4, 8]. Инфекция *H. pylori* выявлена у всех пациентов с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, что соответствует данным С.И. Пиманова и Е.В. Макаренко, по мнению которых частота контаминация *H. pylori* при дуоденальной язве – близка к абсолютной [3,7].

Выводы

1. У военнослужащих первого года службы по призыву с желудочной диспепсией эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны имели место у 102 (43,4%; 95% ДИ 38,3-48,5); язва желудка или двенадцатиперстной кишки была установлена у 28 человек (11,9%. 95% ДИ 5,8-15,6).

2. У 56 (23,8%) пациентов из 235 обследованных имел место эзофагит различной степени, который расценивался как проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и в части случаев (n = 12) сочетался с эрозивно-язвенными и рубцовыми изменениями гастродуоденальной зоны.

3. Среди пациентов с функциональной диспепсией (с/без хронического гастрита) преобладал эпигастральный болевой синдром (74,4%, 95% ДИ 69,5-79,4).

4. Частота инфекции *H. pylori* у пациентов с ЖД составила 53,6% (95% ДИ 47,1-60,1), в том числе при язве желудка и двенадцатиперстной кишки 100%, эрозиях желудка и двенадцатиперстной кишки (без язвы и/или рубцовой деформации гастродуоденальной зоны) - 60,0% (95% ДИ 42,6-77,4), хроническом гастрите - 51,9 % (95% ДИ 43,3-60,5), при визуально нормальной слизистой оболочке гастродуоденальной зоны – 45,1% (95% ДИ

27,7-62,5), при эзофагите как проявлении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – 52,5% (95% ДИ 37,8-67,2).

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / М.: «Триада-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 OMEG. 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. Попко 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.