

- Э.П.Яковенко и др. // Фарматека. – 2012. – № 2 (235). – С.18-23.
7. Beckham H, Whitlow CB. The medical and nonoperative treatment of diverticulitis / Clin Colon Rectal Surg. – 2009. – №22 (3). – P. 156-60.
 8. Eastwood M. A., Smith A. N., Brydon W. G., Pritchard J. Colonic function in patients with diverticular disease. – Lancet – 1978. – P. 1181 – 1182.
 9. Eastwood M. A., Walters D., Smith A. N. Is diverticular disease a motility disorder? – Clinics in Gastroenterology – 1982. – №11 – P. 545 – 561.
 10. Jeyarajah S, Papagrigoriadis S. Diverticular disease increases and effects younger ages: an epidemiological study of 10-year trends. Int J Colorectal Dis. – 2008. – Jun;23 (6). – P. 619-27.

УДК 616.33-002

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ С ДИСПЕПТИЧЕСКИМИ ЖАЛОБАМИ

Януль А.Н., Любутина Г.П.

*Кафедра ВПТ ВМедФ УО «БГМУ», г. Минск
ГУ «223 ЦАМ ВВС и войск ПВО», г. Минск*

Введение. 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 актуальной клинической задачей, имеющей научное и практическое значение [2, 3].

Цель работы: изучить сопряженность морфологических изменений слизистой оболочки верхнего отдела ЖКТ при диспепсии у военнослужащих по призыву первого года службы.

Материалы и методы. Обследовано 149 военнослужащих по призыву Минского гарнизона воинских частей ВВС и войск ПВО (возраст 18-27 лет) за период с января 2010 г. по февраль 2012 г., имевших жалобы, относящиеся к категории диспепсии. Жалобы пациентов были стандартизованы в соответствии с требованиями Римского III Консенсуса 2006 относительно диспепсии [5,7]. Выполнялась ФЭГДС с биопсией СОЖ из 5 мест с последующим морфологическим исследованием.

Стандартизация макроскопической оценки слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ проводилась по рекомендациям OMED [4]. Эндоскопическое исследование проводили фиброгастроскопом «PENTAX» типа FG-29W по стандартной методике.

Биопсию слизистой оболочки желудка выполняли щипцами биопсийными гибкими «Ворсма» Щ-127, Щ-119 и «OLYMPUS» EB-240K. Образцы СОЖ: два – из тела, три – из антрального отдела желудка. Окраска гематоксилином и эозином. *H. pylori* определяли морфологическим методом с окраской по Романовскому-Гимзе. Для оценки морфологической картины использовали терминологию, критерии и градации хронического гастрита в соответствии с «Classification and Grading Gastritis. The Updates Sydney System» [1]. Результаты обработаны с помощью непараметрической статистики (критерий χ^2 с поправкой Yates) с использованием программы STATISTICA-6. Уровень достоверности по α определялся при $\alpha < 0,05$, а показатель чувствительности $(1-\beta) > 0,8$ [6].

Результаты. Первичная обращаемость была у 103 (69,1%), вторичная – у 38 (25%) (во всех случаях пациенты ранее обращались за медицинской помощью с жалобами, относящимися к категории диспепсии, и были обследованы до службы по призыву в Вооруженных Силах Республики Беларусь). Наиболее частой жалобой была эпигастральная боль $n=130$ (87,2%), значительно реже – эпигастральное жжение $n=56$ (37%) и чувство полноты после еды $n=61$ (40%), а также раннее насыщение $n=32$ (21%). Изжога имела место у $n=100$ (67,1%) обследованных.

Таблица 1 – Характеристика визуальных изменений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ при эндоскопии (n = 67)

Выявленные изменения при ФГДС	n	%
Язва 12-перстной кишки	7	-
Эрозии тела желудка	19	-
Эрозии луковицы 12-перстной кишки	18	-
Рубцовая деформация тела желудка	1	-
Рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки	15	-
Эзофагит	37	24

Таким образом, эрозивно-язвенные изменения с учетом рубцовой деформации были у 44% обследованных пациентов с симптомами желудочной диспепсии (n=16 были признаны негодными к военной службе в Вооруженных Силах по болезни).

Таблица 2 – Характеристика эндоскопических данных слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ (n = 82)

Выявленные изменения при ФГДС	n	%
Гиперемическая гастропатия	57	69
Зернистая гастропатия	9	-
Гиперемическая дуоденопатия	31	37
Зернистая дуоденопатия	3	-
Визуальная норма	12	-

Частота встречаемости при эндоскопии гиперемической гастропатии в нашем исследовании составила n=57 (69 %).

При сравнении моноклеарной инфильтрации в двух исследуемых группах с эритематозной гастропатией и визуально неизменной слизистой оболочкой можно только отметить тенденцию к более частой моноклеарной инфильтрации в теле ($\chi^2=3,04$; $p=0,0813$).

Таблица 3 – Сравнительная характеристика морфологической картины гиперемической гастропатии и визуально неизменной СОЖ

Характеристики	Гиперемическая гастропатия n = 30	Визуальная норма n = 12	χ^2 (p)
Выраженность воспаления (мононуклеарная инфильтрация) тело, в т.ч.:			
1	28	8	3,04 (0,0813)
2	14	3	0,89 (0,3450)
3	5	4	0,60 (0,4395)
4	7	1	0,47 (0,4943)
Выраженность воспаления (мононуклеарная инфильтрация) антральный отдел, в т.ч.:			
1	30	12	0,06 (0,8092)
2	6	2	0,03 (0,8521)
3	13	5	0,06 (0,8053)
4	11	5	0,00 (0,9599)
Активность воспаления (полиноуклеарная инфильтрация) тело, в т.ч.:			
1	14	5	0,00 (0,9609)
2	7	4	0,08 (0,7814)
3	7	1	0,47 (0,4948)
4	0	0	
Активность воспаления (полиноуклеарная инфильтрация) антральный отдел, в т.ч.:			
1	21	11	1,18 (0,2764)
2	14	7	0,12 (0,7327)
3	7	3	0,08 (0,7746)
4	0	1	0,23 (0,6312)
Атрофия (тело), в т.ч.:			
1	1	0	0,23 (0,6312)
2	0	0	
3	1	0	
4	0	0	
Атрофия			

ри
ср
ав
не
ни
и
по
ли
ну
кл
еа
рн
ой
ин
фи
ль
тр
ац
ии
не
вы
яв
ле
но
до
ст
ов
ер
н
ых
ра
зл
ич
ий

(антральный отдел), в ПЧ.:	5	2	0,21 (0,6468)
1	4	2	0,04 (0,8343)
2	1	0	0,23 (0,6312)
3	0	0	
Кишечная метаплазия (тело), в т.ч.:	2	0	0,01 (0,9088)
1	2	0	0,01 (0,9088)
2	0	0	
3	0	0	
Кишечная метаплазия (антральный отдел), в т.ч.:	1	0	0,23 (0,6312)
1	1	0	0,23 (0,6312)
2	0	0	
3	0	0	
Контаминация H.pylori (тело), в т.ч.:	10	2	0,49 (0,4826)
1	4	1	0,01 (0,9399)
2	6	1	0,21 (0,6468)
3	0	0	
Контаминация H.pylori (антральный отдел), в т.ч.:	10	6	0,43 (0,5137)
1	4	2	0,04 (0,8343)
2	6	4	0,00 (0,9526)
3	0	1	0,23 (0,6312)
Лимфоидные фолликулы (тело)	9	3	0,00 (0,9569)
Лимфоидные фолликулы (антральный отдел)	14	0	6,43 (0,0112)
Фовеолярная гиперплазия (тело)	2	4	3,04 (0,0813)
Фовеолярная гиперплазия (антральный отдел)	4	1	0,01 (0,9399)

ни в теле ($\chi^2=0,00$; $p=0,9609$), ни в антральном отделе ($\chi^2=1,18$; $p=0,2764$).

Атрофия была выявлена в теле и антральном отделе, достоверных различий не выявлено.

Кишечная метаплазия наблюдалась у 3 обследованных с эритематозной гастропатией (в теле и антральном отделе, слабо выраженная) сочетающаяся с инфекцией *H.pylori*, в двух случаях имела место контаминация тела желудка.

Сравнение частоты контаминации *H.pylori* в двух исследуемых группах с эритематозной гастропатией и визуально неизменной слизистой оболочкой не выявило достоверных различий ни в теле ($\chi^2=0,49$; $p=0,4826$), ни в антральном отделе ($\chi^2=0,43$; $p=0,5137$).

При сравнении лимфоидных фолликулов выявлены достоверные различия в антральном отделе ($\chi^2=6,43$; $p=0,0112$).

При сравнении фовеолярной гиперплазии можно отметить тенденцию к более частой фовеолярной гиперплазии в теле желудка ($\chi^2=3,04$; $p=0,0813$).

Выводы:

1. Эрозивно-язвенные изменения с учетом рубцовой деформации были в сочетании с другими визуальными изменениями СОЖ и имели место у 44% обследованных пациентов с симптомами диспепсии ($n=16$ признаны негодными к военной службе в Вооруженных Силах по болезни).

2. Частота встречаемости при эндоскопии гиперемической гастропатии в нашем исследовании составила $n=57$ (69%).

3. Проведенный сравнительный анализ морфологических характеристик СОЖ в двух исследуемых группах с гиперемической гастропатией и визуально неизменной слизистой оболочкой при сравнении лимфоидных фолликулов выявил достоверные различия в антральном отделе ($\chi^2=6,43$; $p=0,0112$). При сравнении фовеолярной гиперплазии можно отметить тенденцию к более частой фовеолярной гиперплазии в теле желудка ($\chi^2=3,04$; $p=0,0813$) и тенденцию к более частой мононуклеарной инфильтрации в теле желудка ($\chi^2=3,04$; $p=0,0813$).

4. Проведенное на небольшом материале исследование позволило показать значительную частоту изменений верхних отделов ЖКТ у военнослужащих по призыву первого года службы с диспепсическими жалобами.

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. 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.
4. Маржатка З. при сотрудничестве комитета по терминологии OMED. Третье издание переработанное и дополненное. Эндоскопия пищеварительного тракта: номенклатура OMED / Normed Verlag. – 1996. – С. 141.
5. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарий. Пособие для врачей / Пособие. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. – Витебск: Издательство ВГМУ, 2006. – 160 с.
6. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / М.: Медиа Сфера. 2002. С.312.
7. 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.