

УДК 616.079.2

## КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РАБОТНИКОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА

Фаттахова Л.А.<sup>1</sup>, Калимуллина Д.Х.<sup>1,2</sup>, Бакиров А.Б.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», Уфа, Россия,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава  
России, Уфа, Россия

*В статье представлены клинические и инструментальные особенности заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта - гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), гастрита и дуоденита у работников сельского хозяйства.*

**Ключевые слова:** *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастрит, дуоденит*

**Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.**

## CLINICAL AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN AGRICULTURAL WORKERS

Fattakhova L.A.<sup>1</sup>, Kalimullina D.Kh.<sup>1,2</sup>, Bakirov A.B.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ufa Research Institute of Occupational Health and Human Ecology, Ufa, Russia,

<sup>2</sup>Bashkirian State Medical University of the Russian Health Ministry, Ufa, Russia

*Clinical and instrumental specificities of the upper gastrointestinal tract diseases - gastroesophageal reflux disease, gastritis and duodenitis in agricultural workers are presented in this paper.*

**Key words:** *gastroesophageal reflux disease, gastritis and duodenitis*

**Authors declare lack of the possible conflicts of interests.**

Хронические гастриты и ГЭРБ являются многофакторными заболеваниями, связанными как с патологическими изменениями моторики, приводящими к спонтанным, регулярно повторяющимся забросам в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, так и воспалением и атрофией слизистой оболочки. Кроме инфекции *Helicobacter Pylori*, хронизации процесса способствуют нарушения гормональной регуляции и психоэмоциональные нагрузки (1-3).

**Цель исследования:** клинико-инструментальная характеристика патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у людей, работающих в сельском хозяйстве для дальнейшей выработки мер повышения эффективности лечения, профилактики заболеваний и улучшения качества жизни по улучшению организации медицинской помощи этому контингенту больных.

**Материал и методы исследования.** Углубленное обследование проведено 390 работникам сельского хозяйства и 76 пациентам группы сравнения, не связанным с работой в сельском хозяйстве. Все пациенты находились на стационарном лечении в терапевтическом отделении клиники Уфимского НИИ медицины труда и экологии человека. Клинические симптомы подробно изучены у 120 работников сельского хозяйства: у 60 - с ГЭРБ, и у 60 - с гастритом. Всем пациентам проведена скрининговая фиброгастродуоденоскопия аппаратами фирмы «Олимпус».

**Результаты и обсуждение.** С целью выявления особенностей клинических проявлений при данной патологии проводилась сравнительная оценка выраженности диспепсического и болевого синдромов работников сельского хозяйства. Контрольные группы составили 36 человек, не связанные с работами в данной отрасли. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и стажу работы (табл. 1 и 2)

Таблица 1

**Характеристика диспепсического синдрома у лиц с гастродуоденальной патологией и лиц контрольных групп ( $M \pm m, \%$ )**

| Диспепсия             | Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь |               | Гастродуоденит                     |               |
|-----------------------|--|---------------|------------------------------------|---------------|
|                       | Работники сельского хозяйства n=30     | Контроль n=36 | Работники сельского хозяйства n=30 | Контроль n=36 |
| Изжога                | 70,1±3,1*                              | 56,8±2,7      | 40,2±2,4*                          | 30,6±2,1      |
| Тошнота               | 31,9±1,9                               | 29,3±1,6      | 29,5±1,8                           | 27,8±1,4      |
| Отрыжка               | 50,2±1,7*                              | 41,4±1,4      | 15,8±2,4                           | 11,4±2,2      |
| Рвота                 | 10,2±0,8*                              | 8,7±0,5       | 3,3±0,9                            | 2,0±0,6       |
| Наклонность к запорам | 49,3±1,8*                              | 41,5±1,6      | 16,4±1,8*                          | 12,3±2,8      |

Примечание: \* - достоверность  $P < 0,05$  между основными и контрольными группами

Таблица 2

**Особенности болевого синдрома при ГЭРБ, гастрите и дуодените у работников сельского хозяйства ( $M \pm m, \%$ )**

| Клинические симптомы                         | Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь |               | Гастродуоденит                     |               |
|--|--|---------------|------------------------------------|---------------|
|  | Работники сельского хозяйства n=60     | Контроль n=36 | Работники сельского хозяйства n=60 | Контроль n=40 |
| <b>Локализация болей</b>                     |  |               |                                    |               |
| Пилородуоденальная зона                      | 30,2±1,4                               | 28,5±1,8      | 18,5±2,1                           | 15,2±1,4      |
| Эпигастральная область                       | 60,2±1,4                               | 55,6±2,3      | 40,0±1,4                           | 32,6±2,2      |
| Правое подреберье                            | 14,9±1,2                               | 11,0±1,4      | 13,2±1,8*                          | 7,0±1,1       |
| Левое подреберье                             | 6,5±0,9                                | 5,1±1,3       | 3,8±0,7                            | 3,1±1,7       |
| Параумбиликальная область                    | 11,5±1,0                               | 8,3±1,1       | 14,1±1,2                           | 17,1±1,9      |
| Отсутствие болей                             | 30,0±0,6**                             | 12,7±1,5      | 34,5±2,1*                          | 23,1±1,5      |
| <b>Иррадиация болей</b>                      |  |               |                                    |               |
| - в спину                                    | 17,5±1,4                               | 14,5±1,1      | 4,7±0,8                            | 4,1±0,5       |
| - в правое подреберье                        | 15,0±1,3                               | 12,1±0,8      | -                                  | -             |
| <b>Время возникновения болевого синдрома</b> |  |               |                                    |               |
| Голодные боли                                | 66,9±4,2                               | 52,6±3,4      | 39,2±2,7                           | 28,6±2,4      |
| Ночные боли                                  | 37,8±2,7*                              | 28,1±2,2      | 15,2±1,5                           | 12,8±1,7      |
| Через 1,5-2 часа после приема пищи           | 64,5±3,4*                              | 48,2±2,7      | 38,2±3,7                           | 32,5±3,3      |
| Вскоре после приема пищи (ранние боли)       | 7,2±1,2                                | 6,5±1,6       | 12,3±1,4                           | 15,5±1,7      |

Примечание: \* - достоверность  $P < 0,05$  между основными и контрольными группами

\*\* - достоверность  $P < 0,01$  между группами

У больных ГЭРБ отмечалось достоверное преобладание частоты проявлений симптомов диспепсии по отношению к контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Тошноту как симптом одинаково часто указывали в основных и контрольных группах. У больных гастродуоденитом симптомы диспепсии встречались чаще у лиц, не связанных с сельским хозяйством, однако различия в отношении таких симптомов, как рвота и отрыжка, были статистически незначимы ( $p > 0,05$ ).

ГЭРБ у работников сельского хозяйства по клиническим проявлениям и особенностям течения не отличалась от группы контроля. У 44,5% обследованных работников сельского хозяйства выявлены типичные жалобы и клиническая картина заболевания. Пациентов преимущественно беспокоили изжога и болевой синдром. Изжога была самым частым симптомом - 70,1% пациентов. "Голодные боли" отметили 66,9%, "поздние" - 64,5% и ночные боли - 37,8% пациентов. Локализация боли была различной: в эпигастральной - у 60,2%, в пилородуоденальной - у 30,2% обследованных. 15% пациентов отмечали иррадиацию болей в правое подреберье, 17,5% - в спину.

Боли в животе наблюдались реже у лиц с гастродуоденитом -  $65,5 \pm 1,5\%$  и у лиц с ГЭРБ -  $85,0 \pm 0,6\%$ , чем у лиц контрольных групп - 76,9% и 91,3% соответственно. Причем локальные боли при гастродуодените имелись у  $18,5 \pm 1,4\%$  пациентов и при ГЭРБ - у  $30,2 \pm 1,4\%$ , а боли неопределенного характера -  $40,0 \pm 1,4\%$  и  $60,3 \pm 1,4\%$  соответственно. Гастродуоденит в основной группе проявлялся более выраженными голодными болями -  $39,2 \pm 2,7\%$ , по сравнению с контрольной -  $28,6 \pm 2,4\%$  ( $p < 0,05$ ). Различия в выраженности болевого синдрома в ночное время и в связи с приемом пищи между группами были статистически не значимы ( $p > 0,05$ ).

Особое внимание было уделено эндоскопической оценке состояния слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у работников сельского хозяйства. Эндоскопическое исследование слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта было проведено всем 390 работникам сельского хозяйства. Изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки были выявлены у всех обследованных. Анализ результатов представлен в таблице 3.

Таблица 3

**Выявленная патология слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у работников сельского хозяйства (%)**

| <b>Эндоскопическая картина</b>                        | <b>Работники сельского хозяйства (n = 390)</b> | <b>Группа контроля (n = 76)</b> |
|---|--|---------------------------------|
| Скользкая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы       | 3,5  | 2                               |
| Недостаточность кардии                                | 2,6  | 1,2                             |
| Катаральный рефлюкс- эзофагит нижней трети 1 степени. | 25*  | 15                              |
| Эрозивный рефлюкс-эзофагит нижней трети 2 степени.    | 7  | 2,2                             |
| Неизменная слизистая оболочка 12-п.к                  | 71   | 68                              |
| Гастрит   | 97,5   | 98                              |
| Дуоденит  | 29   | 32                              |
| Эрозии - желудка - луковицы 12-п.к.                   | 6,0  | 5,5                             |
|   | 4,7  | 4,9                             |
| Язва - желудка - луковицы 12-п.к.                     | 2  | 1,6                             |
|   | 7,5  | 6,8                             |
| Рубцовая деформация луковицы 12-п.к.                  | 9,0  | 8,3                             |

Примечание: \* - достоверность различий между группами  $p < 0,05$

Эзофагит выявлялся практически в 2 раза чаще в группе работников сельского хозяйства - 32 %, по сравнению с группой контроля - 17,2%. Катаральный эзофагит - гиперемия и отек слизистой нижней трети пищевода- обнаружены у 95 работников (25%), а у 26 (7%) пациентов установлен эрозивный эзофагит - линейные эрозии диаметром 3x7мм в количестве 6-7.

По частоте выявления гастрита при эндоскопическом исследовании работники сельского хозяйства и группа сравнения практически не отличались (соответственно 97,5% и 98%). Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки у работников сельского хозяйства, рубцовые деформации луковицы двенадцатиперстной кишки также наблюдались с одинаковой частотой.

При оценке слизистой оболочки желудка неизменная слизистая установлена у 10 работников (2,5%). Неизменная слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки выявлена у 268 (71%). Среди всех изменений преобладал гастрит: 380 человек (97,5%), в большинстве своем - поверхностный (266 пациентов - 71%). При поверхностном гастрите обнаружены различной степени выраженности воспалительная и сосудистая реакция в виде яркой диффузной или пятнистой гиперемии и отека. Наиболее часто эти изменения локализовались в антральном отделе (212 человек - 80%). Пангастрит диагностирован у 54 (20%). Признаки атрофии обнаружены у 57 (15%) больных, причем в 50 случаях (13%) атрофические изменения слизистой оболочки захватывали антральный отдел, а в 7 случаях (1,8%) процесс был мультифокальный и захватывал все отделы желудка. Визуально слизистая оболочка желудка при атрофическом гастрите выглядела истонченной и тусклой, складки были сглажены, сосудистый рисунок усилен.

Атрофический-гиперпластический гастрит диагностирован у 57 больных (15%). При этой форме гастрита у пациентов на розовом фоне выделялись белесоватые участки атрофии в чередовании с очаговой гиперплазией слизистой оболочки.

Дуоденит выявлен у 112 человек (29%), во всех случаях сочетался с гастритом, преимущественно страдали проксимальный и дистальный отделы 12типерстной кишки.

**Выводы:** Изучено состояние верхних отделов пищеварительного тракта работников сельского хозяйства, установлены особенности клинического и течения и эндоскопической характеристики слизистой оболочки при ГЭРБ, гастрите и гастродуодените. Выявлено статистически значимое увеличение частоты поражения нижней трети пищевода работников сельского хозяйства (32%) , по сравнению с группой контроля (17,2%) и литературным данным (11-15%) по России (1-3). Полученные данные могут быть использованы при оптимизации оказания медицинской помощи работникам сельского хозяйства с заболеваниями органов пищеварения.

#### **Список литературы:**

1. Ивашкин, В. Т. Рекомендации по обследованию и лечению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / В. Т. Ивашкин и др. - М.: 2001.
2. Кайсинова, А. С. Санаторно-курортное лечение и реабилитация больных с эрозивно-язвенными поражениями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе затухающего обострения / А. С. Кайсинова, Н. В. Ефименко // Физиотерапия бальнеология и реабилитация. – 2016. - № 15(2). – С. 82 - 86.
3. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В.Т Ивашкин, И.В Маев, А.С. Трухманов, Е.К. Баранская, О.Б. Дронова, О.В. Зайратьянц, Р.Г. Сайфутдинов, А.А. Шептулин, Т.Л. Лапина, С.С. Пирогов, Ю.А. Кучерявый, О.А. Сторонова, Д.Н. Андреев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2017. – Т. 27(4). - С.75-94.
4. Циммерман, Я. С. Гастродуоденальные эрозии: современное состояние проблемы / Я. С. Циммерман // Клиническая медицина. – 2012. - № 1. – С. 17 - 23.

Поступила/Received: 28.10.2018

Принята в печать/Accepted: 12.11.2018