

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Коробейникова Елена Рудольфовна

**СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПРИЗЫВНИКОВ С HELICOBACTER PYLORI-
АССОЦИИРОВАННЫМИ И HELICOBACTER PYLORI-
НЕАССОЦИИРОВАННЫМИ ГАСТРИТАМИ И ДУОДЕНИТАМИ С
ЭРОЗИЯМИ**

14.01.04 – Внутренние болезни

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доцент, д-р мед. наук Е.Ю.Шкатова

Ижевск 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | Стр. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 4 |
| ГЛАВА I. Эпидемиология, этиология, патогенез и лечение гастритов и дуоденитов с эрозиями на современном этапе (обзор литературы) | 10 |
| 1.1. Эпидемиология, классификация и факторы риска гастритов и дуоденитов с эрозиями у призывников | 10 |
| 1.2. Этиология и патогенез гастритов и дуоденитов с эрозиями у лиц молодого возраста | 17 |
| 1.3. Современные подходы к лечению и профилактике гастритов и дуоденитов с эрозиями..... | 25 |
| ГЛАВА 2. Материал и методы исследования | 34 |
| 2.1. Характеристика базы и проекта исследования | 34 |
| 2.2. Общая характеристика обследованных больных | 38 |
| 2.3. Специальные методы исследования | 40 |
| 2.3.1. Диагностика инфицирования <i>Helicobacter pylori</i> | 40 |
| 2.3.2. Исследование функционального состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки | 41 |
| 2.4. Методы социально-гигиенического исследования, изучение психологического статуса, качества жизни призывников | 46 |
| 2.5. Методы статистической обработки полученных результатов исследований | 48 |
| 2.6. Этическое обоснование работы | 49 |
| ГЛАВА 3. Медико-социологическая характеристика призывников | 50 |
| 3.1. Оценка заболеваемости и частоты эрозивных поражений у лиц призывного возраста | 50 |
| 3.2. Социально-гигиеническая характеристика призывников и их семей | 57 |
| 3.3. Образ жизни призывников | 61 |
| 3.4. Отношение призывников Удмуртской Республики к предстоящей воинской службе | 67 |
| ГЛАВА 4. Характеристика функционального состояния гастродуоденального комплекса, психо-эмоционального статуса и качества жизни у призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны | 69 |
| 4.1. Характеристика клинических показателей | 69 |
| 4.2. Исследование уровня инфицированности <i>Helicobacter pylori</i> , кислотообразующей и моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки | 71 |
| 4.3. Данные эндоскопической картины слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки | 73 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.4. Изучение показателей слизиобразующей функции желудка и концентрации желчных кислот в желудочном соке | 74 |
| 4.5. Изучение ряда гормональных показателей у призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны | 78 |
| 4.6. Оценка психо-эмоционального статуса призывников | 80 |
| 4.7. Характеристика качества жизни призывников | 81 |
| ГЛАВА 5. Оценка комплексной терапии и профилактических мероприятий пациентов с гастритом и дуоденитом с эрозиями | 59 |
| 5.1. Обоснование терапии и оценка клинических симптомов | 84 |
| 5.2. Динамика функционального состояния гастродуоденального комплекса | 88 |
| 5.3. Оценка психо-эмоционального статуса, качества жизни призывников в ходе лечения | 92 |
| 5.4. Интерактивные обучающие технологии | 95 |
| 5.5. Обоснование и внедрение профилактических мероприятий для призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны | 98 |
| Клинические примеры | 102 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 106 |
| ВЫВОДЫ | 118 |
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ | 120 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | 121 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ | 158 |
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ | 170 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Актуальность комплексного изучения здоровья мужчин призывного возраста обусловлена снижением призывного ресурса Российской Федерации, который составляет значительную часть трудоспособного населения и обеспечивает обороноспособность, трудовые ресурсы, экономическое и социальное благополучие государства и здоровье его будущих поколений [6, 50, 106, 149, 164, 168, 181].

В последнее время социальный фон, на котором происходит формирование здоровья призывников, резко отличается от такового в предыдущие годы. Происходит резкое снижение уровня жизни потенциальных призывников, ухудшается качество жизни и здоровья призывного контингента, растет безработица, актуальны проблемы алкоголизма и наркомании. Поэтому вопросы сохранения и укрепления здоровья молодежи приобретает особую значимость в Российской Федерации [18, 19, 20, 87, 134, 152, 158, 166, 175]. В структуре заболеваний, послуживших причиной освобождения и отсрочки от призыва на военную службу, заболевания органов пищеварения составляют 6,4-14,3% [28, 49, 80, 148]. В последние годы наблюдается рост заболеваемости гастритами и дуоденитами с эрозиями у лиц молодого возраста. Они занимают третье место в структуре болезней органов пищеварения после хронического гастрита и язвенной болезни [162]. При проведении эндоскопического исследования по поводу диспепсических жалоб эрозии гастродуоденальной слизистой оболочки обнаруживаются у 2-30,0% больных [99, 102, 162, 186, 210, 225, 245]. Среди молодых людей отсутствует мотивация к активному укреплению здоровья, образ жизни, направленный на укрепление здоровья, остается абстрактной ценностью [117, 118, 165].

На сегодняшний день изучены многие патогенетические аспекты гастритов и дуоденитов с эрозиями [43, 64, 65, 157]. В настоящее время разработаны различные схемы антисекреторной и эрадикационной терапии, утвержденные соглашениями Маастрихт V (2016), с целью усиления

репаративных процессов определенное внимание клиницистов привлекают гастропротекторы [108]. Однако, несмотря на длительное изучение эрозивных поражений гастродуоденальной зоны (ЭПГДЗ), достижения в терапии данной патологии, многие вопросы остаются спорными и противоречивыми.

Учитывая распространенность данной патологии среди молодежи, сложность ее патогенеза, низкую гигиеническую грамотность и медицинскую активность призывников, необходимо в дальнейшем изучать этиологию, патогенез и разрабатывать новые подходы к терапии и профилактике эрозивных поражений гастродуоденальной области, позволяющих снизить частоту рецидивов эрозий и улучшить качество жизни пациентов.

Цель исследования – оптимизация лечебно-профилактических мероприятий с применением интерактивного терапевтического обучения для призывников с *Helicobacter pylori*-ассоциированными и *Helicobacter pylori*-неассоциированными гастритами и дуоденитами с эрозиями.

Задачи исследования:

1. Изучить уровень заболеваемости и факторы риска эрозивных поражений гастродуоденальной зоны у лиц призывного возраста.
2. Дать характеристику клинико-эндоскопической картины гастритов с эрозиями (ГсЭ) и дуоденитов с эрозиями (ДсЭ) у призывников.
3. Оценить морфо-функциональное состояние желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), роль нейрогормональных регуляторных факторов, психо-эмоционального статуса и качества жизни призывников в развитии эрозивных поражений гастродуоденальной зоны.
4. Оценить результативность предложенных лечебно-профилактических мероприятий для призывников с *Helicobacter pylori*-ассоциированными и *Helicobacter pylori*-неассоциированными гастритами и дуоденитами с

эрозиями, включающих комплексное лечение с использованием ребамипида и интерактивного терапевтического обучения.

Научная новизна.

Впервые в Удмуртской Республике изучена заболеваемость болезнями органов пищеварения, гастритами и дуоденитами с эрозиями лиц призывного возраста и установлены значимые факторы риска их развития, позволившие разработать лечебно-профилактические мероприятия, направленные на повышение призывного ресурса Удмуртской Республики (УР).

Выявлены особенности клинической, эндоскопической картины и частоты хронических гастритов и дуоденитов с эрозиями у лиц призывного возраста. В результате комплексного исследования составлен медико-социально-психологический портрет призывника с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны.

Установлено, что в зависимости от локализации эрозии характеризуются различной степенью проявления агрессивных показателей интрагастральной среды: уровнем инфицированности *Helicobacter pylori* (HP), интенсивностью дуодено-гастрального рефлюкса (ДГР) и концентрацией желчных кислот в желудочном соке; высокой кислотопродуцирующей функцией желудка независимо от локализации патологического процесса; значительным повышением уровня кортизола в крови, особенно при дуоденитах с эрозиями. Показана сопряженность между уровнем желчных кислот (ЖК) и клинико-функциональными показателями.

Аргументирована целесообразность применения ребамипида и терапевтического интерактивного обучения в составе эрадикационной и антисекреторной терапии призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны. Показано их положительное влияние на восстановление местных защитных факторов, стабилизацию психологического статуса и повышения качества жизни лиц призывного возраста.

Практическая значимость работы. На основании мониторинга самооценки состояния здоровья, качества жизни и психо-эмоционального статуса внедрена скрининговая прогностическая таблица с учетом выявленных факторов риска развития ЭПГДЗ, что способствует

эффективности работы военно-врачебных комиссий и повышению призывного ресурса Удмуртии.

Установленные в работе научные факты, касающиеся роли социально-психологических характеристик, нейрогормональных нарушений и структурных изменений слизистой оболочки желудка позволили внедрить в терапию эрозивных поражений гастродуоденальной зоны комплексную терапию с ребамипидом и интерактивными обучающими технологиями, обеспечивающую выраженный клинический эффект, повышение качества жизни и психо-эмоционального статуса пациентов.

Методология и методы исследования. В работе применялись методы исследования: клинические, лабораторно-инструментальные, социологические, эпидемиологические и статистические. Объект исследования – лица призывного возраста с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны. Предмет исследования – оценка функционального состояния гастродуоденального комплекса у призывников с гастритом и дуоденитом с эрозиями в динамике комплексного лечения, включающая исследование кислотообразующей, слизиобразующей, моторно-эвакуаторной функций.

Положения, выносимые на защиту

1. Основанием для совершенствования лечебно-профилактических мероприятий лиц призывного возраста явился высокий уровень заболеваемости болезнями органов пищеварения призывников Удмуртской Республики за счет гастритов и дуоденитов с эрозиями и выявленные факторы риска развития данной патологии.

2. Эрозивные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у призывников имеют характерную клинико-эндоскопическую картину.

3. У призывников с ЭПГДЗ имеются различные степени нарушения агрессивно-протективного баланса гастродуоденального комплекса и гормонального статуса.

4. Разработанные и внедренные лечебно-профилактические мероприятия у призывников с гастритами и дуоденитами с эрозиями приводят к улучшению клинико-функциональных показателей, стабилизации психо-эмоционального статуса и качества жизни лиц призывного возраста.

Внедрение результатов исследования. Комплексное обследование и лечение призывников с гастритами и дуоденитами с эрозиями внедрено в практическую деятельность гастроэнтерологических отделений ООО «Медсервис», БУЗ УР «1 Республиканская клиническая больница МЗ УР», в учебный процесс на терапевтических кафедрах ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства России.

Связь работы с научными программами. Тема диссертации утверждена на заседании ученого совета лечебного факультета ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России 8.04.2014 года (протокол № 6). Диссертационная работа выполнялась в рамках комплексной программы НИР, номер государственной регистрации темы: АААА-А18-118103090026-9 от 30.10.2018.

Соответствие паспорту научной специальности. Диссертация выполнена по специальности 14.01.04 – внутренние болезни, так как в ней представлена клинико-функциональная характеристика гастродуоденального комплекса при эрозивных поражениях желудка и ДПК с использованием клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования, сравнительная оценка терапевтической эффективности комплексного лечения с включением ребамипида (содержание пунктов 2,4 из Паспорта специальности).

Личный вклад автора. Личный вклад автора состоит в непосредственном участии во всех этапах диссертационного исследования: в планировании научной работы, наборе клинического материала, углубленном анализе отечественной и зарубежной литературы, анализе и интерпретации клинических, лабораторных и инструментальных данных, их систематизации, статистической обработке с описанием полученных результатов, написании и оформлении рукописи диссертации, основных публикаций по выполненной диссертации.

Апробация работы. Основные положения диссертации представлены на Всероссийском XII научном семинаре молодых ученых и студентов с

медицинским участием (Нижний Новгород, 2013), Третьей международной научно-практической конференции (Прага, 2013), Тринадцатой, Четырнадцатой, Пятнадцатой научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием (Ижевск, 2013; 2014; 2015); XI International scientific and practical conference, «Modern scientific potential», February 28-March 7, 2015. Sheffield; Третьей международной научно-практической конференции (май 2015), Улан-Удэ; Всероссийской научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» (Москва, 2017); Двадцать третьей Российской Гастроэнтерологической Неделе (Москва, 2017).

По материалам диссертации опубликовано 20 печатных работ, в том числе 3 статьи в журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации для публикаций основных результатов диссертационных исследований; получено свидетельство о регистрации объекта интеллектуальной собственности № 02.15 от 21 января 2015 года «Современные методы диагностики и лечения эрозивных гастритов, ассоциированных с *Helicobacter pylori*». Опубликованы рекомендации для пациентов «Эрозивные гастриты и дуодениты: вопросы и ответы»

Структура и объем диссертации. Диссертация представляет собой рукопись на русском языке, состоит из введения, обзора литературы, глав, посвященных материалу и методам исследования, результатам собственных исследований, обсуждению полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Текст представлен на 170 страницах машинописного текста, иллюстрирован 26 рисунками, 29 таблицами, клиническими примерами. Список литературы включает 260 источников, в т.ч. 187 отечественных и 73 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРИТОВ И ДУОДЕНИТОВ С ЭРОЗИЯМИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Эпидемиология, классификация и факторы риска гастритов и дуоденитов с эрозиями у призывников

В современных условиях в Вооруженных Силах РФ используется сложная боевая техника, что предъявляет высокие требования к состоянию здоровья военнослужащих. В настоящее время в виду сокращения срока службы на молодого военнослужащего ложатся значительные физические нагрузки, что сопровождается психическим напряжением, для успешного обучения его военному делу и досконального изучения современного вооружения – это достаточно малый срок. За последние десять лет по данным Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны РФ показатели годности граждан к военной службе снизились более чем на 30%. Так, только в 2013 году 30% призывников получили отсрочку от призыва и были освобождены от военной службы по состоянию здоровья. При их обследовании хронические заболевания были выявлены в 74,6% случаев [131, 132]. В структуре заболеваний, послуживших причиной освобождения и отсрочки от призыва на военную службу, первые места занимают заболевания костно-мышечной системы – 20,5-43,2%, психические расстройства – 5,3-13,5%, расстройства питания и обмена веществ 6,3-14,9%, эндокринной системы 6,3-11,0%, заболевания органов пищеварения – 4,3-14,3%, нервной системы – 8,9%, органов кровообращения – 6,0-7,3%, травмы и отравления – 5,5% [49, 80, 147, 148].

Проблема заболеваний пищеварительной системы в настоящее время является одной из значимых в клинической терапии [58, 66, 226]. Заболевания желудочно-кишечного тракта имеют большое значение в медицинском и социальном аспектах: их широкое распространение среди лиц молодого и трудоспособного возраста оказывает влияние на качество

жизни и экономическую ситуацию [57, 88]. За последнее десятилетие заболеваемость данной патологией увеличилась почти в 3 раза за счет лиц молодого возраста [237].

В ряде научных исследований рассматриваются региональные медико-социальные аспекты здоровья граждан призывного возраста [119, 160, 169, 177, 178]. Для Российской Федерации в целом проблема сохранения и укрепления здоровья подростков и молодежи особенно значима [17, 20, 134, 152, 158, 165, 174]. За последние 15-20 лет в России произошло заметное снижение численности лиц призывного возраста [6, 106, 139, 180].

По данным центральной военно-врачебной комиссии Минобороны России в 2012 году от призыва на военную службу получили отсрочку более 614 тыс. юношей, что составило почти 30% от числа всех освидетельствованных в стране. Из этого числа около 200 тыс. ежегодно освобождается от службы в армии из-за дефицита массы тела, 109 тыс. – из-за сколиоза и плоскостопия и более 100 тыс. – из-за психических расстройств. В 2012 году более чем у 100 тыс. призывников заболевания выявлены впервые, а у половины – выявленные заболевания явились препятствием для призыва на военную службу. Однако по данным С.Н. Анохина (2013) к 2015 году в России здоровье призывников улучшилось на 2% [10].

Распоряжением Правительства РФ от 3 февраля 2010 г. № 134-р утверждена Концепция федеральной системы подготовки граждан к военной службе до 2020 года. Основной целью концепции является «создание условий для обеспечения гарантированного комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск и воинских формирований физически и морально-психологически подготовленными гражданами». Поэтому значимыми помимо соматических являются также социально-гигиенические и психологические характеристики призывников.

У молодых людей до призыва в Вооруженные Силы отмечалась высокая распространенность вредных привычек: курили – 45,9-56,0%, употребляли

алкоголь – 36,6-38,0%, регулярно пили пиво – 41,9-49,5%, пробовали наркотики – 2,3-2,5% [7, 46, 47, 129]. За последние семь лет число юношей с впервые выявленным алкоголизмом увеличилось на 28%, а наркоманией – на 22 % [80].

Кроме этого неоднородность призывного контингента (по возрасту, образованию, национальности, социальным характеристикам, физическому развитию) создает сложности различного уровня и характера их адаптации в разных группах призывников [38].

Среди призывников заключается много гражданских браков, растет количество неполных семей, доход на одного человека в которых ниже прожиточного минимума. В возникновении многих заболеваний, вредных привычек и психологических расстройств играет роль семья. В группе риска неполные, социально неблагополучные семьи, в которых низкий уровень достатка сочетается с низким уровнем гигиенической грамотности и медицинской активности, с образом жизни, не содействующем здоровью [51, 84, 85, 86, 136].

Недостаточность питания, распространение веганства, вегетарианства, снижение общей калорийности рациона часто приводит к дефициту массы тела [84]. Анализ уровня физического развития граждан, призванных на военную службу говорит о наличии серьезных проблем в этой области. Низкая двигательная активность выявляется у 75–85% школьников старших классов. В следствии вышеуказанных причин значительная часть призывников не справляется с физическими и психо-эмоциональными нагрузками первых месяцев военной службы [80].

Ежегодно увеличивается число исследований, посвященных изучению качества жизни, учитывая, что это интегральная характеристика социального, физического, психологического и эмоционального состояния индивидуума, полученная на основе субъективного восприятия [121, 122]. Однако в научной литературе встречаются единичные исследования, посвященные оценке качества жизни призывников [47, 74, 138, 150].

Болезни пищеварительной системы у призывников составляют 10,8% и находятся на третьем месте среди заболеваний, препятствующих призыву на военную службу [147]. Среди заболеваний внутренних органов у призывников данная патология находится на первом месте – 45,0% [40]. Заболевания желудочно-кишечного тракта в структуре возвратов солдат с военной службы являются лидирующими (29,7%), а среди военных, служащих по контракту составляют 32,0% [141].

Гастриты и дуодениты с эрозиями занимают третье место в структуре заболеваемости болезней органов пищеварения после хронического гастрита и язвенной болезни и являются самой распространенной патологией гастродуоденальной зоны [163].

ЭПГДЗ встречаются у лиц всех возрастных групп, начиная с детского возраста, максимальная частота их приходится на возраст 12-15 лет [36, 44, 45, 52, 73, 115].

В настоящее время не существует единой классификации данной патологии. До сих пор ведутся дискуссии ученых по поводу систематизации данных об эрозивных поражениях гастродуоденальной зоны.

По рекомендациям Киотского Консенсуса (2015) «эрозии слизистой оболочки желудка должны описываться отдельно от гастрита, так как естественное течение и клинические проявления эрозивных повреждений слизистой оболочки зависят от этиологических факторов и требуют дальнейшего уточнения» (класс рекомендаций: сильный; уровень доказательности: низкий) [105].

Значимой вехой в изучении проблемы эрозий явилось установление факта, что помимо быстро проходящих острых (банальных) эрозий выявляют также хронические (полные) эрозии с прогрессирующим характером течения. Острыми считаются плоские эрозивные дефекты, которые эпителизируются за 2-7 дней, хроническими – возвышающиеся дефекты слизистой оболочки, которые не заживают более 30 дней [45].

Острые эрозии – это поверхностные плоские точечные, линейные или полигональные дефекты слизистой оболочки желудка и ДПК, которые могут быть покрыты солянокислым гематином (геморрагические эрозии) или фибрином. Хроническими эрозиями называют округлые полиповидные образования, которые возвышаются – (полные) эрозии, могут быть зрелыми и незрелыми [45]. Среди полных эрозий выделяют незрелые, у которых имеется на вершине венчик гиперемии и зрелые, при которых наблюдается десквамация и некроз поверхностного эпителия слизистой оболочки.

Очень важно отметить, что обострению хронического эрозивного гастрита соответствуют зрелые полные эрозии, а ремиссии – незрелые.

Острые и хронические эрозии по этиологическим факторам делят на первичные и вторичные.

Первичные острые эрозии вызывают различные психотравмирующие и внешние факторы (этиловый спирт, нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды, профессиональные вредности). Гистологически при острых эрозиях отмечается поверхностный некроз и десквамация поверхностного эпителия слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Первичные хронические эрозии (стрессогенно-адаптогенные) возникают у молодых здоровых людей под воздействием стрессовых факторов и способны эпителизоваться самостоятельно после устранения причины. Гистологически представлены чаще всего гиперпластическими полными эрозиями, характеризуются фовеолярной и простой гиперплазией. В 30% случаев, по данным эндоскопического наблюдения, способны подвергаться инволюции, т.н. эволюционирующие эрозии, длительность существования их составляет 2-3 месяца [44].

Вторичные (эндогенные) острые эрозии образуются при различных заболеваниях (болезнь Крона, рак желудка, анемии и др), представлены десквамацией эпителия и поверхностным некрозом слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Вторичные (соматогенные) хронические эрозии возникают в среднем и пожилом возрасте при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и печени, встречаются до 75% случаев. Считается, что это местная реакция синдрома генерализованных циркуляторных и метаболических расстройств и измененной иммунореактивности организма. Гистологически представлены фиброзно-фибриноидными эрозиями (т.н. незволюционирующие эрозии), существуют 6 месяцев и более, инволюция маловероятна, и эрозивный процесс приобретает хронический характер [44].

Чаще под вниманием исследователей находятся лица старших возрастных групп с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны. Однако в последнее время, эрозии стали чаще отмечаться у молодых людей, в том числе у мужчин призывного возраста. Интересен факт, что у значительного количества больных дебют эрозивных поражений гастродуоденальной зоны происходит в молодом возрасте [4]. По данным Януль А.Н (2015), при диспепсических жалобах частота гастродуоденальных эрозий без язвы и без рубцово-язвенной деформации (РЯД) у призывников составляет 16,9% [187]. По результатам исследований К.Ю. Мараховского (2004), при диспепсии частота эрозивных поражений желудка у взрослых равна 28,5%, а у детей и подростков – 8% [107].

Известно, что хронические эрозии гастродуоденальной слизистой оболочки преобладают у мужчин (от 2:1 до 1,1:1). При проведении ФЭГДС по поводу диспепсических жалоб эрозии выявлялись у 2,0–30,0% больных [99, 102, 163, 186, 210, 245, 225].

Особого внимания заслуживает неправильный режим питания, еда всухомятку, употребление горячей, острой пищи, а также приправ и специй [13, 75, 111]. Огромную роль в развитии ЭПГДЗ играет злоупотребление алкоголем и длительное курение [192]. В группе с гастродуоденальными эрозиями доля курящих составляла 82%, частота эрозий у курящих составляла 22%, у некурящих 7% [186].

Проведение медицинского освидетельствования граждан Российской Федерации при призыве на военную службу регламентируется основными документами: Постановлением Правительства РФ от 4 июля 2013 г. № 565 "Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе" (с изменениями и дополнениями); Федеральным законом от 28.03.1998 № 53-ФЗ (ред. от 22.02.2017) "О воинской обязанности и военной службе"; Приказом Министра обороны РФ № 240, Минздрава РФ № 168 от 23.05.2001 (ред. от 11.10.2010) "Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 18.07.2001 № 2805).

Врач-специалист, привлекаемый к медицинскому освидетельствованию призывника, изучив его анамнез, результаты клинико-инструментального исследования и оценив состояние здоровья, выносит заключение о категории его годности к военной службе по следующим категориям:

«А» – годен к военной службе; «Б» – годен к военной службе с незначительными ограничениями; «В» – ограничено годен к военной службе;

«Г» – временно не годен к военной службе; «Д» – не годен к военной службе.

Анализ изученной литературы позволяет констатировать, что исследований по выявлению особенностей эпидемиологии и факторов риска формирования эрозивных поражений гастродуоденальной зоны у призывников проведено недостаточно. Также мы не нашли в исследованиях современных ученых взаимосвязи клинических, функциональных и психоэмоциональных факторов при данной патологии.

В связи с этим, наше исследование является актуальным и необходимым для клинической практики и для оптимизации результатов военно-врачебной экспертизы.

1.2. Этиология и патогенез гастритов и дуоденитов с эрозиями у лиц молодого возраста

Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки – это «поверхностные дефекты слизистой оболочки, не выходящие за пределы ее собственной мышечной пластинки, возникающие на месте очагов поверхностного некроза и заживающие без образования рубца» [98].

При разработке лечебно-профилактических мероприятий необходимо учитывать полиэтиологические факторы образования эрозий и их сложный патогенез [23, 33, 97, 98].

В настоящее время изучены многие патогенетические механизмы эрозивных поражений гастродуоденальной зоны, включающие повышенную продукцию соляной кислоты и пепсина, дуодено-гастральный рефлюкс, нарушение клиренса антродуоденальной зоны, активацию перекисного окисления липидов и как следствие нарушение микроциркуляции, инфицирование *HP*, прием больными алкоголя и препаратов, угнетающих синтез эндогенных простагландинов [35, 97, 98, 99, 100, 114, 161, 162, 163], снижение местного иммунитета, изменение вегетативного и психологического статуса пациентов [11, 22, 32, 99, 142, 144].

В патогенезе гастритов и дуоденитов с эрозиями у молодых лиц существенная роль отводится агрессивным факторам. У пациентов 14-17 лет эрозии в антральном отделе желудка и луковицы ДПК в 100% сопровождались инфицированием *HP*, у большинства больных отмечалась повышенная кислотопродукция [9].

Роль *HP* неоднозначно оценивается в современной литературе. По данным большинства проведенных исследований бактерия обнаруживается в слизистой желудка в 70-90 % случаев без учета возрастных различий [12, 13, 209]. *HP* обладает свойством непосредственного повреждения эпителия слизистой оболочки желудка [14] за счет прогрессирования воспаления в ней [67, 78, 79, 88, 89, 110]. M.Stolte и соавт. (1992) на основании изучения данных биопсии 250 больных с хроническим эрозивным гастритом и 1196

больных с хеликобактерным гастритом без эрозий выявили, что количество бактерий, выраженность и активность гастрита выше у больных с эрозиями.

Многие ученые считают, что *HP* – это не основной патогенетический фактор развития гастродуоденальных эрозий. Также сомнительно влияние *HP* на особенности клинических проявлений заболевания. Однако, прослеживается вероятность участия *HP* в формировании механизмов прогрессирующего течения хронического эрозивного гастрита с полными эрозиями [161, 162].

Следует также отметить, что у пациентов молодого возраста с острым эрозивным гастритом и при сочетании с язвенной болезнью, *HP* определялся от 70,0 до 75,0% случаев, намного реже выявлялся у пациентов с мало- или бессимптомным клиническим течением эрозивного гастрита. Хронические эрозии, как правило, у молодых лиц ассоциированы с *HP* вне зависимости от сочетания эрозий и ЯБ [137].

По мнению авторов, не может быть прямой связи между контаминацией слизистой оболочкой (СО) *HP* и характерной клинической картиной при ГсЭ и ДсЭ, так как разница в частоте выявления инфицированности *HP* может быть обусловлена различной тяжестью воспалительных и атрофических изменений гастродуоденальной слизистой оболочки у лиц разного возраста [137].

Частота контаминации СО желудка *HP* у призывников с эрозиями составляла по данным А.Н. Януля (2015) – 53%. Частота гастродуоденальных эрозий у инфицированных пациентов составляла 17%, у неинфицированных – 15% [185, 187].

Причиной попадания дуоденального содержимого в желудок является дуодено-гастральный рефлюкс, представляющий собой ретроградный заброс содержимого из нижележащих отделов в вышележащие. ДГР часто сочетается с заболеваниями пищеварительной системы, также может присутствовать и у здоровых людей, по данным некоторых исследователей занимает примерно 40% времени суток и усиливается ночью [37]. На

основании данных суточной *pH*-метрии Волков В.С. и Колесникова И.Ю (2010) сделали вывод, что у здоровых людей число рефлюксов составляет в среднем от 60 до 70, в то время как у пациентов язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки примерно 30 раз. Выявлено, что у больных язвенной болезнью ДПК продолжительность рефлюкса в два раза меньше, чем у здоровых людей, не характерна его ночная активация и ограничение антральным отделом. На основании фиброоптической спектрофотометрии (Bilitec, 2000) обнаружено, что желчь в желудке у здоровых лиц присутствовала в 37,0% от времени исследования: 28,0% днем и 47,0% ночью [205].

Исследуя ДГР у больных хроническим гастритом и хроническим дуоденитом одни исследователи [76, 77] считают его противоязвенным протективным фактором. Так как у пациентов с повышенной кислотностью в теле желудка и нормально функционирующим ДГР происходит компенсация антрального ощелачивания.

В патогенезе дуоденогастроэзофагеального рефлюкса основная роль принадлежит действию желчных кислот, которые являются компонентом рефлюксата [27]. Желчные кислоты, обладая детергентными свойствами приводят к растворению липидов мембран поверхностного эпителия. Этот эффект зависит от уровня *pH* желудочного содержимого и конъюгации, гидроксирования и концентрации желчных кислот [15]. Компонентами содержимого ДПК являются также лизолецитин и трипсин. При кислом *pH* конъюгированные желчные кислоты (тауриновые конъюгаты) и лизолецитин обладают более выраженным повреждающим действием. При нейтральном и слабощелочном *pH* неконъюгированные желчные кислоты и трипсин более токсичны, их повреждающее действие усиливается на фоне лечения кислого рефлюкса антисекреторными препаратами. Токсичность неконъюгированных желчных кислот обусловлена преимущественно их ионизированными формами, которые легче проникают через слизистую оболочку пищевода. Полученные данные объясняют неэффективность монотерапии

ингибиторами протонной помпы у 15-20% больных с хроническими гастритами и эзофагитами [15, 123].

Исследователи отмечают, что у пациентов с первичным дуодено-гастральным рефлюксом при хроническом гастрите наблюдается взаимное влияние рефлюкса и *HP* на состояние слизистой оболочки желудка. Длительность билиарного рефлюкса у них коррелировала со степенью изменений слизистой оболочки и колонизацией *HP* [55]. Предполагается комплексный механизм повреждающего воздействия ДГР и *HP* на слизистую оболочку желудка. Прямое повреждающее действие на слизистую оболочку желудка создается за счет абсорбции рефлюктанта желчи, происходит усиление действия пепсина и соляной кислоты. В ответ на повреждающее действие усиливается колонизация *HP* от антрального отдела до тела желудка. Более выраженное повреждение слизистой оболочки желудка происходит при отсутствии инфицирования *HP*: в следствии рефлюкса содержимого ДПК и изменения *pH* вероятно инфицирование микрофлорой нижележащих отделов пищеварительной системы.

Вопрос о взаимодействии *HP* и концентрации желчи в желудочном содержимом изучался уже много лет. В работе M.L. Hanninen (1991) были получены данные об ингибирующем действии желчных кислот на *HP*. Под действием основных компонентов желчи – хенодезоксихолевой и дезоксихолевой кислот происходило разрушение этого микроорганизма *in vitro* [211]. Желчь, составляющая значительную часть рефлюктанта по данным Graham D. J., Osato M. S. (2000) обладает бактериостатическим действием и угнетает рост *HP* [208]. Можно полагать, что желчный компонент ДГР в определенной степени выполняет роль физиологического защитного фактора, препятствуя выраженной колонизации *HP*. Ослабление же ДГР по данным исследователей может вести к нарушению нормального антрального ощелачивания и угнетению местных защитных механизмов, что и сопровождается активацией *HP*. У здоровых лиц нормально функционирующий ДГР, с одной стороны, приводит к снижению

агрессивности соляной кислоты в желудочном соке, а с другой – подавляет рост *HP* [37].

С появлением заболеваний желудка и ДПК ДГР становится частой находкой. Наибольшая интенсивность дуоденальногастрального рефлюкса характерна для рецидивирующих эрозий. Желчные кислоты, оказывая повреждающее действие на слизистый гель, разрушают факторы неспецифической иммунной защиты и приводят к морфологическим изменениям слизистой оболочки желудка. Таким образом, ЖК могут выступать самостоятельным фактором патогенеза.

Выделяют три уровня защиты слизистого барьера желудка. Первым является предэпителиальный уровень или слизисто-бикарбонатный барьер. Вторым – покровный эпителий, который формирует препятствие на пути физико-химических и биологических факторов. Третий уровень – постэпителиальный или комплекс матрикса собственной пластинки, обеспечивающий питание и контроль движений покровного эпителия, а также реализацию иммунной защиты [128].

Слизисто-бикарбонатный барьер желудка – это нерастворимый высокоэластичный гель на поверхности эпителия, который поддерживает *pH* нейтральной среды. Эффективность защитной функции слизистого геля определяется структурой, толщиной слизи и уровнем *pH* геля [159]. В структуре геля слизисто-бикарбонатного барьера желудка выделяют верхнюю и нижнюю фазы геля. Если верхняя фаза является лабильной, то нижняя постоянная и уравновешена к действию агрессивных факторов. Также в структуре геля выделяют фосфолипидный слой [188]. Необходимо отметить роль фовеолярных клеток, располагающихся на поверхности слизистой оболочки желудка. Они продуцируют муцины, которые покрывают поверхность слизистой, особенно в местах желез желудка, защищая ее от повреждающего действия различных веществ [108].

Нейрогуморальные нарушения эрозивных поражений гастродуоденальной зоны представлены повышением уровня кортизола,

гастрина и инсулина. Повышение уровня кортизола и инсулина сопровождается увеличением уровня олигосвязанных сиаловых кислот (ОССК) на 135,0% и 79,0%, соответственно. Влияние кортизолемии на баланс факторов агрессии и защиты потенцируется через гиперлипидемию и нарушение микроциркуляции. При хронических эрозивных гастритах и дуоденитах, особенно при множественных поражениях наблюдалось более значимое повышение уровня этих гормонов [23, 135].

Трийодтиронин (T_3), тироксин (T_4), тиреотропин (ТТГ) оказывают влияние на трофические процессы в слизистой оболочке желудка и ДПК [16], повышают физиологическую активность главных и париетальных клеток желудочных желез [72]. Тиреотропин действует транстиреоидно и непосредственно на железы СО желудка, усиливая секреторную и кислотообразующие функции [140].

В патогенезе эрозивных поражений гастродуоденальной зоны гастрину, как стимулятору кислотно-пептической активности, придается огромное значение. Но следует отметить некоторые противоречивые данные в отношении исследования сывороточного гастрина, объясняется это реализацией его действия эндокринным, паракринным и нейрокринным путем [29].

Среди молодых с эрозивно-язвенными поражениями желудка и ДПК выявляется синдром вегетативной дисфункции в 92,3% [21].

Морфологически хронический гастрит – это нарушение регенераторных процессов эпителиальных клеток и воспаление слизистой оболочки желудка. Различают два вида воспаления слизистой оболочки: собственно воспаление – лейкоцитарная инфильтрация собственной пластинки СО и эпителия нейтрофилами (основной показатель активности) и иммунное в виде инфильтрации лимфоцитами. Постоянным признаком хронического гастрита является иммунное воспаление. Лейкоцитарная инфильтрация наблюдается только при активном хроническом гастрите. [12, 13, 42].

При морфологическом исследовании слизистой оболочки с мест хронических эрозий выявлялись признаки хронического воспаления различной степени активности и нарушения микроциркуляции, а также атрофия желез. В 40,0% случаев выявлялась пролиферация эпителия, в 18,5% – фовеолярная гиперплазия, в 19,9%, – кишечная метаплазия, в 3,4% – дисплазия [126].

По мнению В.Б. Гриневича эрозии желудка и ДПК являются морфологическим эквивалентом гомеостатических расстройств, которые реализуются через изменения процессов микроциркуляции, иммунореактивности и обмена веществ. Более правильно говорить «об эрозивных состояниях гастродуоденальной области, а не о местных эрозивных дефектах» [44].

Эрозивные поражения у молодых людей чаще выявляются в антральном отделе желудка (до 79,0%). Наиболее частыми сочетаниями являются: эрозии в теле и в антральном отделе желудка – 21%, а также в желудке и ДПК. У пациентов молодого возраста чаще отмечаются единичные эрозии желудка. Схожей была частота единичных и множественных эрозий при дуоденальной и сочетанной гастродуоденальной локализации [54, 187].

В последнее время большое внимание уделяется изучению нарушений метаболизма простагландинов (ПГ) в развитии эрозивного гастрита и эрозивного дуоденита. При проведении многочисленных исследований выяснилось, что ПГЕ повышает секрецию слизи, улучшает регенераторные процессы и барьерную функцию в слизистой оболочке желудка в результате обратной диффузии водородных ионов. ПГЕ₁ вызывает повышение гликопротеидов желудочной слизи (преимущественно N-ацетилнейраминовой кислоты) и бикарбонатов, повышая защитные свойства слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и улучшая микроциркуляцию в его стенке. У больных с эрозивным гастритом содержание ПГЕ и ПГЕ_{2α} в крае дефекта слизистой оболочки и околоэрозивной зоне снижено [151].

Острые эрозии у молодых людей при отсутствии сопутствующих заболеваний в 30,0 – 70,0% случаев, как правило, не имеют каких-либо клинических проявлений. Напротив, у пациентов с хроническими эрозиями диспепсический и болевой синдромы часто выражены и специфичны. В клинике у лиц молодого возраста с эрозивно-язвенными поражениями ведущим является болевой синдром в 70,0-94,0% случаев [54, 116, 187]. Большинство пациентов предъявляли жалобы на эпигастральную боль в 41,0% случаев, постпрандиальный синдром выявлен у значительно меньшего числа пациентов [54, 187].

У 75,0% пациентов с хроническим гастритом с эрозиями выявлялись отрыжка и изжога, часто наблюдалось сочетание с тяжестью в правом подреберье и вздутием живота. Ночные и голодные боли в эпигастральной области наблюдались у большинства пациентов с полными эрозиями желудка. Причем у молодых пациентов преобладали ноющие и тупые боли [45].

У каждого четвертого пациента с эрозиями двенадцатиперстной кишки выявлялось отсутствие болей. «Гастритический синдром» был характерен для эрозивных поражений желудка независимо от морфологического типа. При эрозивных поражениях ДПК у большинства пациентов наблюдался язвенно-подобный вариант клинического течения. У пациентов с ЭПГДЗ до 40 лет выявлялась высокая кислотопродукция желудочного содержимого: у 71,9% больных с банальными эрозиями и у 66,2% – с полными эрозиями [39].

Другие ученые описывают не специфичность клинической картины при эрозивных поражениях гастродуоденальной зоны. Я.С. Циммерманн и соавт., 2012 считают, что использование клинических проявлений в диагностике эрозивных поражений гастродуоденальной зоны является неправильным [163]. Об этом же говорят С.Б. Папко и И.А. Сивцов (2007), исследовавшие большую группу подростков и отметивших, что «в этой категории пациентов не всегда удается определить патогномоничные симптомы эрозий желудка». [127].

Подводя итоги, можно сказать, что этиология и патогенез эрозивных поражений гастродуоденальной зоны являются многофакторными, а клинические проявления часто бывают неспецифичны. Несмотря на достижения современных ученых в последние годы, некоторые вопросы данной патологии остаются открытыми.

1.3. Современные подходы к лечению и профилактике гастритов и дуоденитов с эрозиями

Одной из наиболее важных и сложных проблем клинической гастроэнтерологии является лечение гастродуоденальных эрозий, прежде всего хронических [94, 101, 112, 183, 184]. Необходимо учитывать сложные многогранные этиопатогенетические факторы ЭПГДЗ и использовать комплексный подход в лечении, что позволит существенно сократить сроки эпителизации эрозий, снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациентов.

В 21 веке медикаментозная терапия ЭПГДЗ является традиционной, основывается на воздействии как на факторы «агрессии», так и факторы «защиты» [14, 56, 61, 176, 191, 192, 201, 203, 255] с учетом трех основных подходов: эрадикационная терапия инфекции *Helicobacter pylori*; антисекреторная терапия; гастропротекция.

Решающее патогенетическое значение в лечении ЭПГДЗ имеет антихеликобактерная терапия, направленная на снижение рецидивирования заболевания [93, 94, 96]. Эрадикационная терапия позволяет быстро купировать болевой и диспепсический синдромы за счет ингибиторов протонной помпы (ИПП), а успешная ликвидация *HP* является залогом эпителизации эрозий. Особенности этих двух подходов определяют выбор схемы терапии в каждой конкретной ситуации.

Анализ большого числа клинических испытаний позволяет выделить наиболее эффективные схемы для лечения инфекции *HP*. Они нашли отражение в итоговом документе согласительного совещания Европейской

рабочей группы по изучению *HP* и микробиоты «Маастрихт V/Флоренция» (2016). В 2018 году на Экспертном совете Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА), под председательством президента РГА академика РАН В.Т. Ивашкина были рассмотрены вопросы актуальности и оптимизации эрадикационной терапии *HP*, были подготовлены «Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых».

HP-гастрит может повысить и снизить секрецию соляной кислоты. Лечение может устранить и частично нивелировать эти эффекты. Эрадикация *HP* приводит к стойкому ослаблению диспепсии почти у 10% пациентов по сравнению с плацебо или кислотоподавляющим лечением, она значительно снижает проявления гастрита и атрофии желудка, но не влияет на кишечную метаплазию, устраняет воспалительный ответ. При раннем лечении предупреждает прогрессирование до предраковых повреждений (уровень доказательности 1b, В Маастрихтские соглашения V, 2016).

Лечение эрозивных поражений гастродуоденальной зоны должно быть комплексным, помимо лекарственных препаратов важно диетическое питание, изменение образа жизни (прекращение курения и злоупотребления алкоголем), нормализация режима дня (труда и отдыха), санаторно-курортное лечение. Особое внимание в последние годы обращается на терапевтическое обучение пациентов с разработкой структурных программ [173].

Диета при эрозивных поражениях желудка и ДПК очень важна. Остается актуальной диета № 1 по М. И. Певзнеру. Рекомендовано частое (5–6 раз в сутки), дробное питание с механическим, термическим и химическим щажением слизистой оболочки желудка. Диеты 1а и 1б, как физиологически неполноценные, в настоящее время не применяются [63].

При применении ИПП, метаболизирующихся системой цитохрома P450, очень важны вопросы лекарственного взаимодействия с препаратами.

Предпочтительнее назначать препараты рабепразол и пантопразол, т.к. они имеют самое низкое сродство к системе цитохрома P450. На основании рекомендаций РГА 2012, 2016, 2017, 2018 гг., в состав эрадикационных терапии входят омепразол по 20 мг 2 раза в сутки, лансопразол по 30 мг 2 раза в сутки, рабепразол по 20 мг 2 раза в сутки, пантопразол по 40 мг 2 раза в сутки и эзомепразол по 20 мг 2 раза в сутки [59, 62, 64, 65].

Выявлено, что бактерии *HP* живут при значениях *pH* 4,0–6,0 и активно размножаются при *pH* 6,0–8,0. ИПП являются обязательным компонентом эрадикационных схем, т.к. они повышают уровень *pH* желудочного содержимого и *HP* становится более чувствительными к действию антибактериальных препаратов. Также ИПП уменьшают объем желудочного сока, увеличивают его вязкость и замедляют эвакуацию желудочного содержимого. Все это приводит к повышению концентрации антибиотиков в желудочном содержимом и времени контакта антибиотиков с бактериями. Кроме этого, ИПП сами обладают антихеликобактерным действием [63, 64].

Согласно рекомендациям «Маастрихт V/Флоренция» (2016), выбор эрадикационной схемы зависит от частоты резистентности штаммов *HP* к кларитромицину. Стандартная тройная терапия назначается при резистентности, не превышающей 15% в данном регионе.[82, 90, 92, 189]. В результате проведенных региональных исследований показатели устойчивости штаммов *HP* к кларитромицину в России составляют в среднем 8,3%, поэтому схемой первой линии эрадикационной терапии является стандартная тройная схема. В эту схему входят ИПП в стандартной дозировке 2 раза в сутки, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки и кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки [1, 2, 64, 65, 83, 95, 221]. Количество пациентов с неудачной стандартной тройной терапией за последние годы составило 20-30% [206, 209, 210]. Так, в 2015 году эффективность стандартной тройной схемы эрадикационной терапии составила в течение 10 дней 78%, в течение 14 дней – 81% [229]. Исследования отечественных

ученых показали эффективность 10-дневной и двухнедельной схем стандартной тройной терапии 68,0 и 72,0%, соответственно [8].

Эффективность эрадикационной терапии можно повысить при использовании следующих мер. К ним относится назначение удвоенной по сравнению со стандартной дозой ингибиторов протонной помпы [146, 253, 227]; увеличение продолжительности терапии до 14 дней [25, 228, 230]; добавление висмута трикалия дицитрата в дозе 240 мг 2 раза в сутки [197, 207]; присоединение к терапии пробиотиков [227, 253]. Последнее особенно актуально при распространении в последнее время *C.difficile*-ассоциированной болезни.

Для проведения эрадикационной терапии инфекции *HP* врач выбирает схему лечения оптимальную для конкретного больного. Однако это не так просто – необходимо учитывать целый ряд факторов: подобрать конкретную схему, выбрать определенный режим терапии, установить продолжительность лечения, проанализировав клиническую ситуацию. В настоящее время применяются следующие схемы эрадикации.

К схемам первой линии лечения инфекции *HP* относятся:

1) стандартная тройная схема эрадикационной терапии:

ингибиторы протонной помпы в стандартных дозировках 2 раза в сутки, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней;

2) квадротерапия с препаратом висмута: висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в сутки, ингибиторы протонной помпы в стандартных дозировках 2 раза в сутки, тетрациклин по 500 мг 4 раза в сутки, метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней; эта схема сохраняет актуальность в настоящее время, также эффективна в случае доказанной резистентности *HP* к метронидазолу [224, 227, 242].

3) квадротерапия без препарата висмута: ИПП в стандартных дозировках 2 раза в сутки, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки,

кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки.

В 2014 году проведено исследование «ПАРАД», в котором 3299 пациентам с *HP*-ассоциированными заболеваниями желудка и ДПК проводилась четырехкомпонентная схема терапии: ингибиторы протонной помпы в стандартных дозировках 2 раза в день, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки и джозамицин 1000 мг 2 раза в сутки 10 дней. Данная схема терапии обеспечивает эффективную эрадикацию *HP* у 92,7% пациентов [88].

К терапии второй линии относятся:

1) квадротерапия с препаратом висмута: висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в сутки, ингибиторы протонной помпы в стандартных дозировках 2 раза в день, тетрациклин по 500 мг 4 раза в сутки, метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней;

2) ингибиторы протонной помпы в стандартных дозировках 2 раза в день, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки, левофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки 14 дней.

При терапии третьей линии проводят подбор препаратов на основании результатов чувствительности *HP* к антибиотикам.

Контроль эффективности эрадикации проводят через 4 недели после лечения, используя для этого уреазный дыхательный тест или определение антигена *HP* в кале.

В настоящее время среди цитопротекторов появился уникальный препарат рабамипид. Добавление его к схемам эрадикации значительно повышало эффективность тройной терапии за счет снижения адгезии *HP* к слизистой оболочке желудка, уменьшался риск повторной колонизации, снижалась вероятность развития рецидивов [235]. Рабамипид применяли в дозе 100 мг 3 раза в день от 2–8 недель. Препарат применяется не только для курса эрадикационной терапии, но и для последующего лечения [212, 248]. Применение рабамипида одобрено в Японии в 1990 г. для лечения язвенной болезни желудка.

Ребамипид по химическому составу является производным хинолина, синтезирован в Otsuka Pharmaceutical Company, Ltd., (Япония). Данное соединение было выбрано для лечения язвы желудка в экспериментальных условиях из 500 аналогов аминокислот 2(1H)-хинолинона. Ребамипид после перорального приема в дозе 100 мг быстро абсорбируется с максимальной концентрацией 216 ± 79 нг/мл, время полураспада препарата составляет $1,9 \pm 0,7$ ч [133, 213]. Основная часть препарата накапливается в слизистой оболочке желудка и кишечника. Преимущественно выводится в неизменном виде, небольшая часть адсорбируется и метаболизируется CYP3A4 в печени, этим полностью исключаются вопросы лекарственного взаимодействия. Около 10% введенной дозы выводится с мочой, остальная часть препарата выводится с калом в неизменном виде [190].

Гастропротекторные эффекты ребамипида реализуются в следствии следующих механизмов: индуцируется синтез ПГ в слизистой оболочке [190]; увеличивается продукция желудочной слизи [217]; инактивируются гидроксильные радикалы [260]; ингибируется нейтрофильная активация [220]; подавляется воспалительная реакция в слизистой оболочке желудка [259]; регулируются гены, связанные с апоптозом [233]; ингибируется переаминирование тирозина [219]; улучшает восстановление белка Shh, который обладает митогенными свойствами [234]. Ребамипид ингибирует сигнальные G-белки, влияя на связь с киназой Aurora B, что приводит к усилению пролиферации клеток, а также обеспечивает канцеропревенцию за счет стимулирования образования комплекса Smad 2/3Smad 4 [247]. Доказано его влияние на хеликобактерную инфекцию – ребамипидиндуцированную защиту слизистой оболочки желудка. Через 8 недель лечения ребамипидом при хроническом эрозивном гастрите доказан сильный противовоспалительный эффект на слизистую оболочку желудка, достоверно повышался уровень ПГЕ2, в отличие от сукральфата. Доказано, что контаминация *HP* не влияла на его противовоспалительное действие,

поэтому можно использовать ребамипид при хроническом *НР*-ассоциированном эрозивном гастрите [198].

Для обеспечения стабильного клинического эффекта и репарации эрозий гастродуоденальной зоны А.Г. Бессонов (2015) в комплексной терапии у больных с хроническим эрозивным гастритом успешно применял СМТ-форез хлоридного бромйодного рассола санатория «Ува» Удмуртской Республики [24]. А.С. Кайсинова (2013) разработала алгоритм санаторно-курортной реабилитации для пациентов с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны с использованием питьевой минеральной воды *Ессентуки Новая*, лечебных ванн и СМТ на эпигастральную область [70]. А.А. Отт (2009) продемонстрировал положительное влияние комплекса лечения минеральной водой Белокурихинская-Восточная №2 и азотно-кремнистых радоносодержащих ванн на клинические и функциональные показатели, вегетативный статус у пациентов с гастродуоденитами [124, 125]. М.В. Охотникова (2016) использовала комплексную медикаментозную терапию в сочетании с эндоскопической коагуляцией эрозивных дефектов, что позволило значительно улучшить морфологическую картину СОЖ: гиперплазия эпителия, метаплазия и дисплазия отсутствовала на месте удаленных эрозий [126].

Н.С. Рудая (2012) считает, что при хроническом эрозивном гастрите необходимо постоянно проводить динамический эндоскопический контроль с прицельной биопсией из края эрозии не реже 1 раза в год, даже для пациентов моложе 30 лет [142, 143].

Профилактические мероприятия в настоящее время являются приоритетным направлением в здравоохранении. Они осуществляются тремя основными подходами: лечебно-профилактические действия медицинских работников в отношении пациента, изменение образа жизни самого человека и государственная политика по улучшению жизни населения. Важна личная ответственность человека за свое здоровье, часто причина болезни человека связана с его поведением. Целью санитарной пропаганды является мотивация

населения о важности сохранения здоровья и значения здорового образа жизни в охране здоровья. Первичная профилактика болезней заключается в принятии национальных программ по сохранению и укреплению здоровья человека. В настоящее время традиционные санитарно-гигиенические меры оказываются недостаточными в охране здоровья населения. Необходима надежная система укрепления здоровья и профилактики заболеваний. «Профилактика должна рассматриваться как система комплексных общегосударственных медицинских и общественных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья, в первую очередь у молодежи и продление жизни старшего поколения» [136].

Несмотря на большие достижения в изучении этиопатогенетических факторов развития эрозивных поражений гастродуоденальной зоны и разработке новых схем лечения, не удается снизить частоту данной патологии у молодежи. Одной из причин этого является их жизненный уровень, низкая гигиеническая грамотность и медицинская активность. Поэтому система медицинской помощи должна предусматривать повышение качества жизни призывников, а пациент должен стать максимально независимым, активно и грамотно участвовать в лечебном процессе вместе с врачом.

При оказании медико-санитарной помощи населению большое значение придается терапевтическому обучению пациентов с целью повышения их информированности и активного вовлечения в лечебно-диагностический процесс с целью как достижения согласия между врачом и пациентом, так и успешного лечения заболевания и профилактике его осложнений. Всемирной организацией здравоохранения терапевтическое обучение определяется как комплекс важных действий, призванных помочь больному управлять своим лечением, предотвращать или отсрочивать развитие возможных осложнений заболевания. Необходимо отметить, что полученная от врача информация, даже в достаточном объеме, не гарантирует нужного терапевтического воздействия. Осознание того, насколько важно активное участие самого

пациента в процессе лечения привело к созданию в последние годы различных образовательных программ (сахарный диабет, артериальная гипертония и др.) [174]. При повышении осведомленности пациентов по вопросам течения, лечения и профилактики заболеваний, приверженности их к выполнению назначений врача значительно повышается эффект лечебных мероприятий.

Таким образом, проблема лечения и профилактики эрозивных поражений гастродуоденальной зоны остается актуальной, потому что отмечается рост данной патологии, особенно у лиц молодого возраста. При лечении пациентов не всегда учитывается многообразный и сложный патогенез развития деструктивно-воспалительных изменений в гастродуоденальной области. А также важна социальная направленность лечения и профилактики, особенно у молодежи. Поэтому дальнейшая работа по раскрытию патогенетических механизмов эрозивных поражений гастродуоденальной зоны и использование интерактивных обучающих технологий позволит разработать новые эффективные лечебно-профилактические мероприятия.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика базы и проекта исследования

Работа выполнена в ФГБОУ высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации *на базах*: Военного комиссариата Удмуртской Республики, гастроэнтерологического отделения и поликлиники Бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Первая Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (БУЗ УР «Первая РКБ МЗ УР»), ООО «Медсервис», ООО «Доктор плюс», поликлинике №6 МЗ УР города Ижевска.

Для репрезентативной выборки совокупности в качестве *объекта исследования* были взяты призывники в возрасте 18-26 лет, проходящие военно-врачебную комиссию (82 человека) и обследовавшиеся в амбулаторных условиях в поликлинике призывники с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны (81 чел), а также получавшие стационарное лечение в условиях гастроэнтерологического отделения (23 чел). Расчет объема выборки проводился при 95,5% вероятности по формуле Л. Закса.

Программа исследования состояла из 3 этапов, которые представлены в таблице 2.1. *На первом этапе* проведен анализ заболеваемости лиц призывного возраста по результатам медицинского освидетельствования 74469 призывников Удмуртской Республики при призыве на военную службу в ходе военно-врачебной экспертизы за 2010-2016 гг. согласно Постановлению Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе». Критериями оценки явились категории годности лиц призывного возраста к военной службе. Анализ приведен по материалам медицинских комиссий, предоставленных по

согласованию с военным комиссариатом Удмуртской Республики (Военный Комиссар УР А.Г. Комлев, Председатель ВВК Н.А. Артемьев).

Таблица 2.1 – Этапы, методы и объем исследования

| Этапы исследования | Методы сбора и анализа информации | Материалы и объем |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. – Анализ общей заболеваемости и болезнями органов пищеварения призывников УР за 2010-2016 гг. –Анализ структуры заболеваемости призывников за 2010-2012 гг. –Выявление факторов риска ЭПГДЗ у призывников | – статистический; – эпидемиологический; – выкопировка данных. –социологический опрос; – аналитический; –сравнительного анализа; – скрининг-отбор | Результаты медицинского освидетельствования граждан при призыве на военную службу по статьям Расписания болезней и экспертным заключениям по военному комиссариату УР, Журнал регистрации заключений актов военных комиссариатов Медико-социально - гигиеническое анкетирование – 186ед. |
| 2.Оценка клинико-функциональных показателей у призывников, психо-эмоционального статуса и качества жизни | – клинический; – аналитический; –сравнительного анализа; – статистический; –психологическое тестирование. | Анализ данных специальных методов клинического и психологического обследования 104 призывников Лабораторно-инструментальное обследование |
| 3.Обоснование, внедрение и оценка результативности комплексной терапии | – клинический – аналитический; – сравнительного анализа; – статистический; –психологическое тестирование. | Анализ данных специальных методов клинического обследования 104 призывников |

Анализ структуры заболеваемости призывников, в том числе болезнями органов пищеварения (обследован 2851 призывник) проведен по данным обследования специалистов поликлиники БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» за трехлетний период путем ретроспективного исследования (выкопировки данных из «Журнала регистрации заключений актов военных комиссариатов») и проспективного исследования. Проведено социально-гигиеническое исследование методом анкетирования призывников по выявлению факторов риска по специально разработанной программе, включающей разделы: общие сведения,

характеристика семьи, условия жизни и труда, режим дня, общая характеристика питания. Опрошено 186 призывников для выяснения отношения их к предстоящей воинской службе по специально разработанной анкете, состоящей из 3 вопросов (Приложение 2).

Критерии включения:

1. мужчины призывного возраста;
2. морфо-эндоскопическая верификация гастрита и дуоденита с эрозиями, ассоциированного или неассоциированного *НР*;
3. наличие подписанного пациентом информированного добровольного согласия.

Критерии исключения:

1. возраст моложе 18 лет и старше 26 лет;
2. язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
3. онкологические заболевания и туберкулез различной локализации;
4. прочие острые заболевания;
5. прочие хронические заболевания в фазе обострения;
6. психические заболевания и тяжелые неврологические расстройства;
7. ВИЧ-инфекция;
8. непереносимость исследуемых лекарственных препаратов;
9. отсутствие подписанного пациентом информированного добровольного согласия.

На втором этапе в клинических условиях обследовано 104 призывника с гастритом с эрозиями (первая группа) и дуоденитом с эрозиями (вторая группа). Клиническое обследование включало: клинические, психологические, функциональные, морфологические и иммуноферментные методы исследования, изучение качества жизни. У всех пациентов диагноз выставлен согласно Сиднейской (1990) с дополнениями Хьюстонской классификации (1996) и МКБ-10 (1993).

Группу сравнения составили 82 практически здоровых призывника, не имеющих заболеваний пищеварительной системы.

На третьем этапе все пациенты с ЭПГДЗ были разделены на 2 группы – наблюдения и сравнения (Приложение 1). Первая подгруппа наблюдения была *НР* - позитивной, призывникам проводилось комплексное лечение с использованием ребамипида. В качестве эрадикационной терапии использовали терапию первой линии: стандартная тройная схема эрадикационной терапии проведена у 36 призывников с ГсЭ и ДсЭ: ингибиторы протонной помпы в стандартных дозировках 2 раза в сутки (пантопразол 40 мг), кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки; ребамипид по 100 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней.

Вторая подгруппа наблюдения призывников была *НР* - негативной, этой группе назначалась антисекреторная терапия (пантопразол 40 мг 2 раза в сутки) и препарат ребамипид по 100 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней. Лечение было проведено 34 призывникам с ГсЭ и ДсЭ.

Призывникам группы наблюдения проводилось интерактивное терапевтическое обучение. Каждому призывнику выдавали рекомендации для пациентов «Эрозивные гастриты и дуодениты: вопросы и ответы» как на бумажном носителе, так и рекомендовали обращаться на сайт медицинской организации, где размещали данное пособие. Пациенту давалась ссылка на сайт, где он мог в любое свободное время ознакомиться с информацией, зайдя на сайт и вернуться к ней при необходимости, а также скачать себе пособие на смартфон. Лечение проводилось при обострении заболевания на фоне диетотерапии.

Группа сравнения представлена двумя подгруппами: первую составили 18 пациентов, получавшие стандартную эрадикационную терапию в течении 14 дней; вторую – 16 пациентов, получавших антисекреторную терапию в течении 14 дней.

Таким образом, разработанный дизайн исследования позволил оценить эффективность комплексной терапии с включением в схемы лечения ребамипида у призывников с ЭПГДЗ.

2.2. Общая характеристика обследованных призывников

В клинических условиях проведено целенаправленное и углубленное обследование 104 призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны, включавшее клинические, функциональные, морфологические и иммуноферментные методы исследования. Гастрит с эрозиями диагностирован у 60 призывников, дуоденит с эрозиями – у 44. Средний возраст обследованных составил $21,0 \pm 0,7$ года и $20,1 \pm 0,7$ лет, соответственно.

Большинство обследованных были в возрасте от 19 до 21 года и проживали как в городе, так и на селе (таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Характеристика обследованных призывников в зависимости от возраста и места проживания, %

| Место проживания | Возраст | | | | | | | |
|------------------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|-------|
| | 18-19 | | 20-21 | | 22-26 | | Всего | |
| | абс. чис. | % |
| Город | 13 | 12,5 | 30 | 28,8 | 6 | 5,8 | 49 | 47,1 |
| Село | 13 | 12,5 | 32 | 30,8 | 10 | 9,6 | 55 | 52,9 |
| Итого | 26 | 25,0 | 62 | 59,6 | 16 | 15,4 | 104 | 100,0 |

По социальному статусу две трети призывников являлись учащимся техникумов и ВУЗов (таблица 2.3)

Таблица 2.3 – Характеристика призывников с ГсЭ и ДсЭ по социальному статусу, %

| Социальный статус | Обследованные призывники | |
|---------------------|--------------------------|-------|
| | абс. число | % |
| Учащиеся школ | 3 | 2,9 |
| Учащиеся ВУЗов | 38 | 36,5 |
| Учащиеся техникумов | 29 | 27,9 |
| Рабочие | 16 | 15,4 |
| Неработающие | 18 | 17,3 |
| Всего | 104 | 100,0 |

Длительность заболевания по данным анамнеза варьировала от 2 месяцев до 18 лет. Более половины призывников (57,7%) имели продолжительность заболевания до трех лет (таблица 2.4), у каждого третьего стаж заболевания был более 5 лет.

Таблица 2.4 – Продолжительность заболевания у обследованных призывников, %

| Продолжительность заболевания (лет) | Обследованные больные | |
|-------------------------------------|-----------------------|------|
| | абс. число | % |
| до 1 | 25 | 24,0 |
| от 2 до 3 | 35 | 33,7 |
| от 4 до 5 | 13 | 12,5 |
| более 5 | 31 | 29,8 |
| Всего | 104 | 100 |

При изучении анамнестических данных призывников установлено, что обострения 2 раза в год и более были у половины призывников (рисунок 2.1)

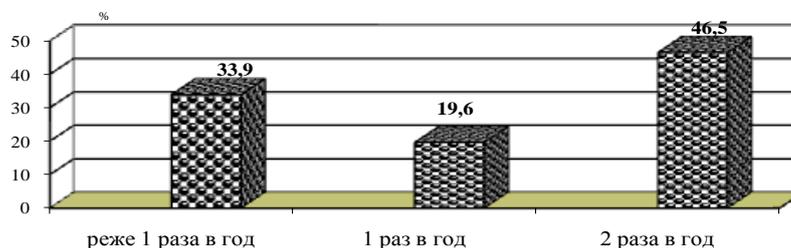


Рисунок 2.1 – Частота обострений заболевания у обследованных призывников, %

Сопутствующая патология со стороны других органов пищеварительной системы выявлена почти у половины (46,1%) призывников (таблица 2.5), несмотря на молодой возраст.

Таблица 2.5 – Частота сопутствующей патологии у обследованных призывников, %

| Сопутствующая патология | Призывники с ГсЭ и ДсЭ | | Ранг |
|----------------------------------------|------------------------|------|------|
| | абс. число | % | |
| Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь | 27 | 26,0 | 1 |
| Дискинезия желчевыводящих путей | 10 | 9,6 | 4 |
| Хронический панкреатит | 4 | 3,8 | 5 |
| Желчнокаменная болезнь | 2 | 1,9 | 6 |
| Синдром раздраженного кишечника: | | | |
| - с преобладанием запоров | 1 | 1,0 | 7 |
| - с преобладанием диареи | 2 | 1,9 | 6 |
| Дуоденогастральный рефлюкс | 23 | 22,1 | 2 |
| Жировой гепатоз | 2 | 1,9 | 6 |
| Висцероптоз | 12 | 11,5 | 3 |

Таким образом, у каждого четвертого призывника диагностировалась гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), на втором и третьем месте были дуодено-гастральный рефлюкс и висцероптоз, у 29,8% обследованных – продолжительность заболевания более 5 лет, у 61,5% – отягощенная наследственность.

2.3. Специальные методы исследований

В обследовании пациентов, помимо изучения клинических данных (анамнестических и объективных) проводилось исследование функционального состояния гастродуоденального комплекса (количественное определение желчных кислот в желудочном содержимом, исследование слизеобразующей функции желудка, внутрижелудочная рН-метрия).

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования сравнивались в динамике. В крови определяли уровни содержания гастрина, кортизола, Т₃, Т₄, ТТГ, инсулина, наличие антител к *Helicobacter pylori*.

2.3.1. Диагностика контаминации *Helicobacter pylori*

Инфекцию *HP* называют медленной, что обусловлено длительным, персистированием возбудителя в организме человека и его способностью адаптироваться к иммунной системе хозяина [68, 69, 103, 104]. В настоящее

время инфекция *HP* считается одним из важных этиопатогенетических факторов развития хронического гастрита (тип В), дуоденита, язвенной болезни желудка и ДПК, *MALT*-лимфомы и некардиального рака желудка [102]. Следует помнить, что достоверность тестов зависит от выбранного метода, используемых методик и реактивов.

Для диагностики *HP* использовали уреазный метод (ХЕЛПИЛ-тест) и метод непрямого твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА). Хеликобактер является уреазопродуцирующей бактерией, под влиянием уреазы происходит гидролиз мочевины с образование иона аммония. При этом сильно увеличивается *pH* среды, что можно обнаружить по изменению цвета индикатора. Полученный при фиброгастроскопии биоптат слизистой антрального отдела желудка помещают в углубление с раствором, содержащим мочевины и индикатор. Изменение которого косвенно свидетельствовало о наличии хеликобактера, происходит изменение окраски тест-полоски с желтой на фиолетовую.

Серологическое определение антител к *HP* в сыворотке крови является простым и доступным методом первичного скрининга инфекции. Чувствительность метода 90-100%, специфичность 76-96%. При определении антител к *HP* применялась тест-система «ХеликоБест-антитела» ЗАО «Вектор-Бест» (Россия). Определялись суммарные антитела (*IgM*, *IgA*, *IgG*) к антигену *CagA HP* в сыворотке крови.

Для определения *HP* в кале использовали иммуноферментный анализ выявления антигена *HP*. ИФА выявления антигена *HP* в кале – высокочувствительный и специфичный метод, признанный стандартом в диагностике *HP* у детей и взрослых как до, так и после проведения эрадикационной терапии. Мы использовали данный тест после проведенной эрадикационной терапии через 4-6 недель.

2.3.2. Исследование функционального состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

Эзофагофиброгастродуоденоскопия (ЭФГДС) – наиболее информативный современный метод диагностики эрозивных и язвенных

поражений. С помощью этого метода можно дать подробную характеристику эрозивного дефекта по размеру, расположению и морфологическим характеристикам. Эндоскопическое обследование позволяет оценить состояние СО желудка и ДПК, определить наличие дуоденогастрального рефлюкса, оценить функцию сфинктерного аппарата (кардии и привратника), моторику желудка и двенадцатиперстной кишки. Дуоденоскопия позволяет выявить у пациентов лимфоангиоэктазии – косвенные признаки поражения поджелудочной железы и гепатобилиарной зоны (симптом «манной крупы»). Для оценки морфологической картины СО использовали критерии хронических гастритов в соответствии с Хьюстонской модификацией Сиднейской системы [12, 14].

Самым распространенным методом диагностики ДГР в настоящее время является эзофагогастродуоденоскопия. Признаками билиарного рефлюкса при эндоскопии являются: очаговая гиперемия, отек слизистой оболочки желудка, окрашивание содержимого желудка в желтый цвет, зияние привратника. [15, 145].

ЭФГДС выполнялась всем пациентам с использованием видеогастроскопа *Pentax EG 2790K* и гибкого фиброскопа «*Olympus*» после анестезии глотки лидокаином. Прицельная биопсия выполнялась из нескольких участков слизистой желудка. Обследования проводились в эндоскопических отделениях на трех базах: БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» (заведующий отделением – А.В. Сапегин), сеть многопрофильных клиник «Доктор плюс» (врач-эндоскопист И.В. Иванов), поликлинике №6 МЗ УР города Ижевска (врач-эндоскопист О.П. Александрова).

Морфологические методы исследования слизистой оболочки желудка

При проведении морфологического исследования СО желудка выполнялось хромоэндоскопическое исследование 0,4% раствором конго красный. Окрашивание СО в черный цвет выявляло кислотопродукцию на данном участке, отсутствие окрашивания – атрофию участка. При атрофическом гастрите характерна анацидная и гипоацидная реакции на

краску, визуально наблюдались истончение и сглаживание рельефа СО желудка.

У 12 пациентов брали биоптаты из участков слизистой оболочки желудка по 1-2 кусочка с передней и задней стенок желудка и антрального отдела [109]. Полученный материал фиксировали 10% нейтральным формалином, обезвоживали в спиртах и заливали в парафин. Депарафинизированные серийные срезы окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином.

Морфологическое исследование слизистой оболочки желудка проводилось на кафедре патологической анатомии Ижевской государственной медицинской академии доцентом, канд. мед. наук Е.Л. Баженовым (зав. кафедрой – доктор мед. наук, профессор Н.А. Кирьянов).

Кислотообразующая функция желудка

Изучение секреторной функции желудка проводилось методом внутрижелудочной *pH*-метрии, преимущество данного метода состоит в возможности проведения исследования в условиях, приближенных к физиологическим. На ацидографе происходит регистрация и запись водородного показателя. При интрагастральной *pH*-метрии кислотность измеряют электрометрическим методом при помощи *pH*-зонда и регистрирующего прибора. В основе метода используется разность потенциалов между двумя электродами, один из которых является сравнительным, а другой служит для окисления. При внутрижелудочной *pH*-метрии кислотность измеряют в пищеводе, желудке и ДПК [120].

Использовался ацидогастрометр микропроцессорный АГМ-МП-03-1 ("АГМ-03") ТУ 9441-006-13306657-2003 ("Исток-система", г. Фрязино, Московская область). Интрагастральная *pH*-метрия проводилась натощак, до и после комплексного лечения пациентов. Анализируя полученные результаты нами учитывался базальный уровень *pH*, позволяющий разделить нарушения секреторной функции желудка на гипо-, нормо-, и гиперхлогидрические состояния.

Рентгенологическое обследование гастродуоденальной зоны

Проводилась классическая методика рентгенологического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта. С помощью данной методики можно судить о состоянии желудка и ДПК, величине, форме, расположении отделов, наличии антиперистальтических волн и ДГР, признаков воспаления и перипроцессов. Выделяют дифференциально-диагностические признаки для выявления эрозивных поражений гастродуоденальной зоны: дефект слизистой может быть в виде приподнятого возвышения вдоль уплотненных складок слизистой или в виде депо бария, окруженного светлым ободком. Описанные дефекты исчезают в период перистальтики. ДГР можно выявить при регургитации бария из двенадцатиперстной кишки в желудок.

Обследование проводилось в рентгенологическом отделении БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» (заведующая отделением – Л.В. Жернакова).

Количественное определение желчных кислот в желудочном содержимом проводилось спектрофотометрическим методом в модификации Г.Г.Иванова (1978). По концентрации желчных кислот в желудочном содержимом оценивали степень заброса желчи в желудок. Методика включает в себя аспирационный забор порции желудочного содержимого натошак, его фильтрацию и ошелачивание раствором углекислого натрия до $pH=7,0-8,0$. После чего к 1 мл желудочного сока приливали 5 мл 96% этилового спирта, перемешивали и нагревали при температуре $80^{\circ}C$ в течение 5 минут в водяном термостате. Выпавшие в осадок слизь и белки удаляли центрифугированием при 3000 оборотов в минуту в течение 5 минут. Надосадочную жидкость выпаривали досуха на кипящей бане. Полученный осадок промывали дважды 5 мл эфира с целью удаления холестерина и растворяли в 5 мл 65% раствора серной кислоты. Затем полученный сок ставили в водяной термостат на 1 час при температуре $80^{\circ}C$, потом охлаждали в холодной воде и измеряли оптическую плотность на спектрофотометре СФ-16 в кювете с толщиной рабочего слоя 1 см при

двух длинах волн – 347 и 389 нм. Концентрацию холевой кислоты вычисляли по формуле:

$$C_{\text{ХК}} = \frac{(2,48 \cdot D_{389} - 1,85 \cdot D_{347}) \cdot V}{(-10)}$$

Где D – оптическая плотность раствора при соответствующих длинах волн;
 V – объем добавленной серной кислоты. В тех случаях, когда поглощение больше 2,0 пробы разводили серной кислотой и при вычислении учитывали объем кислоты в пробе. Спектрофотометрия при различных длинах волн необходима для внесения соответствующей поправки для веществ, имеющих одинаковый максимум поглощения при длине волны 347 нм. Полученные результаты выражали в мг/мл.

Исследование слизиобразующей функции желудка

Важным защитным фактором слизистой оболочки желудка является слизисто-бикарбонатный гель, основным компонентом которого являются полимерные молекулы гликопротеинов. С целью оценки слизиобразовательной функции нами исследованы сиаловые кислоты, которые являются составляющими гликопротеинов. Сиаловые кислоты способны находится в трех основных состояниях – свободные сиаловые кислоты, олигосвязанные (сиалоолигосахариды, сиалогликопротеиды) и бековосвязанные (сиалогликопротеиды). Повышение уровней свободных и олигосвязанных сиаловых кислот рассматривается как продукт распада гликопротеинов. Также проводился стандартизованный сиалотест для определения общих сиаловых кислот.

Методика определения: супернатант (2 мл) смешивали со светообразующим реагентом (0,4 мл), инкубировали в кипящей бане 15 минут, охлаждали, прибавляли дистиллированную воду (2мл) и измеряли оптическую плотность опытной и калибровочной пробирок. Расчет проводился по формуле:

$$C = \frac{E_{\text{образца}} - C_{\text{калибровочной}}}{E_{\text{калибровочной}}}$$

Единица измерения ммоль/л. $C_{\text{калибровочной}}$ – концентрация сиаловых кислот в калибраторе, которая указана на этикетке флакона с калибратором (стандартизованная жидкость идет в наборе). Исследование сиаловых кислот проводилось на кафедре биохимии ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ.

Исследование гормонального статуса

Нами было проведено изучение кортизола, инсулина, гастрина, свободного T_4 , ТТГ и T_3 , в периферической крови у больных с эрозивным гастритом и эрозивным дуоденитом.

Электрохемилюминисцентное определение гормонов проводилось с помощью стандартных наборов зарубежных фирм с помощью анализаторов IMMULITE, IMMULITE1000, IMMULITE2000 фирмы «Siemens». Данный метод является простым в исполнении, высокоспецифичным, обладает большой чувствительностью, характеризуется надежностью и точностью.

Полученные результаты инсулина выражали в мкМЕ/л, кортизола – в нмоль/л, ТТГ – в мМЕ/л, T_4 – в пмоль/л, гастрин – в пг/мл.

Электрохемилюминисцентное исследование выполнялось в лаборатории БУЗ УР «Первая РКБ МЗ УР» г. Ижевска.

2.4. Методы социально-гигиенического исследования, изучение психо-эмоционального статуса, качества жизни призывников.

В исследовании использовали социально-гигиенические и специальные методы. Опрос проводили с информированного согласия призывников с соблюдением этических правил.

Социологический метод обследования призывников проводился путем заполнения ими специально разработанной социально-гигиенической анкеты закрытого типа (Приложение 2): «Медико-демографическая и социально-психологическая характеристика лиц призывного возраста», состоящая из 8 разделов (включающих 53 вопроса): информационный блок, сведения о болезни, социально-гигиеническая характеристика питания, условий труда и организации отдыха, социально-психологическая и медико-демографическая

характеристика семьи больного, социально-экономические и социально-гигиенические условия проживания, отношение к воинской службе. Некоторые вопросы анкеты носили характер контрольных и повторялись в видоизмененных вариантах. Заполняли призывники анкету после сбора анамнестических данных и физикального обследования.

Для определения психологического статуса использовали анкету «Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения» (САН) (В.А. Доскин с соавт., 1973) и опросник Спилбергера-Ханина. Респондент анализировал свое состояние самостоятельно (приложение 3, 4). Методика содержала 30 пар противоположных характеристик. Каждая пара представляла шкалу, которая отражала степень выраженности каждой характеристики. Результаты интерпретировали по балльной системе от 1 до 7. При оценке более 4 баллов судили о благоприятном состоянии испытуемого. За норму брали диапазон 5,0-5,5 баллов, у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия примерно равны. (Д.Я. Райгородский, 2005).

Уровень реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) у пациентов определяли по результатам тестирования по Спилбергеру-Ханину (приложение 4). Оценка степени тревожности проводилась по следующему уровню баллов: до 30 – низкая тревожность; 31-45 – умеренная; 46 и более – высокая тревожность.

Исследование качества жизни является «надежным методом оценки общего благополучия человека» [121, 122]. КЖ является критерием оценки лечебных мероприятий и реабилитационных программ [170, 173]. Изучали качество жизни (КЖ) с использованием русскоязычного аналога универсального опросника качества жизни «*SF-36 Health status survey*» USA, 2000, 2001, (приложение 5). Опросник состоит из 8 шкал и 36 вопросов. Оценивались основные показатели КЖ: физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ), интенсивность боли (ИБ), общее состояние здоровья (ОСЗ), жизненная

активность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ), психологическое здоровье (ПЗ). Значение каждой шкалы выражалось в баллах от 0 до 100. Интегральный показатель КЖ составлял сумму баллов по всем шкалам (чем больше балл, тем выше уровень качества жизни).

2.5. Методы статистической обработки полученных результатов

Статистическая обработка проводилась после сбора, проверки, группировки и свода материала. Полученные результаты интерпретированы в виде графиков и таблиц.

Полученные данные обрабатывались с помощью современных статистических методов. В качестве программного обеспечения использовали пакет прикладных программ *PsyLab* - методика оценки качества жизни, *Microsoft Office Excel*, 2010 (Microsoft Corp.), *STATISTICA 6,1* (StatSoft Inc.). Также применялся метод прогнозирования с построением трендовой модели.

В проведенном исследовании использовались традиционные методики математического аппарата: вычисление относительных (Р), средних величин (М), определение ошибки средней (m), расчёт интенсивных и экстенсивных показателей. Оценка достоверности различий показателей и средних проводилась с использованием параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических критериев. Выявление связей между признаками определялось по критерию согласия (соответствия) (χ^2) и коэффициента ранговой корреляции (ρ).

Выявленные различия показателей принимали за достоверные при $p < 0,05$. Величина точности определяла степень надёжности, работали с надёжностью, равной 0,95 (95,0%) или 0,99 (99,0%) вероятности [113].

Показатель относительного риска (ОР) показывает, во сколько раз заболеваемость лиц, имеющих определённый фактор риска, выше людей не

подвергшихся действию изучаемого фактора, вычислялся по методике В.П. Стоногиной (1980) [113].

2.6. Этическое обоснование работы

Исследование проводилось в соответствии с действующим руководством *ICH* по надлежащей клинической практике, согласно правилам *GCP (Good Clinical Practice)* и Хельсинской декларации всемирной медицинской ассоциации по проведению биометрических исследований на людях. Каждому пациенту перед включением в исследование в доступной форме разъяснялись цель исследования и вероятные риски, связанные с ним. Обработка материала проводилась на основе информированного согласия респондентов, согласно пункта П.4.6.1. Приказа № 163 (ОСТ 9/500. 14.001 – 2002) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Лечение проводилось на основе информированного согласия больного, согласно приказа № 390н Минздравсоцразвития РФ от 23 апреля 2012 года (зарегистрирован Минюстом РФ 5 мая 2012 года № 24082). Научное исследование выполнено с соблюдением требований комитета по биомедицинской этике при ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России и одобрено Локальным этическим комитетом (протокол № 623 от 23 октября 2018 г).

Обследование проводилось врачами гастроэнтерологами. Медицинское освидетельствование призывников проводилось в военных комиссариатах Удмуртской Республики в соответствии с требованиями нормативно-правовых документов.

Глава 3. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЗЫВНИКОВ

3.1. Оценка заболеваемости и частоты эрозивных поражений у лиц призывного возраста

За последние пять лет отмечено увеличение общей и первичной заболеваемости гастритами и дуоденитами (в т.ч. с эрозиями), как в Российской Федерации, так и в Удмуртской Республике с 2451,9 до 3479,4 на 100 тысяч взрослого населения. Стоит отметить, что у детей до 17 лет заболеваемость гастритами и дуоденитами снизилась с 3612,6 до 2997,2 на 100 тысяч населения (Госдоклад о состоянии здоровья населения УР в 2013, 2014, 2015, 2016 гг.).

Состояние здоровья призывников оценивалось по результатам медицинского освидетельствования призывников Удмуртской Республики при призыве на военную службу в ходе военно-врачебной экспертизы с 2010 по 2016 годы согласно Постановлению Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе». Критериями являлись показатели категорий годности лиц призывного возраста к военной службе.

За семилетний период уровень общей заболеваемости снизился с 716,2 до 598,5 на 1000 освидетельствованных за счет класса болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани и мочеполовой системы (рисунок 3.1).

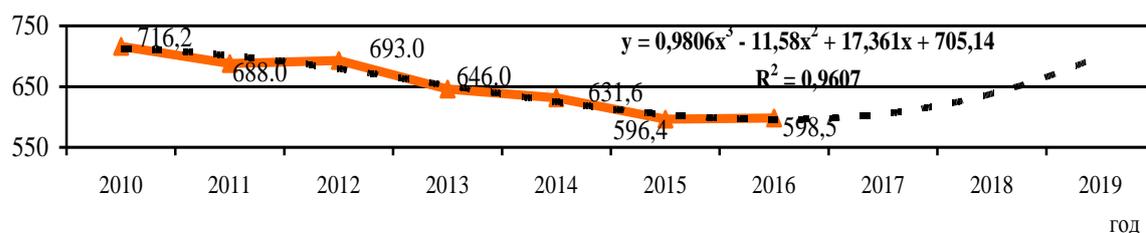


Рисунок 3.1 – Уровень и прогноз общей заболеваемости призывников в УР, на 1000 освидетельствованных

Анализ полученных данных показал, что количество годных к военной службе за 7 лет увеличилось с 28,4 до 40,1% к 2016 году (рисунок 3.3, 3.4). Количество ЛПВ годных с незначительными ограничениями увеличилось на 22,5% к 2016 году, количество ограничено годных уменьшилось на 16,2%, временно не годных к военной службе уменьшилось на 40,8%. Максимальное число временно не годных к военной службе призывников составило 10,0% в 2010 году. Количество лиц призывного возраста не годных к военной службе увеличилось на 61,1% (рисунок 3.4). В структуре заболеваемости на первом месте были болезни системы кровообращения – 16,9 (доля в данном классе болезней: гипертоническая болезнь – 75,9%, ревматизм – 21,8%, прочие заболевания – 2,3%). За данный период произошло увеличение заболеваемости болезнями системы кровообращения на 26,8%. На втором месте – болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ и расстройства питания (больше за счет нарушения питания) – 14,8 на 100 освидетельствованных. На третьем месте находились болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 13,3 (доля болезней в данном классе составила: болезни позвоночника – 48,2%; плоскостопие и деформация стопы – 45,8%; хирургические болезни с поражением костей, крупных суставов и хрящей – 6,0%). На четвертом месте были заболевания пищеварительной системы 10,5±0,2, заболеваемость ими была стабильной за анализируемые года (таблица 3.1). На пятом месте стояли болезни глаза и его придаточного аппарата с ростом показателя (рисунок 3.2).

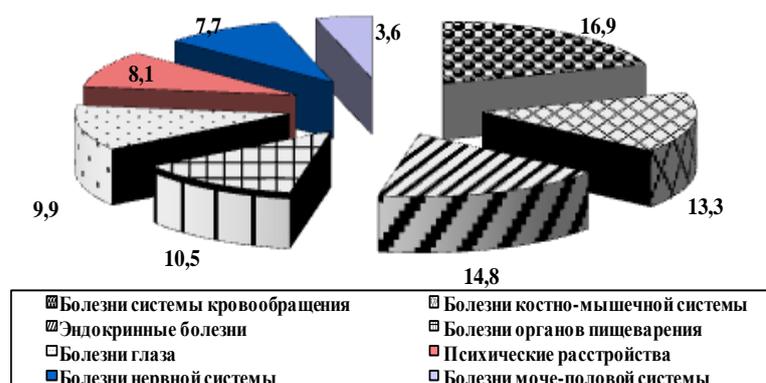


Рисунок 3.2 – Структура заболеваемости призывников УР

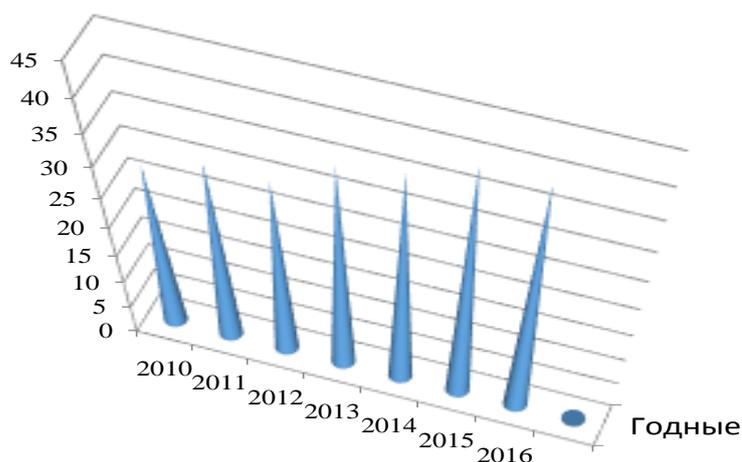


Рисунок 3.3 – Частота годных к военной службе призывников в УР, на 100 освидетельствованных

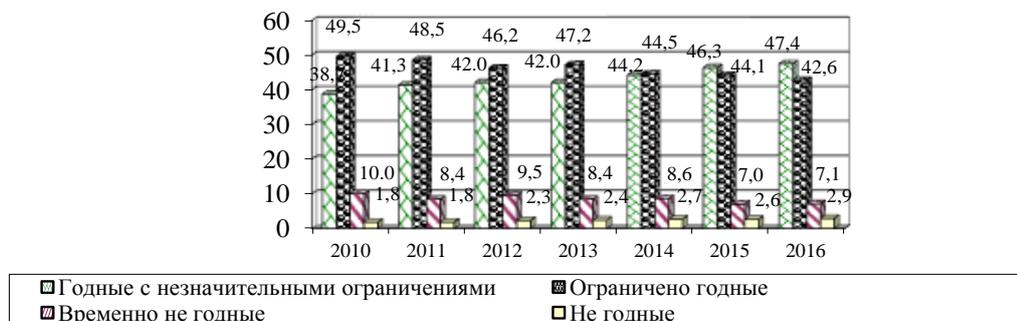


Рисунок 3.4 – Частота годности призывников к военной службе, на 100 освидетельствованных

Таким образом, число годных к военной службе за семилетний период возросло на 8,4% при увеличении заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы и эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ, уменьшении частоты заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани. Стоит отметить увеличение частоты болезней глаза и его придаточного аппарата, заболеваний нервной и дыхательной систем, заболеваний кожи и подкожной клетчатки.

Результаты анализа данных показали увеличение числа годных с незначительными ограничениями при уменьшении числа ограниченно годных и временно не годных к военной службе. Это говорит с одной

стороны об улучшении здоровья призывников Удмуртской Республики и началом реализации действия концепции Федеральной системы подготовки граждан к военной службе до 2020 года. С другой стороны это может быть следствием принятия нового положения о военно-врачебной экспертизе, согласно которого изменены критерии к состоянию здоровья лиц призывного возраста.

Таблица 3.1 – Структура заболеваемости призывников за 2010-2016 г на 100 освидетельствованных

| Статья | Класс болезни | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | В среднем за 7 лет | Ранг |
|--------|------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------------|------|
| 42-48 | Б-ни системы кровообращения | 15,3 | 13,3 | 15,0 | 15,4 | 17,4 | 22,5 | 19,4 | 16,9 | 1 |
| 64-70 | Б-ни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 15,0 | 14,5 | 13,5 | 12,8 | 11,8 | 11,3 | 14,5 | 13,3 | 3 |
| 12-13 | Эндокринные болезни, расстройство питания и обмена веществ | 14,7 | 15,9 | 13,0 | 15,5 | 15,9 | 14,0 | 14,7 | 14,8 | 2 |
| 54-61 | Б-ни органов пищеварения | 10,9 | 10,6 | 10,9 | 10,6 | 11,0 | 9,8 | 10,0 | 10,5 | 4 |
| 29-36 | Б-ни глаза и придаточного аппарата | 8,7 | 9,4 | 9,8 | 9,6 | 10,8 | 10,2 | 10,8 | 9,9 | 5 |
| 14-20 | Психические расстройства | 8,3 | 8,8 | 9,0 | 7,4 | 8,1 | 8,1 | 7,6 | 8,1 | 6 |
| 21-28 | Б-ни нервной системы | 6,7 | 7,4 | 8,1 | 8,7 | 8,1 | 7,7 | 7,4 | 7,7 | 7 |
| 49-53 | Б-ни органов дыхания | 3,2 | 4,0 | 4,1 | 4,0 | 4,7 | 4,6 | 4,1 | 4,1 | 8 |
| 71-78 | Б-ни мочеполовой системы | 4,2 | 3,2 | 3,2 | 3,1 | 4,0 | 4,0 | 3,3 | 3,6 | 9 |
| 62-63 | Б-ни кожи и подкожной клетчатки | 2,6 | 2,8 | 3,0 | 3,0 | 3,3 | 3,4 | 3,6 | 3,1 | 10 |
| 11 | Б-ни крови и кроветворных органов | 0,8 | 1,3 | 0,9 | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 11 |
| 37-41 | Б-ни уха и сосцевидного отростка | 0,9 | 0,8 | 0,9 | 0,7 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,8 | 12 |
| 1-7 | Инфекционные и паразитарные болезни | 0,4 | 0,7 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 13 |
| 8-10 | Новообразования | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 14 |

Согласно результатов медицинского освидетельствования за семь лет количество годных с заболеваниями органов пищеварения (таблица 3.2) с незначительными ограничениями увеличилось на 7,3%, уменьшилось количество ограничено годных (на 4,9%), временно годных (на 1,4%) и не годных к военной службе (на 0,6%).

Таблица 3.2 – Показатели медицинского освидетельствования призывников с болезнями системы пищеварения за 2010-2016гг, Р±m

| Года | Всего | Годны с незначительными ограничениями | Ограничено годные | Временно не годные | Не годные |
|------|-------|---------------------------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| 2010 | 1765 | 38,1±1,1 | 51,4±1,2 | 10,4±0,7 | 0,9±0,01 |
| 2011 | 1294 | 42,1±1,4 | 49,7±1,4 | 8,2±0,1 | - |
| 2012 | 1093 | 46,6±1,5 | 44,7±1,5 | 8,4±0,1 | 0,3±0,01 |
| 2013 | 927 | 38,9±1,6 | 51,7±1,6 | 9,1±0,1 | 0,3±0,01 |
| 2014 | 854 | 45,4±1,7 | 45,3±1,7 | 9,0±0,1 | 0,3±0,01 |
| 2015 | 707 | 47,6±1,8 | 43,7±1,8 | 8,4±0,1 | 0,3±0,01 |
| 2016 | 752 | 49,4±1,8 | 43,5±1,8 | 6,8±0,1 | 0,3±0,01 |

С язвенной болезнью количество лиц призывного возраста уменьшилось с 687 до 278 человек, все признаны ограничено годными, кроме одного призывника в 2012 году – не годного к службе в Вооруженных Силах Российской Федерации.

С не язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки, болезнями печени и желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (согласно статье 59) выявлено от 363 до 649 лиц призывного возраста. Признаны ограничено годными и не годными к службе каждый четвертый – пятый обследованный (таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Показатели медицинского освидетельствования призывников с болезнями системы пищеварения согласно статье 59 за 2010-2016гг, Р±m

| Года | Всего | Годны с незначительными ограничениями | Ограничено годные | Не годные |
|------|-------|---------------------------------------|-------------------|-----------|
| 2010 | 649 | 74,1±1,7 | 25,9±1,7 | - |
| 2011 | 579 | 74,1±1,7 | 25,9±1,7 | - |
| 2012 | 527 | 82,4±1,7 | 17,4±1,6 | 0,2±0,01 |
| 2013 | 369 | 80,0±2,0 | 19,8±2,0 | 0,2±0,02 |
| 2014 | 411 | 80,7±2,0 | 19,3±1,9 | - |
| 2015 | 369 | 76,2±2,2 | 23,8±2,2 | - |
| 2016 | 363 | 83,2±2,0 | 16,5±1,9 | 0,3±0,03 |

Болезни органов пищеварения вносят значительный вклад в структуру заболеваний у лиц призывного возраста, наличие которых приводит к ограничению годности призывников к службе в Вооруженных Силах РФ. За семилетний период в среднем 48,6% среди лиц призывного возраста Удмуртской Республики, страдающих заболеваниями органов пищеварения, признаны ограниченно годными и 9,4% временно не годными или не годными к военной службе.

По статье 59 «Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы», куда относятся гастриты и дуодениты с эрозиями, признаны ограниченно годными и не годными к воинской службе за семилетний период в среднем 21,7% призывников.

Призывники при прохождении ВВК в УР, имеющие соматическую патологию, направляются в БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР. Всего за трехлетний период в амбулаторных условиях поликлиники 1РКБ узкими специалистами было обследовано 2851 призывника. Анализ структуры заболеваемости призывников, направленных в поликлинику 1РКБ показал, что на первом месте среди выявленной патологии по МКБ 10 стояли болезни нервной системы. На втором месте была диагностирована патология опорно-двигательного аппарата. Патология кроветворной системы занимала третье место на протяжении 2 лет, в 2012 году вышла на 4 место. Заболевания желудочно-кишечного тракта были на 3-5 ранговых местах за анализируемые года. Снизилась доля патологии уха и сосцевидного отростка и мочевыводящей системы. В тоже время выявлен рост заболеваемости болезнями органов дыхания и аллергическими заболеваниями.

В структуре заболеваний, послуживших причиной освобождения или отсрочки от призыва на военную службу, преобладали заболевания нервной, костно-мышечной системы, заболевания органов пищеварения и кроветворной системы (таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Структура посещения по поводу заболеваний ЛПВ (на 100 призывников)

| Класс болезни | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|-------------------------------------|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|
| | На 100 призывников | Ранг | На 100 призывников | Ранг | На 100 призывников | Ранг |
| Болезни нервной системы | 29,9 | 1 | 34,9 | 1 | 31,0 | 1 |
| Болезни костно-мышечной системы | 15,5 | 2 | 14,2 | 2 | 15,3 | 2 |
| Болезни крови | 11,0 | 3 | 11,9 | 3 | 9,5 | 4 |
| Болезни пищеварительной системы | 10,4 | 4 | 8,5 | 5 | 10,8 | 3 |
| Болезни уха и сосцевидного отростка | 10,4 | 4 | 8,4 | 6 | 8,3 | 6 |
| Болезни мочеполовой системы | 8,7 | 5 | 6,2 | 7 | 3,6 | 8 |
| Болезни эндокринной системы | 7,0 | 6 | 10,0 | 4 | 9,0 | 5 |
| Болезни дыхательной системы | 5,7 | 7 | 5,7 | 8 | 7,6 | 7 |
| Болезни аллергические | 0,07 | 8 | 0,1 | 9 | 1,8 | 9 |

На первом месте стояли хронические дуодениты, частота которых составила 26,7 на 100 призывников, на втором месте язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 22,5, хронические гастриты занимают третье место – 21,0. На четвертом месте была ГЭРБ – 16,1 на 100 пациентов (таблица 3.5).

Таблица 3.5 – Частота и ранг отдельных заболеваний органов пищеварения (на 100 призывников, прошедших углубленный медицинский осмотр)

| Болезни пищеварительной системы | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|---------------------------------|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|
| | На 100 призывников | Ранг | На 100 призывников | Ранг | На 100 призывников | Ранг |
| Хронические гастриты | 26,0 | 2 | 22,0 | 2 | 15,0 | 3 |
| Хронические дуодениты | 33,3 | 1 | 15,4 | 4 | 32,2 | 1 |
| Язвенная болезнь ДПК | 23,7 | 3 | 25,6 | 1 | 18,3 | 2 |
| Язвенная болезнь желудка | 0,8 | 5 | 2,5 | 6 | 1,1 | 6 |
| ГЭРБ | 13,0 | 4 | 17,0 | 3 | 18,3 | 2 |
| ЖКБ | 0,8 | 5 | 3,8 | | 2,3 | 5 |
| ДЖВП | 0,8 | 5 | 5,1 | 5 | 3,4 | 4 |
| Хронический панкреатит | 0,8 | 5 | 1,3 | 7 | 2,3 | 5 |
| Хронический колит | - | - | 1,3 | 7 | - | - |
| Хронический гепатит | - | - | 1,3 | 7 | - | - |
| Синдром Жильбера | - | - | 1,3 | 7 | 1,1 | 6 |
| СРК | - | | 1,3 | 7 | - | - |
| НЯК | 0,8 | 5 | - | - | - | - |
| НАСГ | - | - | - | - | 2,3 | 5 |

Таким образом, углубленный анализ заболеваемости болезнями органов пищеварения показал рост патологии среди лиц призывного возраста. Чаще всего призывники страдали патологией гастродуоденальной зоны: дуодениты и гастриты занимали первое и третье место.

3.2. Социально-гигиеническая характеристика призывников и их семей

Семья играет огромную роль не только в обществе, а главное – в жизни отдельной личности. Роль семьи определяется не только воспитательной функцией, важна социальная и психологическая функции с целью формирования у ребенка личностных особенностей и адекватного реагирования на стрессовые ситуации. Этим достигается успешная социализация для эффективного умения преодолевать жизненные трудности [117, 134]. В семье закладывается не только модель поведения, но и образ жизни, гигиеническая грамотность, социально-гигиенические привычки и многое другое.

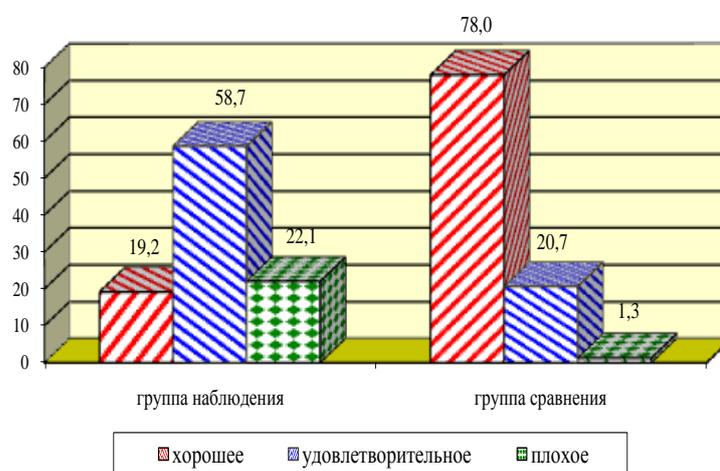


Рисунок 3.5 – Показатели самооценки здоровья призывников обследуемых групп (на 100 опрошенных)

Призывники были в возрасте 18-26 лет, средний возраст обследованных в группе наблюдения составил $20,1 \pm 0,2$ года, в группе сравнения – $19,3 \pm 0,2$ лет (таблица 3.6). Большинство респондентов обеих групп были холосты – 88,5 на 100 опрошенных в группе наблюдения и 95,0 в группе сравнения, женаты

– 5,8 и 1,2, состояли в незарегистрированном браке – 5,7 и 3,8, соответственно, имели детей – 2,0 группы наблюдения. С родителями проживали 80,5 и 95,0 призывников обеих групп, жили самостоятельно – 19,5 и 5,0, соответственно, имели собственную нуклеарную семью – 2,0 на 100 опрошенных группы наблюдения.

Наследственную отягощенность гастроэнтерологической патологией отметили у 62,5 опрошенных группы наблюдения и 18,3 призывников группы сравнения. Считают состояние своего здоровья хорошим лишь пятая часть призывников группы наблюдения (рисунок 3.5).

Таблица 3.6 – Распределение призывников обследованных групп по возрасту и месту проживания, %

| Возраст | Группа наблюдения | | Группа сравнения | |
|-----------|-------------------|-------|------------------|-------|
| | абс. число | % | абс. число | % |
| 18-19 лет | 26 | 25,0 | 36 | 43,9 |
| 20-21 лет | 62 | 59,6 | 37 | 45,1 |
| 22-26 лет | 16 | 15,4 | 9 | 11,0 |
| Город | 49 | 47,1 | 55 | 67,0 |
| Село | 55 | 52,9 | 27 | 33,0 |
| Всего | 104 | 100,0 | 82 | 100,0 |

Удмуртия является многонациональной республикой Российской Федерации, самые распространенные национальности – русские, удмурты, татары. Половина респондентов обеих групп были русскими (рисунок 3.6).

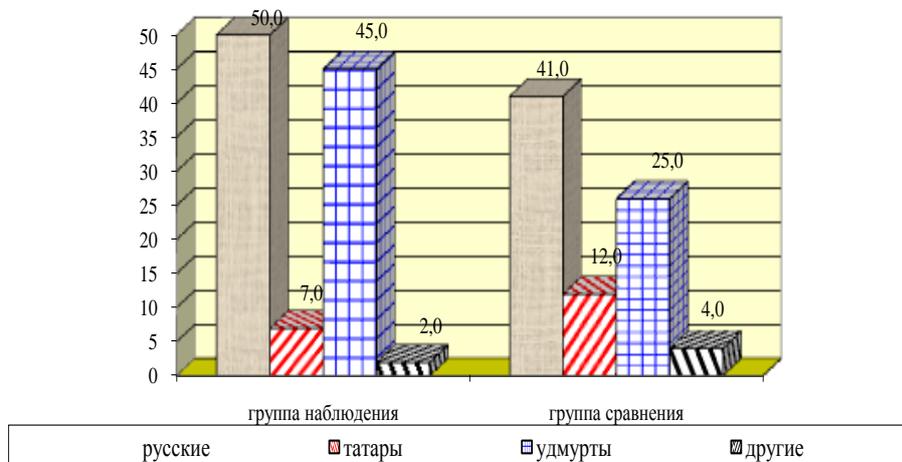


Рисунок 3.6 – Распределение призывников обследованных групп по национальности %

Анализ самооценки условий проживания призывников показал (рисунок 3.7), что большинство призывников $74,0 \pm 4,5$ на 100 опрошенных группы наблюдения и $86,6 \pm 5,3$ в группе сравнения, ($p > 0,05$) оценивали свои жилищные условия как хорошие, $23,0 \pm 4,1$ и $9,7 \pm 0,2$, ($p = 0,001$), как удовлетворительные, почти равное количество призывников – $3,0 \pm 1,6$ и $3,7 \pm 0,5$, $p > 0,05$ оценили жилищные условия как плохие.

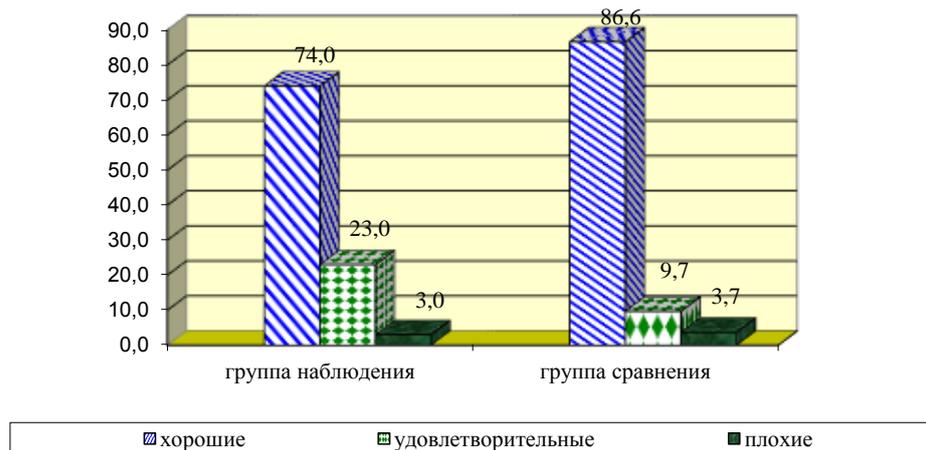


Рисунок.3.7 – Частота мнений призывников обследованных групп об условиях своего проживания (на 100 опрошенных)

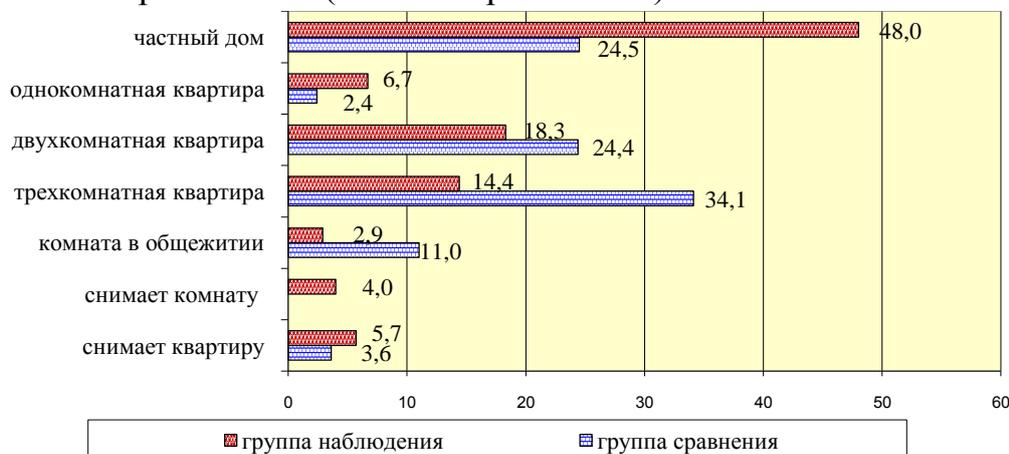


Рисунок 3.8 – Частота мнения призывников обследованных групп об условиях проживания (на 100 опрошенных)

Жилищные условия у лиц призывного возраста были разнообразными: почти половина призывников группы наблюдения проживала в частном доме, треть призывников в благоустроенных двухкомнатных и трехкомнатных квартирах. Лишь 10,0% респондентов группы наблюдения

снимали жилье. У группы сравнения жилищные условия тоже были хорошими (рисунок 3.8).

Средняя заработная плата в УР в 2015 году по данным Росстата составила 24602 рублей. Прожиточный минимум на одного человека в Удмуртской Республике на конец 2015 года составил 8473 руб. Однако, 37,5 и 13,4 из 100 призывников обследуемых групп, соответственно, отметили, что подушевой доход их семьи составлял менее 5 тысяч рублей (рисунок 3.9). Среднемесячный доход на одного члена семьи более 10 тысяч рублей отметили пятая часть призывников группы наблюдения и третья часть группы сравнения.

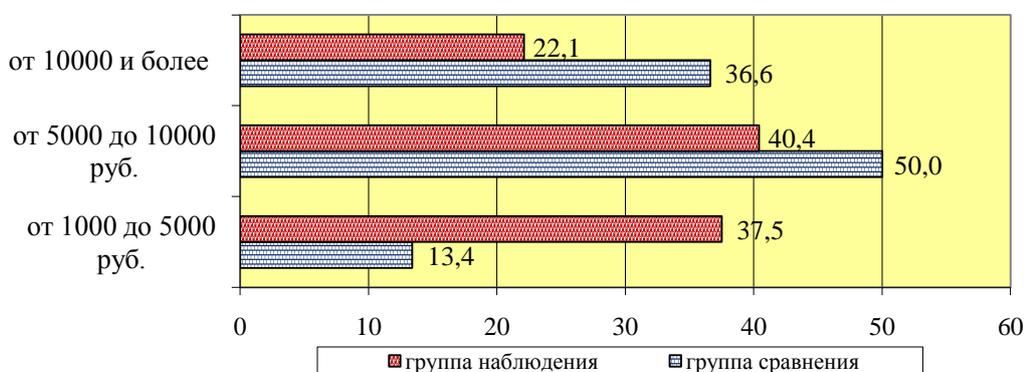


Рисунок 3.9 – Частота мнений призывников обследованных групп об уровне дохода на одного члена семьи (на 100 опрошенных)

Доброжелательные, спокойные взаимоотношения в семье отметили 59,6±4,8 респондентов с патологией эрозивной зоны и 74,4±4,8 из 100 здоровых респондентов, ($p=0,03$). Указывали на наличие редких конфликтов в семье 28,9±4,4 и 15,6±4,0 призывников обследуемых групп на 100 опрошенных, ($p=0,02$) частые ссоры отмечались в 1,0±0,9 и 1,2±0,4 семьях призывников.

Материальные трудности испытывали – 39,4±4,7 и 18,3±4,2 из 100 семей в обследуемых группах ($p=0,0009$), в связи с употреблением алкоголя родителями 1,9±1,4 и 1,2±0,4 ($p>0,05$), с безработицей – в 4,8±2,1 семьях призывников группы наблюдения. На наличие психологических и бытовых

трудностей указало по $7,7 \pm 2,6$ и $2,4 \pm 0,5$ призывников, соответственно, $p=0,04$ (рисунок 3.10).

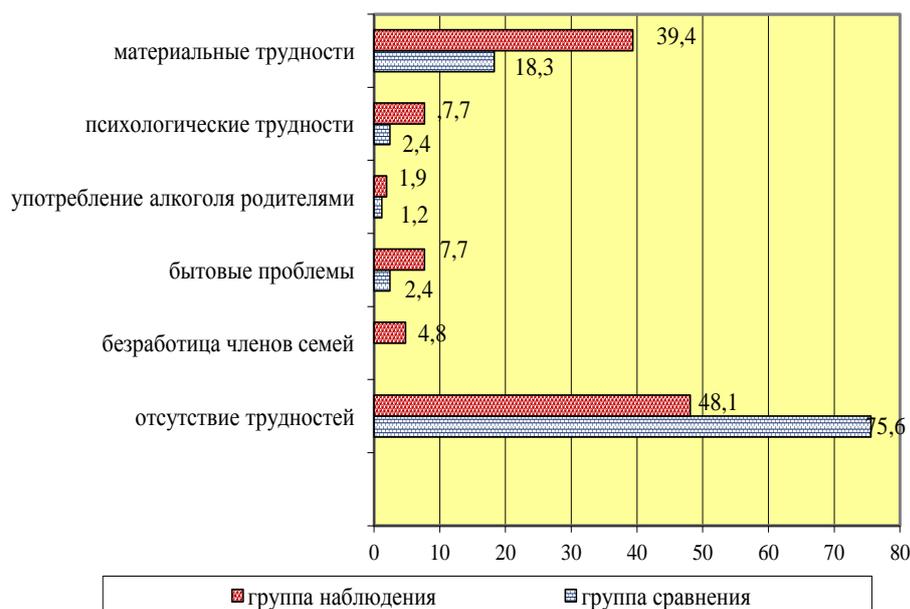


Рисунок 3.10 – Частота трудностей в семьях призывников обследованных групп (на 100 опрошенных)

Чувствовали постоянно любовь и поддержку родителей почти все опрошенные ($92,0\% \pm 2,6$ и 100 призывников), соответственно ($p=0,02$).

Таким образом, микроклимат в семьях больных с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны, только в половине случаев характеризовался доверительными и дружескими отношениями, однако, постоянную поддержку и любовь отметили почти все пациенты, в четверти случаях выявлены «нездоровые» и «кризисные» отношения. Семьи призывников в 39,4% испытывали материальные трудности, жилищные условия были хорошими у большинства.

3.3. Образ жизни призывников

Причину своего заболевания связывали с отягощенной наследственностью $12,0 \pm 2,7$ призывников, с несоблюдением режима труда и отдыха – $15,6 \pm 3,0$ и диеты – $24,1 \pm 3,6$, с приемом алкоголя – $2,8 \pm 1,4$, с

курением – $7,0 \pm 2,2$, с наличием профессиональных вредностей – $2,8 \pm 1,4$ на 100 опрошенных.

Большая занятость и насыщенность жизни не способствует формированию мотивации у молодых людей к соблюдению здорового образа жизни, который включает в себя соблюдение режима дня, рациональное питание, двигательную активность и отказ от вредных привычек.

Отмечался низкий уровень гигиенического поведения призывников: только каждый пятый призывник группы наблюдения постоянно придерживался определенного режима дня (рисунок 3.11). Вызывает озабоченность факт, что почти половина респондентов группы сравнения не считает нужным соблюдать режим дня.

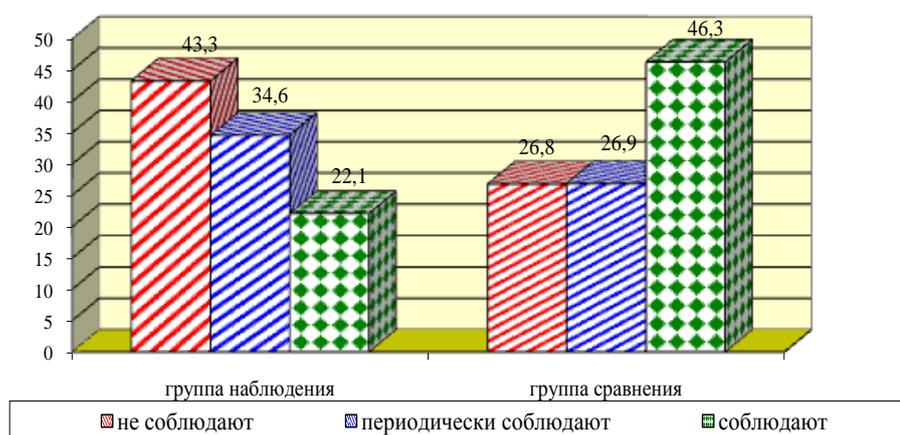


Рисунок 3.11 – Частота мнений призывников обследованных групп о соблюдении режима дня (на 100 опрошенных)

Одной из ведущих социально-гигиенических характеристик является рациональное питание. Режим питания и его пищевая ценность отражают условия проживания человека, его экономический достаток, что определяет качество жизни человека.

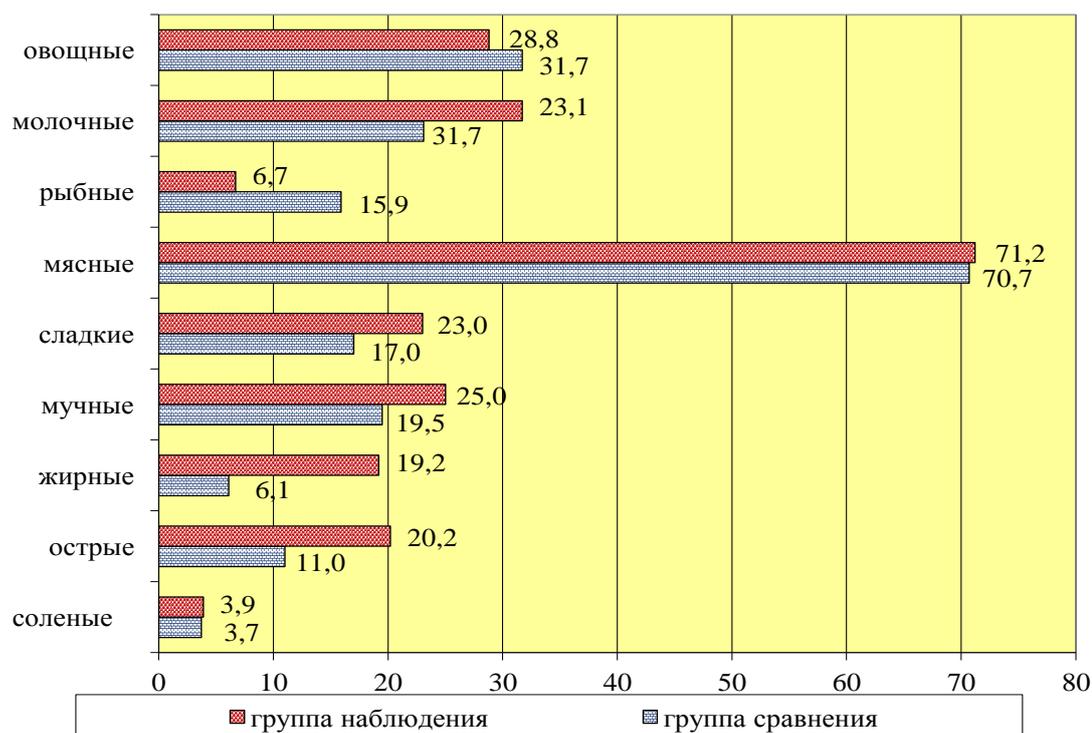


Рисунок 3.12 – Распределение мнений призывников обследованных групп о рационе питания (на 100 опрошенных)

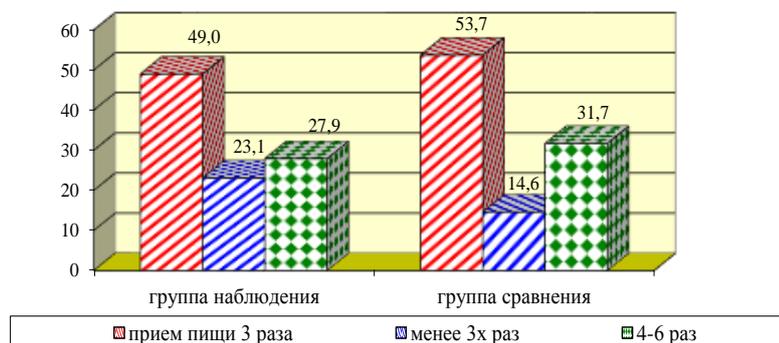


Рисунок 3.13 – Частота соблюдения режима питания призывниками обследованных групп (на 100 опрошенных)

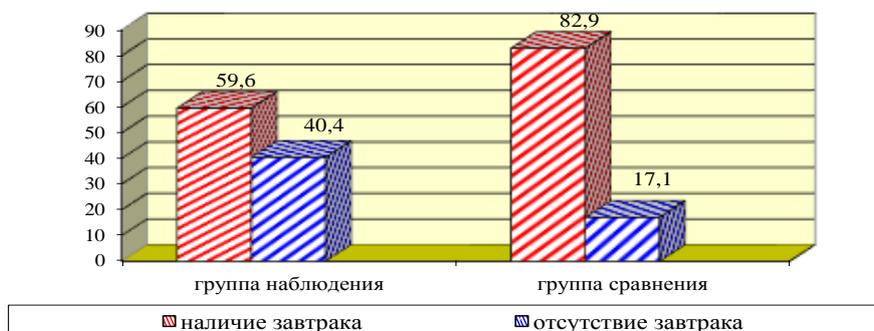


Рисунок 3.14 – Частота мнений о соблюдении призывниками обследованных групп режима питания (на 100 опрошенных)

Призывники группы наблюдения чаще отмечали употребление сладких, мучных, острых и жирных продуктов, чем в группе сравнения (рисунок 3.12). Призывники группы наблюдения завтракали достаточно редко, прием пищи более 3 раз в день был реже в группе наблюдения по отношению к здоровым призывникам (рисунок 3.13, 3.14). Не знали особенностей своей диеты $33,7 \pm 4,6$ призывников группы наблюдения на 100 опрошенных, $16,4 \pm 3,6$ не считали соблюдение диеты важным.

Таким образом, алиментарный фактор является одним из факторов риска формирования патологии эрозивных поражений гастродуоденальной зоны.

Регулярные физические упражнения и активный образ жизни важны в сохранении и укреплении здоровья молодых людей. Этот показатель у респондентов находился на низком уровне. Регулярно занимались физическими упражнениями треть призывников с патологией гастродуоденальной зоны.

Свободное время призывники группы наблюдения в основном проводили пассивно: играли в компьютерные игры ($28,9 \pm 4,4$), общались в социальных сетях ($25,0 \pm 4,2$), посещали бары, кафе ($10,6 \pm 3,0$), кинотеатры ($16,3 \pm 3,6$), развлекательные центры ($5,8 \pm 2,3$). Играли в азартные игры $6,7 \pm 2,4$ из 100 опрошенных. Проводили время в общении с друзьями $62,5 \pm 4,8$ призывников, увлекались просмотром телепередач – $25,0 \pm 4,2$. Читали в свободное время книги только $12,5 \pm 3,1$ опрошенных. Здоровые призывники занимались физкультурой чаще на 10%, в 3 раза они больше читали (рисунок 3.15.).

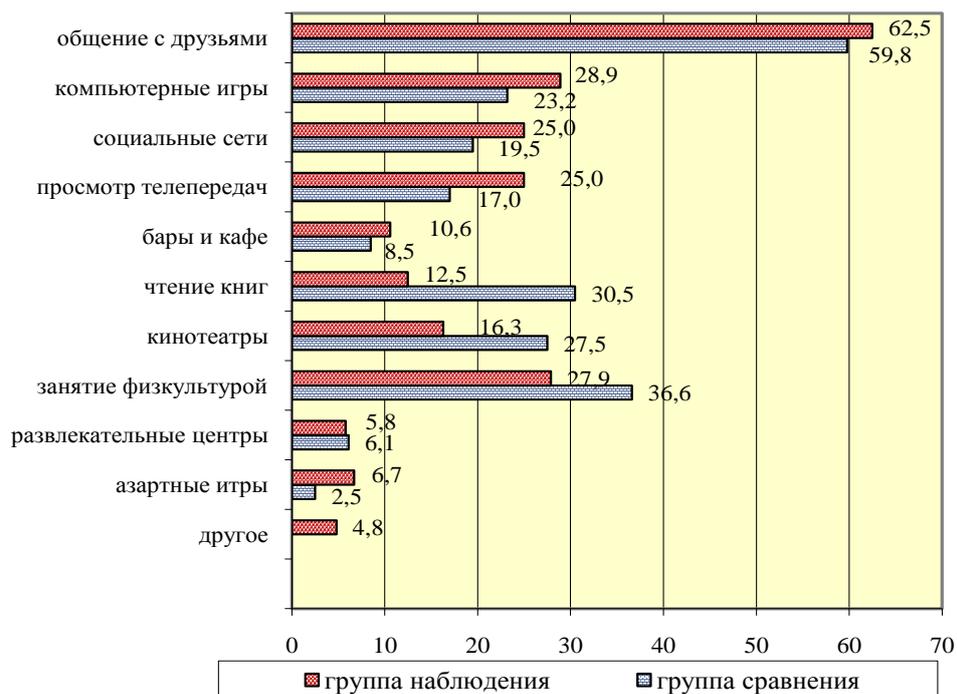


Рисунок 3.15 – Частота мнений обследованных призывников об организации досуга (на 100 опрошенных)

Известно, что сон восстанавливает силы и несет функцию оздоровления. Сон у трети призывников был менее 7 часов (рисунок 3.16).

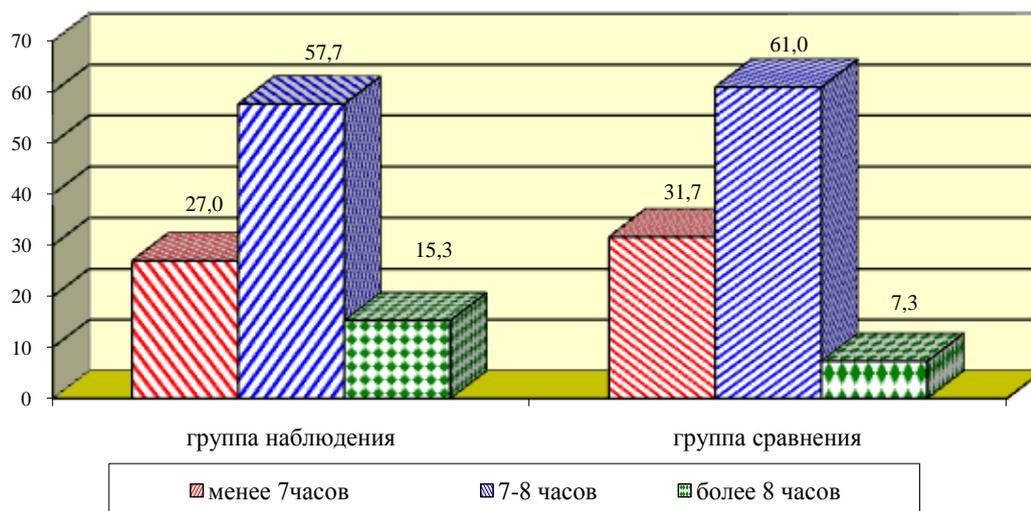


Рисунок 3.16 – Частота продолжительности сна у призывников обследуемых групп (на 100 опрошенных)

Анкетирование выявило, что у большинства призывников недостаточно культивированы гигиенические привычки. Негигиенические привычки имели

72,1% призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны: спиртные напитки употребляли $72,1 \pm 4,4$ из 100 опрошенных, наркотические вещества – $5,8 \pm 2,3$, курили – $26,0 \pm 4,3$ призывников. Такое негигиеническое поведение молодежи связываем с образом жизни членов их семей, так как треть членов их семьи курили и регулярно употребляли алкоголь. Спиртные напитки употребляли $56,1 \pm 5,5$ из 100 опрошенных здоровых призывников, курили – $8,5 \pm 3,0$ (рисунок 3.17).

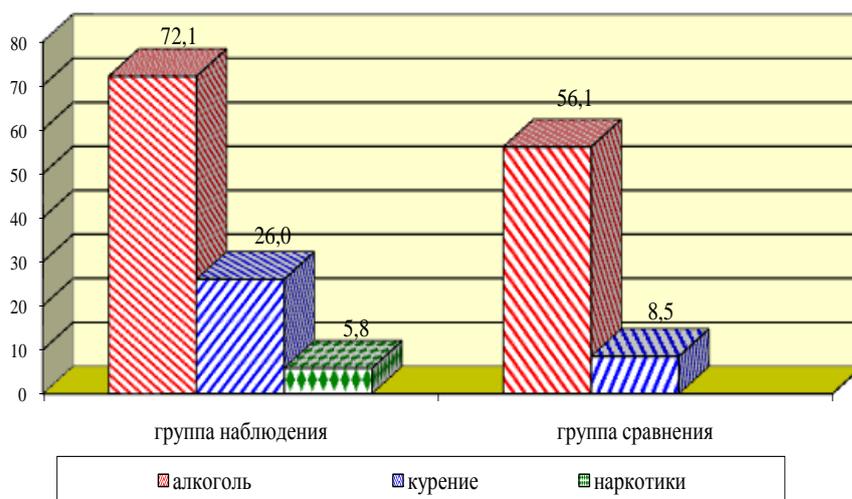


Рисунок 3.17 – Частота распространенности негигиенических привычек среди призывников обследуемых групп (на 100 опрошенных)

Таким образом, большинство опрошенных призывников имели негигиенические привычки, не соблюдали рационального питания, не имели адекватной физической нагрузки. Все это является факторами риска развития заболеваний пищеварительной системы, в частности гастритов и дуоденитов с эрозиями. Таким образом, проводимые в настоящее время профилактические мероприятия среди молодежи недостаточно эффективны с точки зрения формирования гигиенического поведения призывников, которое в конечном итоге приводит к формированию контингента ограниченно годного к службе в Вооруженных Силах РФ.

3.4. Отношение призывников Удмуртской Республики к предстоящей воинской службе

С целью выяснения отношения призывников УР к предстоящей воинской службе методом анонимного анкетирования по специально разработанной программе опрошено 104 призывника с гастритом и дуоденитом с эрозиями (группа наблюдения) и 82 практически здоровых призывника (группа сравнения). Выяснилось, что не было желания служить у двух трети призывников группы наблюдения и трети призывников группы сравнения. Хотели служить лица с заболеваниями гастродуоденальной зоны в 2 раза реже, чем здоровые призывники (рисунок 3.18)

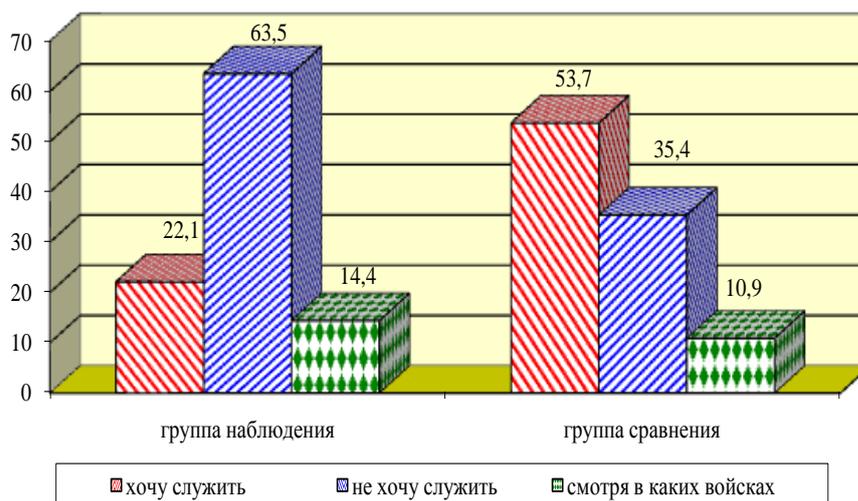


Рисунок 3.18 – Частота мнений призывников обследованных групп о готовности к воинской службе (на 100 опрошенных)

Часть призывников хотели бы служить, но в зависимости от предложенных рода войск военкоматом. Каждый десятый считал, что он должен отслужить в армии, т.к. это обязанность каждого мужчины. Каждый шестой, независимо от исследованных групп, считал, что служба в армии – это почетный долг гражданина страны. Морально не готовы к военной службе и по возможности избежали бы ее каждый четвертый призывник группы наблюдения, каждый третий физически не готов к прохождению военной службы. Имели большое желание служить в 10 раз реже призывники с ЭПГДЗ, чем практически здоровые лица (таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Частота мнений призывников об отношении к военной службе, $P \pm m$

| | Показатели | | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------|
| | Каждый мужчина должен пройти службу | Раз надо, значит надо | Готов, но при возможности избежал бы | Морально к службе не готов | Имею большое желание служить | Физически не готов |
| Группа наблюдения | 10,6±3,0 | 17,3±3,7 | 26,0±4,3* | 22,1±4,0* | 4,8±2,1* | 28,9±4,4* |
| Группа сравнения | 9,8±0,2 | 14,6±3,9 | 9,8±0,2 | 7,3±0,5 | 45,1±5,5 | 13,4±3,8 |

Примечание: *- достоверность показателей по отношению к группе сравнения

Причины, по которым призывники не желали служить были многообразны: чаще из-за состояния здоровья и желания посвятить год другим целям. Обращает на себя внимание, что каждый десятый не хотел служить, т.к. были против родители либо они боялись дедовщины (таблица 3.8).

Таблица 3.8 – Частота мнений респондентов о причинах нежелания служить в армии

| | Показатели | | | | | |
|-------------------|---------------|------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| | по убеждениям | боятся дедовщины | - по состоянию здоровья | не считают нужным зря тратить время | родители против службы в армии | не хотел бы попасть в «горячую точку» |
| Группа наблюдения | 8,7±2,7 | 7,7±2,6 | 51,0±5,0 | 32,7±4,6 | 9,6±2,8 | 0,9±0,9 |
| Группа сравнения | 10,9±3,4 | 4,9±0,5 | 11,0±3,5 | 18,3±4,3 | 4,8±0,5 | - |

Таким образом, отмечается в целом позитивное отношение призывников к службе в Вооруженных Силах. Почти половина здоровых призывников имели большое желание служить в армии, считая службу священным долгом перед Родиной. Среди призывников с ЭПГДЗ две трети не хотели служить в армии из-за состояния здоровья или слабой физической подготовки и слабой мотивации к службе.

ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА, ПСИХО- ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПРИЗЫВНИКОВ С ЭРОЗИВНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

4.1. Характеристика клинических показателей

Учитывая многофакторный патогенез эрозивных поражений гастродуоденальной зоны, нами проведено исследование кислотообразующей, моторно-эвакуаторной функций гастродуоденального комплекса, оценено состояние защитного барьера, психо-эмоционального статуса и качества жизни призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны.

При оценке клинических проявлений у призывников с ГсЭ и ДсЭ особое внимание обращали на характер болевого и диспепсического синдрома (рисунок 4.1). Болевой синдром различного характера выявлен у 95,9% призывников с ГсЭ и у 91,2% с ДсЭ. У пациентов с ГсЭ и ДсЭ чаще боль локализовалась в эпигастральной области – в 80,0 и 75,0%, соответственно.

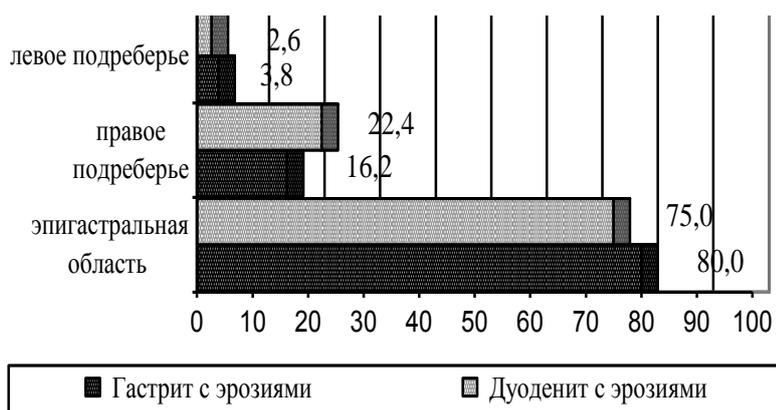


Рисунок 4.1 – Частота локализации боли у обследованных призывников, %

Углубленный анализ характера болевого синдрома показал, что боли у пациентов с ГсЭ и ДсЭ были ноющими и распирающими, имели чаще всего умеренную интенсивность и возникали периодически (таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Частота вариантов болевого синдрома у обследованных призывников, %

| Показатель | Характеристика болевого синдрома | Призывники с ГсЭ n=60 | | Призывники с ДсЭ n=44 | |
|----------------------|----------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|------|
| | | абс. число | % | абс. число | % |
| Характер | ноющая | 55 | 91,7 | 40 | 90,9 |
| | распирающая | 29 | 48,3 | 25 | 56,8 |
| | жгучая | 4 | 6,7 | - | - |
| | колющая | 2 | 3,3 | - | - |
| Интенсивность | слабая | 12 | 20,0 | 2 | 4,5 |
| | умеренная | 45 | 75,0 | 38 | 86,4 |
| | выраженная | 3 | 5,0 | 4 | 9,1 |
| Периодичность | периодическая | 42 | 70,0 | 32 | 72,2 |
| | постоянная | 18 | 30,0 | 12 | 27,3 |
| Связь с приемом пищи | после еды | 35 | 58,3 | 10 | 2,3 |
| | натощак | 20 | 33,3 | 32 | 72,2 |
| | не связана с приемом пищи | 5 | 8,4 | 2 | 4,5 |

У всех пациентов констатирован диспепсический синдром (таблица 4.2). Изжогу отмечала половина обследованных призывников. У пятой части пациентов регистрировались жалобы на тошноту, горечь во рту и тяжесть в эпигастральной области. Каждый второй отмечал снижение аппетита и отрыжку. Симптомы кишечной диспепсии наблюдались у половины пациентов (42,5 и 42,8%, соответственно), чаще выявлялась диарея.

Снижение веса отметили 63,5 и 60,0% обследованных. В большинстве случаев как при поражении желудка (95,0%), так и при поражении ДПК (93,2%) у призывников наблюдалось сочетание 2 и более симптомов.

Таблица 4.2 – Частота диспепсических проявлений у обследованных призывников, %

| Диспепсические явления | Призывники с ГсЭ n=60 | | Призывники с ДсЭ n=44 | |
|----------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|------|
| | абс. число | % | абс. число | % |
| Отрыжка | 35 | 58,3 | 27 | 61,3 |
| Изжога | 24 | 40,0 | 21 | 47,7 |
| Горечь во рту | 13 | 21,6 | 11 | 25,0 |
| Тошнота | 12 | 20,0 | 10 | 22,7 |
| Метеоризм | 22 | 36,7 | 15 | 34,0 |
| Тяжесть в эпигастральной области | 12 | 20,0 | 12 | 27,2 |
| Пониженный аппетит | 28 | 46,6 | 19 | 43,2 |
| Запоры | 5 | 8,3 | 4 | 9,0 |
| Диарея | 21 | 35,0 | 15 | 34,0 |
| Рвота | 3 | 5,0 | 2 | 4,5 |

При обследовании у 65,0 и 68,0% пациентов обеих групп выявлена обложенность языка белым налетом. При пальпации живота болезненность в эпигастральной области определялась у 70,0 и 87,5% призывников, соответственно. Положительный симптом Менделя выявлен у 26,0% призывников с ДсЭ и 13,0% призывников с ГсЭ.

Резюмируя полученные данные, следует отметить, что у большинства лиц призывного возраста обострение ГсЭ и ДсЭ клинически характеризуется выраженным болевым синдромом, изжогой, снижением аппетита и отрыжкой.

4.2. Исследование уровня инфицированности *Helicobacter pylori*, кислотообразующей и моторной функции желудка

Инфекция *HP* является одной из ведущих причин развития заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки по данным современных исследований. Она обычно манифестирует в виде хронического гастрита или дуоденита, реже – язвенной болезни. В нашем исследовании *HP*-позитивными были 61,7% призывников с ГсЭ и 38,6% – с ДсЭ, что свидетельствует о роли данной инфекции в патогенезе.

Кислотообразующую функцию оценивали у всех призывников методом интрагастральной *pH*-метрии. Повышение кислотообразующей функции желудка установлено у 80,6% больных ГсЭ и у 86,1% с – ДсЭ, нормаацидность выявлена у 19,4 и 14,1% призывников, соответственно (таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Динамика уровня *pH* в основных точках измерения у призывников с гастритом с эрозиями

| Состояние базальной кислото-продукции | Группа наблюдения n=15 | Группа контроля n=15 | P |
|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------|---------|
| Пилороантральный отдел желудка | 2,0±0,4 | 4,6±0,4 | 0,00009 |
| Тело желудка | 1,5±0,2 | 1,9±0,2 | 0,16872 |
| Кардиальный отдел желудка | 3,0±0,5* | 4,8±0,4 | 0,00908 |

У призывников с гастритом с эрозиями проведена многоэтажная *pH*-метрия в разных функциональных зонах желудка. Анализ *pH*-метрических данных показал более низкие значения в теле желудка. В пилороантральном отделе желудка уровень *pH* был достоверно ниже, чем у здоровых лиц. Та же динамика отмечалась в кардиальном отделе желудка. В области тела желудка уровень *pH* у пациентов с ГсЭ имел тенденцию к снижению, по отношению к здоровым призывникам.

В настоящее время не потеряло своей актуальности рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, особенно при подозрении на моторно-эвакуаторные нарушения гастродуоденальной зоны (таблица 4.4).

Таблица 4.4 – Показатели данных рентгенологического исследования, %

| Рентгенологические признаки | Группы обследуемых пациентов | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------|------------|-----------------------------------------|----------|
| | Призывники с гастритом с эрозиями (n=21) | | Призывники с дуоденитом эрозиями (n=18) | |
| | абс. число | % | абс. число | % |
| Каскадный желудок | 4 | 19,0±8,6 | 1 | 5,6±1,2 |
| Дуоденостаз | 1 | 4,8 ±1,0 | 1 | 5,6±1,2 |
| Гастродуоденит | 8 | 38,0±10,5* | - | - |
| Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы | 2 | 9,6±0,4* | - | - |
| Гастроптоз | 1 | 4,8±1,0* | - | - |
| Рефлюкс-эзофагит | 6 | 28,5±9,8 | 3 | 16,7±8,8 |
| ДГР | 6 | 28,5±9,8 | 4 | 22,2±9,8 |

Примечание: * – достоверные изменения между группами пациентов с ГсЭ и ДсЭ ($p < 0,05$).

Анализ полученных рентгенологических данных показал, что почти у трети призывников с ГсЭ наблюдались признаки гастродуоденита, рефлюкс-эзофагита и дуодено-гастрального рефлюкса, чаще диагностировался каскадный желудок. У каждого пятого призывника с ДсЭ диагностировался дуодено-гастральный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит.

Таким образом, несмотря на молодой возраст, наблюдался высокий уровень инфицированности призывников *HP*, особенно при ГсЭ. В обеих группах преобладало высокое кислотообразование (при *pH* менее 1,2) над другими типами секреции, не зависимо от локализации эрозий. У

призывников с ГсЭ уровень pH в пилороантральном и кардиальном отделе желудка был достоверно выше, чем у здоровых лиц.

4.3. Данные эндоскопической картины слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

Проведение ЭФГДС является основным методом диагностики эрозивных поражений гастродуоденальной зоны.

Эрозии желудка чаще были единичными, эрозии двенадцатиперстной кишки – множественными. У двух трети пациентов с ГсЭ они локализовались в антральном отделе желудка, у каждого пятого – в пилорическом (таблица 4.5). У остальных 5 больных эрозии находились в теле желудка. По размеру почти у половины призывников эрозии были до 0,3 см, чаще острыми.

Таблица 4.5 – Данные эзофагофиброгастродуоденоскопического исследования призывников обследуемых групп

| Признаки эрозий | Пациенты с ГсЭ n=60 | | Пациенты с ДсЭ n=44 | |
|--------------------------|------------------------|------|------------------------|------|
| | абс.число | % | абс.число | % |
| По локализации: | | | | |
| Антральные | 42 | 70,0 | - | - |
| Тело желудка | 5 | 8,3 | - | - |
| Пилорические | 13 | 21,7 | - | - |
| По количеству: | | | | |
| Множественные | 22 | 36,7 | 24 | 54,5 |
| Единичные | 38 | 63,3 | 20 | 45,5 |
| По типу: | | | | |
| Острые (поверхностные) | 39 | 65,0 | 36 | 91,0 |
| Полные (зрелые) | 8 | 13,3 | 2 | 4,5 |
| Полные (незрелые) | 13 | 21,7 | 2 | 4,5 |
| По фазам течения: | | | | |
| Точечные | 6 | 10,0 | 13 | 29,5 |
| Сливные | - | - | 2 | 4,5 |
| Геморрагические | 3 | 5,0 | - | - |
| По размеру | | | | |
| 0,1-0,3 см | 38 | 63,5 | 25 | 56,7 |
| от 0,4 до 0,6 см | 12 | 19,9 | 13 | 29,6 |
| более 0,6 см | 10 | 16,6 | 6 | 13,7 |
| Другие изменения | | | | |
| ДГР | 14 | 23,3 | 9 | 20,4 |
| ГПОД | 2 | 3,3 | - | - |

Хронические эрозии желудка выявлены у 35%, они были зрелыми у каждого пятого и незрелыми у каждого десятого пациентов с ГсЭ.

С учетом этиологических факторов острые эрозии во всех случаях были первичными. Все хронические эрозии были также первичными и возникали у молодых людей при отсутствии сопутствующих хронических заболеваний. О нарушениях моторно-эвакуаторной функции желудка у обследуемых пациентов говорили данные, указывающие на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, выявление дуодено-гастрального рефлюкса.

Таким образом, по данным эзофагофиброгастродуоденоскопии у пациентов с ГсЭ эрозии чаще были единичными, эрозии двенадцатиперстной кишки – множественными, почти у половины призывников эрозии были до 0,3 см, чаще острыми.

4.4. Изучение показателей слизиобразующей функции желудка и концентрации желчных кислот в желудочном соке

Моторно-эвакуаторные нарушения гастродуоденального комплекса и содержание желчных кислот в желудочном соке являются важными патогенетическими звеньями в нарушении баланса агрессивно-протективных факторов гастродуоденальной слизистой оболочки [23, 171, 172]. По мнению О.Я. Бабак (2003), ДГР чаще обусловлен недостаточностью замыкательной функции привратника, хроническим дуоденостазом и связанной с ним гипертензией в двенадцатиперстной кишке [15]. Фактором, оказывающим высокотоксичное, детергентное влияние на поверхностную слизь, являются желчные кислоты.

Изучение концентрации желчных кислот в желудочном соке проводилось спектрофотометрическим методом в модификации Г.Г. Иванова (1978). По концентрации желчных кислот в желудочном содержимом можно оценить степень заброса желчи в желудок. В нашем исследовании концентрация ЖК в желудочном соке, превышала показатели контрольной группы при ГсЭ в 4 раза, при ДсЭ в 3 раза (рисунок 4.2).

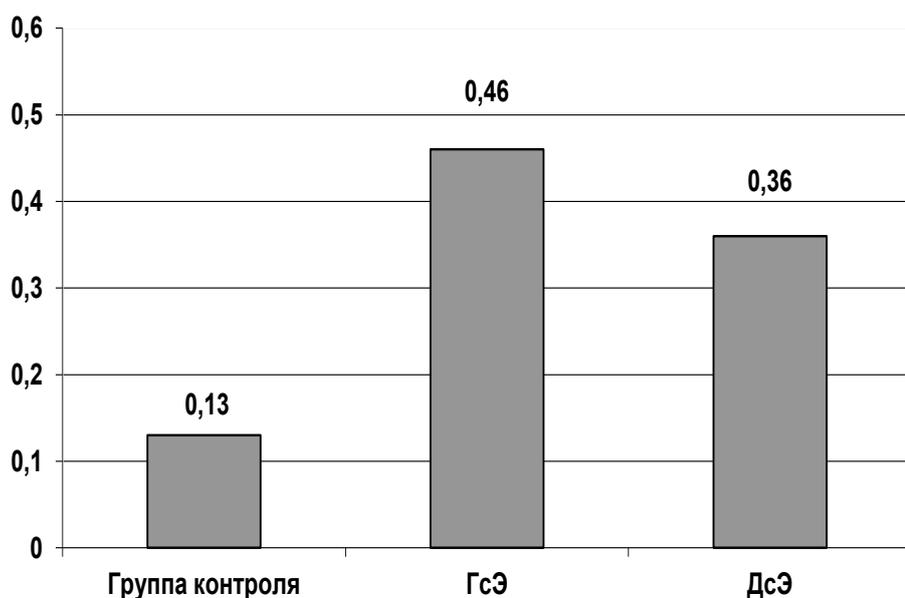


Рисунок 4.2 – Концентрация желчных кислот в желудочном соке у обследуемых призывников, мг/мл

Это свидетельствует о значимом влиянии ЖК на развитие эрозий гастродуоденальной зоны у лиц призывного возраста. Учитывая детергентное воздействие желчных кислот на слизистую оболочку желудка, проведено биохимическое исследование показателей компонентов слизистого геля желудка у призывников.

У лиц призывного возраста с гастритом и дуоденитом с эрозиями был существенно повышен уровень олигосвязанных сиаловых кислот (ОССК) и свободных сиаловых кислот (ССК), которые являются продуктами распада слизистого геля (таблица 4.6). Уровень белковосвязанных сиаловых кислот (БССК), которые характеризуют процессы синтеза желудочной слизи, имел тенденцию к повышению у призывников с ДсЭ и к понижению у призывников с ГсЭ в сравнении с контрольной группой.

При эрозивных поражениях гастродуоденальной зоны у лиц призывного возраста выявлены значительные изменения в составе слизистого геля, что снижает протективные свойства слизистой оболочки. При повышении концентрации желчных кислот в желудке у пациентов с ГсЭ, происходит более интенсивный распад слизистого геля при снижении его синтеза. При ДсЭ синтез слизистого геля страдает в меньшей степени за счет более низкой

концентрации желчных кислот в желудочном содержимом, при этом и уровень БССК у них был выше.

Таблица 4.6 – Показатели слизиобразующей функции желудка и концентрации желчных кислот в желудочном соке у пациентов обследуемых групп

| Показатели (мг/мл) | Группы обследуемых пациентов | | | P ₁₋₃ | P ₂₋₃ |
|-------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------------|------------------|------------------|
| | ГсЭ (n=25) (1) | ДсЭ (n=23) (2) | Контрольная группа (n=15) (3) | | |
| Желчные кислоты (мг/мл) | 0,46±0,06 | 0,36±0,05 | 0,13±0,05 | 0,000149 | 0,002534 |
| Свободные сиаловые кислоты (мг/мл) | 36,3±3,4 | 35,6±4,3 | 27,6±2,6 | 0,049314 | 0,120364 |
| Общие сиаловые кислоты (мг/мл) | 77,2±14,6 | 100,8±34,0 | 29,4±3,7 | 0,0000001 | >0,05 |
| Белковосвязанные сиаловые кислоты (мг/мл) | 210,6±23,9 | 340,1±27,5 | 283,8±21,4 | 0,028352 | 0,115138 |

Некоторые авторы рассматривают ДГР как защитный механизм в ответ на поступление в двенадцатиперстную кишку желудочного сока с высокой кислотно-пептической активностью, подчеркивая его важную роль в регуляции желудочной секреции [77, 243]. Проведенный анализ сопряженности уровня желчных кислот и клинико-функциональных показателей у пациентов с ГсЭ подтвердил данное положение: выявлена отрицательная связь средней силы между концентрацией ЖК в желудочном содержимом и степенью обсемененности *НР* и возрастом пациентов (рисунок 4.3, а). Таким образом, нормально функционирующий ДГР можно рассматривать как защитный механизм на контаминацию организма *НР* у лиц призывного возраста. Несмотря на заброс желчных кислот, приводящих к ощелачиванию содержимого желудка, уровень кислотности в желудке практически не снижался, а уровень инфицированности *НР* падал. ДГР можно рассматривать как адаптивный механизм при повышенной кислотности желудочного сока.

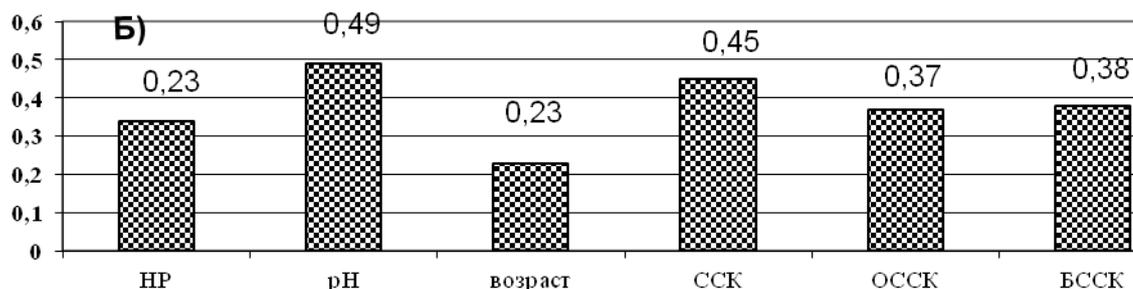
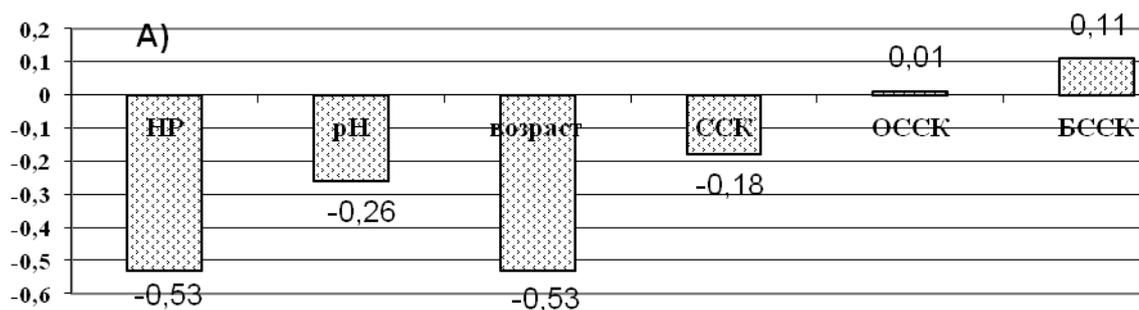


Рисунок 4.3 – Коэффициенты корреляции между концентрацией желчных кислот в желудочном соке, клиническими показателями и содержанием углеводно-белковых показателей желудочной слизи: а) – пациенты с ГсЭ, б) – пациенты с ДсЭ

У призывников с ДсЭ выявлена положительная связь средней силы между уровнем ЖК и *pH* за счет защелачивания кислой среды желудка (рисунок 4.3, б). Установлена положительная связь средней силы между уровнем желчных кислот и фракциями сиаловых кислот, которая свидетельствует о разрушающем действии желчных кислот на гликопротеиды. В тоже время на разрушающее действие ЖК усиливаются протективные свойства слизи, о чем свидетельствует положительная связь средней силы между уровнем желчных кислот и белковосвязанных сиаловых кислот.

Таким образом, желчные кислоты оказывают непосредственное разрушающее действие на слизистый гель желудка у лиц призывного возраста, особенно выраженное при ГсЭ. Если при ДсЭ слизиобразующая функция страдает в меньшей степени, о чем свидетельствует положительная

корреляционная связь средней силы между уровнем желчных кислот и белковосвязанных сиаловых кислот, то при ГсЭ выявляются более выраженные изменения соотношения компонентов гликопротеинов при формировании эрозий: показано низко эффективное слизиобразование у пациентов при отсутствии компенсаторного роста БССК. Выявленные тенденции в слизиобразовании и в уровне желчного компонента ДГР указывают на различия в патогенезе эрозивных поражений желудка и ДПК.

4.5. Изучение ряда гормональных показателей у призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны

Изучение гормонального статуса призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны показало, что уровень кортизола в крови достоверно изменялся. На основании литературных данных, кортизолемиа приводит к нарушению баланса агрессивно-защитных факторов слизистой оболочки: с одной стороны, усиливая кислотопродуцирующую функцию желудочного сока, с другой – оказывает тормозящее влияние на синтез белка, ускоряя его распад [135]. Таким образом, разрушаются свойства слизистого геля и снижаются протективные его возможности. В тоже время, глюкокортикостероиды являются ингибиторами глюкозаминсинтетазы. Они угнетают биосинтез предшественников сиаловых кислот желудочной слизи – глюкозаминов. Кроме того, повышенный уровень эндогенных кортикостероидов обладает расслабляющим действием на мускулатуру органов, приводя к рефлюкс-эзофагиту и дуодено-гастральному рефлюксу.

Нами отмечена тенденция к повышению содержания в крови инсулина, который оказывает анаболическое действие. Гиперинсулинемия оказывает непосредственное влияние на функциональное состояние гастродуоденальной области. По данным исследований Е.Ю. Шкатовой (2008) повышенный уровень инсулина вызывает повышение *pH* желудочного сока и уровня гликопротеинов желудочной слизи [172].

Уровни гастрин, Т₃, Т₄, ТТГ у пациентов с ЭПГДЗ не имели достоверных отличий от показателей контрольной группы. Однако уровень ТТГ и Т₄ у призывников с ГсЭ имел тенденцию к снижению. По данным Е.В. Беловой (2006) тиреоидные гормоны оказывают влияние на трофические процессы в слизистой оболочке желудка и ДПК: с одной стороны, стимулируют секреторную и кислотообразующую функции желудка, с другой подавляют синтез мукополисахаридов желудочной слизи [23, 30].

Уровень гастрин у призывников с ГсЭ имел тенденцию к снижению. Известно, что гастрин является стимулятором кислотно-пептической активности (таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Базальный уровень гормонов у лиц обследуемых групп, (M±m)

| Гормоны | Группы обследованных призывников | | | P ₁₋₃ | P ₂₋₃ |
|--------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------|------------------|------------------|
| | ГсЭ (1) | ДсЭ (2) | Контрольная группа (3) | | |
| Гастрин (пг/мл) | 45,95±3,50 n=10 | 52,46±6,80 n=10 | 52,75±3,91 n=10 | 0,212359 | 0,970939 |
| Инсулин (мкМЕ/мл) | 10,99±1,60 n=15 | 11,1±0,80 n=18 | 8,83±0,97n=15 | >0,05 | >0,05 |
| Кортизол (нмоль/л) | 597,3±87,80 n=18 | 795,0±79,30 n=20 | 364,76±22,38 n=15 | 0,015508 | 0,000010 |
| ТТГ(мМЕ/л) | 1,58±0,20 n=11 | 2,1±0,40 n=12 | 2,19±0,48 n=10 | 0,256055 | 0,886985 |
| Т3 (нмоль/л) | 2,16±0,30 n=11 | 2,1±0,20 n=12 | 1,82±0,15 n=10 | 0,324166 | 0,276672 |
| Т4 (нмоль/л) | 110,9±8,80 n=11 | 97,32±11,0 n=12 | 124,8±17,28 n=10 | 0,482695 | 0,195565 |

Таким образом, у призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны секреция кортизола была достоверно повышена, что негативно влияло на состояние слизистой оболочки желудка и ДПК. Уровень кортизола был значимо повышен у призывников с ДсЭ, что связываем с более высоким у них уровнем тревожности. Стресс обуславливает увеличение секреции кортизола, что необходимо учитывать при лечении данной группы пациентов.

4.6. Оценка психо-эмоционального статуса призывников

Оценка психо-эмоционального статуса призывников проводилась по двум методикам: «Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения» (А.А. Карелин, 1999) и самооценка тревожности (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин, 1981). Показатели до лечения оценивали в сравнении с 82 практически здоровыми призывниками.

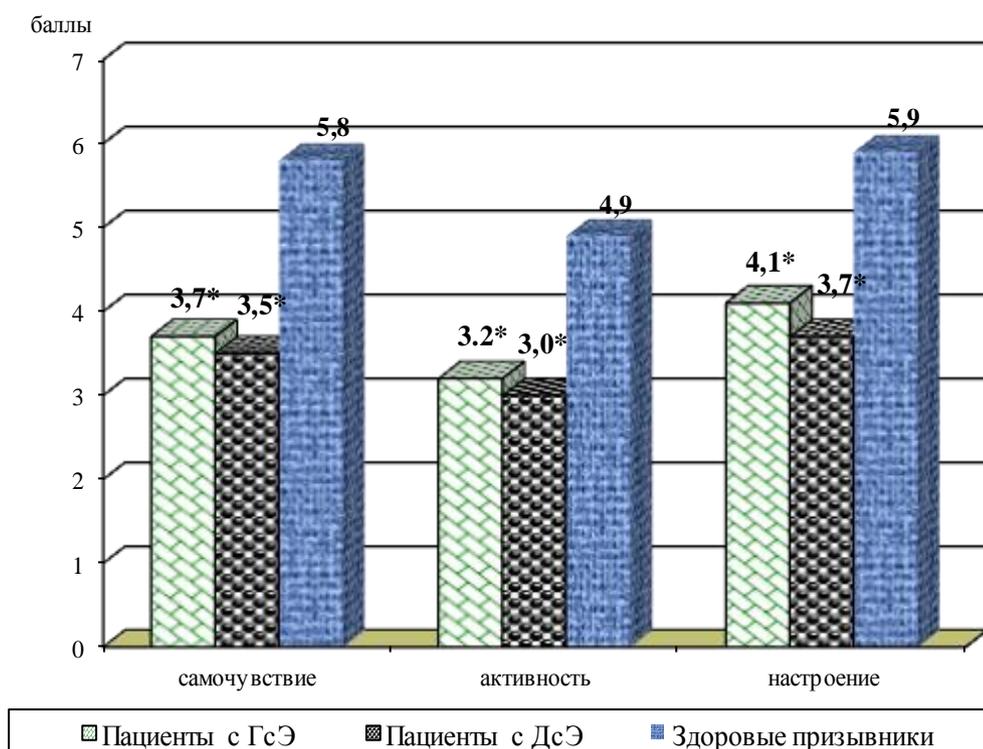


Рисунок 4.4 – Показатели самочувствия, активности, настроения у призывников наблюдаемых групп, баллы (*- достоверность по отношению к группе сравнения, $p < 0,001$)

Показатели САН были значительно снижены в обеих группах (рисунок 4.4), что свидетельствует о нестабильном эмоциональном фоне призывников с гастродуоденальными эрозиями. Положительные эмоции у них преобладали, о чем свидетельствуют показатели настроения.

Оценка показателей тревожности в структуре личности призывников и их реактивности на внешние и внутренние раздражители показала, что они были достоверно выше группы сравнения (рисунок 4.5). Необходимо

отметить, что психологические особенности пациента играют существенную роль в развитии и прогрессировании эрозий желудка и ДПК. Уровень ЛТ и РТ у призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны превышал показатели контрольной группы.

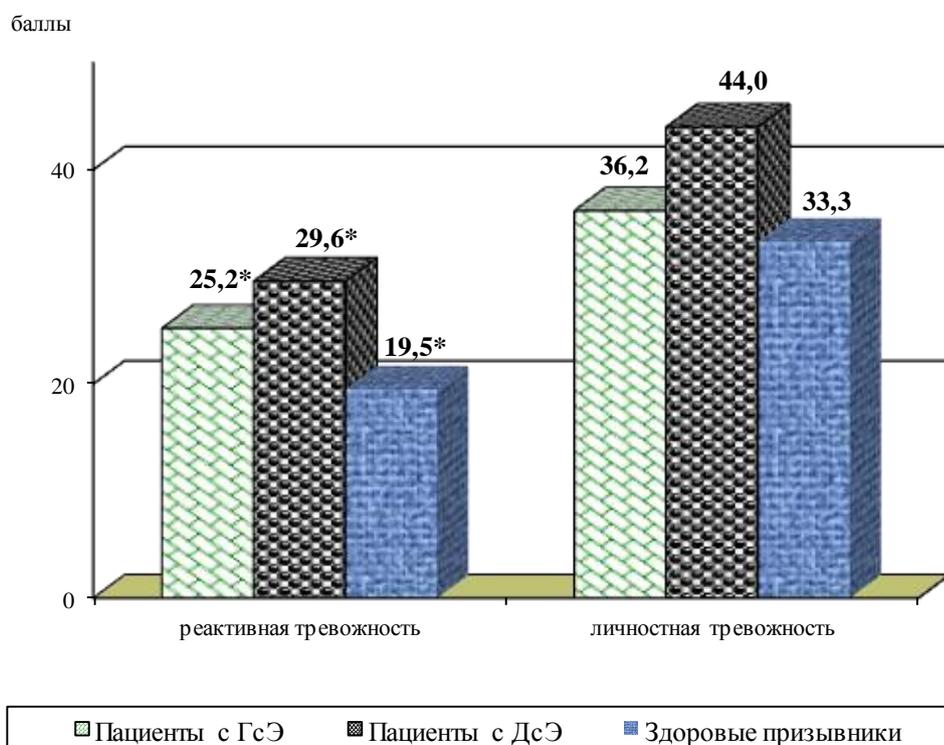


Рисунок 4.5 – Показатели реактивной и личностной тревожности у призывников наблюдаемых групп, баллы (*- достоверность по отношению к группе сравнения, $p < 0,001$)

Таким образом, психологический статус призывников с гастродуоденальными эрозиями характеризуется более высоким уровнем реактивной и личностной тревожности, особенно при ДсЭ, при достоверно низких уровнях самочувствия, активности и настроения. У всех лиц призывного возраста страдает, прежде всего, показатель «активность».

4.7. Характеристика качества жизни призывников

Оценка качества жизни проведена у всех призывников с гастритом и дуоденитом с эрозиями в сравнении с 82 практически здоровыми

призывниками с использованием русскоязычного аналога универсального опросника качества жизни «*SF-36 Health status survey*».

При изучении качества жизни как показателя здоровья установлено, что интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ) у ЛПВ с эрозивными поражениями был статистически достоверно ниже уровня практически здоровых призывников – $528,6 \pm 17,0$ при ГсЭ и $536,7 \pm 17,2$ баллов при ДсЭ (при $668,3 \pm 15,7$ балла в контрольной группе), ($p < 0,01$). Вероятно, это тесно связано с заболеванием гастродуоденальной зоны, т.к. необходимость адаптации к быстро меняющимся внешним факторам жизни и увеличивающемуся количеству социальных ролей у призывников обеих групп одинакова.

Таблица 4.8 – Показатели качества жизни в обследованных группах призывников (в баллах, $M \pm m$)

| Шкала | Группа наблюдения $M \pm m$ | | Группа сравнения (3) $n=82$ $M \pm m$ | P 1-3 | P 2-3 |
|----------------------------------------|--------------------------------|------------------|---------------------------------------------------|-----------|-----------|
| | ГсЭ(1) $n=60$ | ДсЭ(2) $n=44$ | | | |
| Общее состояние здоровья | $52,3 \pm 1,5$ | $55,0 \pm 2,8$ | $76,1 \pm 1,5$ | 0,0000001 | 0,0000001 |
| Физическое функционирование | $84,6 \pm 2,0$ | $84,8 \pm 1,8$ | $96,7 \pm 0,7$ | 0,0000001 | 0,0000001 |
| Ролевое физическое функционирование | $71,0 \pm 2,0$ | $70,5 \pm 3,6$ | $92,0 \pm 2,3$ | 0,0000001 | 0,0000001 |
| Ролевое эмоциональное функционирование | $64,6 \pm 2,0$ | $61,2 \pm 3,6$ | $92,4 \pm 2,3$ | 0,0000001 | 0,0000001 |
| Социальное функционирование | $64,9 \pm 1,5$ | $54,7 \pm 2,7$ | $87,8 \pm 1,4$ | 0,0000001 | 0,0000001 |
| Интенсивность боли | $68,7 \pm 1,6$ | $69,5 \pm 2,4$ | $90,6 \pm 1,1$ | 0,0000001 | 0,0000001 |
| Жизнеспособность | $58,7 \pm 1,5$ | $60,6 \pm 2,1$ | $77,4 \pm 1,8$ | 0,0000001 | 0,0000001 |
| Психическое здоровье | $64,7 \pm 1,4$ | $64,9 \pm 2,2$ | $77,9 \pm 1,2$ | 0,0000001 | 0,0000001 |

Наиболее высокие значения у призывников были получены по шкалам физическое функционирование и ролевое физическое функционирование. Это свидетельствует о том, что призывники на момент исследования не испытывали трудностей в плане физических нагрузок. Статистически

значимое снижение показателей отмечено у призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны по всем шкалам. Самые низкие баллы – по шкалам общее состояние здоровья и жизнеспособность, что требует пристального внимания. Также отмечены низкие баллы по шкалам психическое здоровье и социальное функционирование. С одной стороны, призывники не ограничены в социальных контактах, у них высокий уровень общения, но они не удовлетворены своим социальным статусом. Социальное функционирование, возможно, ухудшалось за счет проблем в общении с родственниками и друзьями, неудовлетворенностью своим материальным и социальным положением. Несмотря на значительное количество социальных контактов, призывники, не полностью удовлетворены их качеством. Они пока не могут реализовать свои амбиции, что оказывает влияние на их здоровье. Снижение показателя ролевого эмоционального функционирования говорит об утомлении, усталости, ограничении повседневной активности в физическом и эмоциональном плане. О чем свидетельствуют показатели активности при исследовании психо-эмоционального статуса. Обращает на себя внимание снижение по шкале «интенсивность боли» (таблица 4.8). У призывников выражен болевой синдром за счет яркого психо-эмоционального компонента, вероятно за счет высокого уровня тревожности, особенно личностной.

Таким образом, полученные данные говорят о низком уровне качества жизни у больных с эрозивной патологией желудка и двенадцатиперстной кишки. Существенное влияние на снижение показателей качества жизни, оказывали шкалы общее состояние здоровья, жизнеспособность, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье, социальное функционирование и интенсивность боли. Самым низким показателем после «общего состояния здоровья» был «жизнеспособность», что может служить скрининговым и прогностическим критерием при прохождении молодыми людьми призывной комиссии.

ГЛАВА 5. ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

5.1. Обоснование терапии и оценка клинических симптомов

Все пациенты с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны были разделены на 2 группы – наблюдения и сравнения.

Первую подгруппу наблюдения составили 36 *НР* - позитивных призывника с ГсЭ и ДсЭ, которым проводилось комплексное лечение с использованием ребамипида. В качестве эрадикационной терапии использовали терапию первой линии: ингибиторы протонной помпы в стандартных дозировках 2 раза в сутки (пантопразол 40 мг), кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки; ребамипид по 100 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней.

Вторую подгруппу наблюдения составили 34 *НР* – негативных призывника с ГсЭ и ДсЭ. Этой группе назначалась антисекреторная терапия (пантопразол 40 мг 2 раза в сутки) и препарат ребамипид по 100 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней.

Призывникам группы наблюдения проводилось интерактивное терапевтическое обучение. Каждому призывнику выдавали рекомендации для пациентов «Эрозивные гастриты и дуодениты: вопросы и ответы» как на бумажном носителе, так и рекомендовали обращаться на сайт медицинской организации, где размещали данное пособие. Пациенту давалась ссылка на сайт, где он мог в любое свободное время ознакомиться с информацией, зайдя на сайт и вернуться к ней при необходимости, а также скачать себе пособие на смартфон или айфон.

Группа сравнения разделена на две подгруппы: первую составили 18 пациентов, получавшие стандартную эрадикационную терапию согласно V Маастрихтскому соглашению в течении 14 дней; вторую – 16 пациентов, получавших антисекреторную терапию в течении 14 дней.

Одним из главных критериев эффективности терапии эрозивных гастритов и дуоденитов является устранение болевого синдрома. В результате комплексного лечения в группе наблюдения уменьшение болевого синдрома в среднем произошло на $3,3 \pm 0,4$ в первой подгруппе и $3,5 \pm 0,5$ день – во второй. В подгруппах сравнения болевой синдром уменьшился на $5,7 \pm 0,7$ в первой подгруппе и на $5,4 \pm 0,6$ день во второй подгруппе. Полностью купирован болевой синдром у 97,2% призывников первой и всех призывников второй подгруппы наблюдения (таблица 5.1). В подгруппах сравнения болевой синдром купировался у 94,5 и 100,0% призывников, соответственно. Исчезновение болевого синдрома происходило на 1-7 день от начала терапии более чем у 2/3 пациентов группы наблюдения призывников.

Таблица 5.1 – Динамика болевого синдрома у пациентов в процессе лечения, %

| Группы больных | Исчезновение болей | | | | Уменьшение болей | | Сохранение болевого синдрома | |
|--------------------------|--------------------|------|------------|------|------------------|------|------------------------------------|-----|
| | 1-7 дней | | 10-14 дней | | 5-6 дней | | | |
| | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | | |
| Группа наблюдения | | | | | | | | |
| Первая подгруппа n=36 | 25 | 69,4 | 4 | 11,1 | 6 | 16,7 | 1 | 2,8 |
| Вторая подгруппа n=34 | 29 | 85,3 | - | - | 5 | 14,7 | - | - |
| Группа сравнения | | | | | | | | |
| Первая подгруппа n=18 | 12 | 66,8 | 2 | 11,1 | 1 | 5,5 | 1 | 5,5 |
| Вторая подгруппа n=16 | 12 | 75,0 | 3 | 18,7 | 1 | 6,3 | - | - |

Считаем необходимым отметить, что применение комплексного лечения более активно способствовало ликвидации боли у пациентов.

Диспепсические явления у пациентов с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны встречались часто, играя существенную роль в клинической картине заболевания. Динамика диспепсических проявлений тоже была положительной (таблица 5.2).

Устранение тошноты достигнуто у всех пациентов первой и 97,1% второй подгрупп наблюдения, изжоги у – 97,2 и 92,1%, отрыжки – у 88,9 и 91,2%, соответственно. Тяжесть в эпигастральной области купировалась у 91,7 и 91,2%, горечь во рту – у 94,4 и 97,0%, соответственно. Симптомы желудочной диспепсии достоверно быстрее купировались в группе наблюдения. В подгруппах сравнения изжога купировалась у 94,4 и 93,7% пациентов, отрыжка – у 83,3 и 81,2%, тошнота – у 94,4 и 87,5%, соответственно.

Лечение сопровождалось уменьшением метеоризма и тенденцией к нормализации стула в обеих группах. После комплексного лечения диарея купировалась достоверно в группе наблюдения. У большинства пациентов улучшился аппетит.

Отмечена положительная динамика в процессе комплексного лечения со стороны физикальных симптомов заболевания. Пальпаторная болезненность исчезла в эпигастральной и пилородуоденальной областях у 77,8 и 82,4% пациентов через 7 дней терапии, у всех призывников группы наблюдения – к концу лечения. В подгруппах сравнения исчезновение болезненности при пальпации произошло на 7 день у 77,8 и 75,0% пациентов, соответственно. К концу лечения пальпаторная болезненность в группе сравнения была также купирована.

Предложенные схемы лечения пациенты переносили хорошо. В группе наблюдения с включением ребамипида переносимость терапии не отличалась от группы сравнения, побочных эффектов выявлено не было.

Таблица 5.2 – Динамика диспепсических проявлений у призывников группы наблюдения в процессе лечения, %

| Диспепсические явления | НР + | | | | | НР - | | | | |
|----------------------------------|---------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|-----------|--------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------|-----------|
| | до лечения (1) (54) | после лечения группа наблюдения (2) (36) | после лечения группа сравнения (3) (18) | p_{1-2} | p_{1-3} | до лечения (50)(4) | после лечения группа наблюдения (5) (34) | после лечения группа сравнения (6) (16) | p_{4-5} | p_{4-6} |
| Отрыжка | 55,6±6,8 | 11,1±5,2 | 16,7±8,8 | 0,0001 | 0,0009 | 44,0±7,0 | 8,8±0,6 | 18,8±9,8 | 0,0001 | 0,129 |
| Изжога | 40,7±6,7 | 2,8±0,7 | 5,6±1,1 | 0,0001 | 0,43 | 52,0±7,0 | 2,9±0,8 | 6,3±1,2 | 0,0001 | 0,0003 |
| Тошнота | 22,2±5,6 | 0 | 5,6±1,1 | 0,0006 | 0,492 | 26,0±6,2 | 2,9±0,8 | 12,5±8,2 | 0,013 | 0,436 |
| Метеоризм | 37,0±6,6 | 8,3±0,6 | 11,2±7,4 | 0,013 | 0,189 | 26,0±6,2 | 11,8±5,5 | 18,8±9,8 | 0,188 | 0,800 |
| Горечь во рту | 22,2±5,6 | 5,6±0,8 | 11,2±7,4 | 0,0285 | 0,867 | 20,0±5,6 | 2,9±0,8 | 6,3±1,2 | 0,052 | 0,369 |
| Снижение аппетита | 46,2±6,8 | 2,8±0,7 | 5,6±1,1 | 0,0001 | 0,017 | 40,0±6,9 | 2,9±0,8 | 12,5±8,2 | 0,0003 | 0,084 |
| Запоры | 9,2±0,4 | 2,8±0,7 | 5,6±1,1 | 0,438 | 0,491 | 8,0±0,6 | 5,9±0,8 | 6,3±1,2 | 0,951 | 0,755 |
| Диарея | 31,5±6,3 | 2,8±0,7 | 11,2±7,4 | 0,0002 | 0,362 | 30,0±6,5 | 2,9±0,8 | 25,0±10,8 | 0,0005 | 0,946 |
| Тяжесть в эпигастральной области | 18,5±5,2 | 8,3±0,6 | 16,7±8,8 | 0,298 | 0,492 | 26,0±6,2 | 8,8±0,6 | 18,8±9,8 | 0,092 | 0,800 |

Таким образом, у большинства пациентов после проведенного лечения во всех группах отмечались благоприятные сдвиги в клинической картине заболевания. У группы наблюдения, получавших комплексное лечение с ребамипидом и интерактивным терапевтическим обучением купирование болевого синдрома и диспепсических проявлений наступало значительно раньше, чем в группе сравнения.

5.2. Динамика функционального состояния гастродуоденального комплекса

При проведении *pH*-метрии после лечения выявлена достоверно большая нейтрализующая функция пилорического отдела. В теле желудка уровень *pH* изменялся незначительно и не имел достоверных отличий в наблюдаемых группах. В пилорическом отделе желудка после лечения в подгруппах сравнения значения *pH* были ниже, чем в группе наблюдения. В подгруппах сравнения уровень *pH* в пилорическом отделе не имел такой выраженной динамики: с $2,0 \pm 0,4$ до $3,0 \pm 0,3$ ($p > 0,05$) и с $2,1 \pm 0,4$ до $3,1 \pm 0,3$ ($p > 0,05$), соответственно.

В кардиальном отделе после лечения наблюдалась достоверная положительная динамика (таблица 5.3). Уровень *pH* в кардиальном отделе в процессе лечения во всех группах демонстрировал положительную динамику, более выраженную в группе наблюдения (с $3,0 \pm 0,3$ до $4,3 \pm 0,4$, $p=0,01$ и с $3,1 \pm 0,3$ до $4,8 \pm 0,4$, $p=0.002$).

Это указывает на значительное улучшение кислотообразующей функции желудка у больных группы наблюдения.

По окончании курса антихеликобактерной терапии уровень эрадикации у призывников в первой подгруппе наблюдения составил – $91,7 \pm 4,6\%$, в первой подгруппе сравнения – $88,9 \pm 5,3\%$. Проводимая терапия позволила добиться эпителизации эрозий по данным эндоскопического наблюдения у $97,2 \pm 2,7\%$ призывников первой и $100,0\%$ – второй подгруппы наблюдения. Средние сроки эпителизации эрозий составили $14,2 \pm 0,5$ и $14,5 \pm 0,5$ дней,

соответственно. В группе сравнения эпителизации эрозий составила $94,4 \pm 5,4$ и $93,8 \pm 6,0\%$, соответственно.

Таблица 5.3 – Динамика уровня *pH* в желудке у призывников с ЭГ и ЭД

| Точки измерения | | Уровни <i>pH</i> | | P |
|----------------------------|----------------------------------|------------------|---------------|------------|
| | | До лечения | После лечения | |
| Пилорический отдел желудка | Первая подгруппа наблюдения n=10 | 2,0±0,4 | 3,5±0,3 | p=0,006822 |
| | Вторая группа наблюдения n=10 | 2,1±0,4 | 3,6±0,4 | p=0,014923 |
| | Первая подгруппа сравнения n=12 | 2,0±0,4 | 3,0±0,3 | p=0,058600 |
| | Вторая подгруппа сравнения n=10 | 2,1±0,4 | 3,1±0,3 | p=0,058600 |
| Тело желудка | Первая подгруппа наблюдения n=10 | 1,3±0,1 | 1,8±0,3 | p=0,128792 |
| | Вторая группа наблюдения n=10 | 1,4±0,3 | 1,7±0,4 | p=0,554926 |
| | Первая подгруппа сравнения n=12 | 1,3±0,1 | 1,7±0,3 | p=0,219760 |
| | Вторая подгруппа сравнения n=10 | 1,4±0,3 | 1,8±0,3 | p=0,356500 |
| Кардиальный отдел желудка | Первая подгруппа наблюдения n=10 | 3,0±0,3 | 4,3±0,4 | p=0,016716 |
| | Вторая группа наблюдения n=10 | 3,1±0,3 | 4,8±0,4 | p=0,002698 |
| | Первая подгруппа сравнения n=12 | 3,0±0,3 | 4,7±0,4 | p=0,002698 |
| | Вторая подгруппа сравнения n=10 | 3,1±0,3 | 4,4±0,4 | p=0,016716 |

В процессе комплексного лечения происходило улучшение слизообразующей функции желудка. Как свидетельствуют данные таблицы 5.4 после проведенного лечения отмечено повышение уровня общих сиаловых кислот.

Таблица 5.4 – Динамика уровня общих сиаловых кислот у призывников обследуемых групп, ммоль/л

| Обследованные группы | Первая подгруппа | | P | Вторая подгруппа | | P |
|----------------------|--------------------|--------------------|----------|---------------------|---------------------|----------|
| | До лечения | После лечения | | До лечения | После лечения | |
| Группа наблюдения | 1,46±0,4 (n=10) | 1,78±0,5 (n=10) | 0,623653 | 0,37±0,07 (n=10) | 0,73±0,09 (n=10) | 0,000622 |
| Группа сравнения | 1,46±0,4 (n=10) | 1,54±0,2 (n=10) | 0,861012 | 0,37±0,07 (n=10) | 0,59±0,1 (n=10) | 0,072644 |

В группе наблюдения уровень ОСК значительно повысился у пациентов с *HP*-неассоциированными эрозивными гастритами и дуоденитами.

Хронические эрозии желудка по данным морфологических исследований 12 пациентов диагностировались на фоне хронического поверхностного гастрита у 58,3% пациентов, атрофического – у 25,0% пациентов, на фоне смешанного – у 16,7%.

Морфологическими признаками хронических эрозий являлись: фовеолярная гиперплазия эпителия, удлинение и расширение желудочных желез. В зоне участков полных эрозий выявляли участки фиброза стромы, фибриноидного некроза слизистой оболочки, инфильтрации слизистой оболочки лимфоцитами. В отличие от пациентов с острыми эрозиями у них гистологически неизменная СО выявлялась редко, в перизерозивной области наблюдались признаки атрофии.

Поверхностный гастрит характеризовался дистрофическими и дисрегенераторными изменениями клеток поверхностного эпителия, наличием воспалительной инфильтрации собственной пластинки слизистой оболочки. При дистрофических изменениях выявлялось уплощение апикальных отделов клеток. Для оценки степени выраженности воспаления слизистой оболочки желудка использовали визуально-аналоговую шкалу [12]. В зависимости от степени распространенности дистрофически измененных клеток среди неизменных клеток поверхностного эпителия и глубины проникновения воспалительной инфильтрации в слизистую оболочку выделяли: слабо-, умеренно-, и сильно выраженные поверхностные гастриты.

Атрофический гастрит характеризовали уменьшением количества нормальных желез, дистрофическими и дисрегенераторными изменениями клеток поверхностного эпителия, воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки желудка. В зависимости от уменьшения количества желез в собственной пластинке слизистой оболочки выделяют умеренную и

выраженную степени атрофии (менее 50% поля зрения и более 50% поля зрения).

Активность воспалительного процесса оценивалась по состоянию сосудов микроциркуляторного русла и включению полинуклеарных лейкоцитов в клеточный мононуклеарный инфильтрат, эпителий желез и в просвет желудочных ямок (таблица 5.5).

Таблица 5.5 – Динамика активности воспаления у призывников с хроническим эрозивным гастритом при морфологическом исследовании (антральный отдел желудка) в процессе лечения, (P±m)

| Фаза воспалительной активности (n=12) | До лечения | После лечения |
|---------------------------------------|------------|---------------|
| Ремиссия | - | 58,3±6,9* |
| Минимальная активность | 27,3±2,7 | 33,4±7,1 |
| Умеренная активность | 54,5 ±4,0 | 8,3±4,1* |
| Выраженная активность | 18,2±3,6 | - |

Примечание: * – достоверные изменения по отношению к группе до лечения, ($p < 0,05$),

Уровень кортизола в периферической крови после комплексного лечения призывников снизился при ГсЭ с $597,3 \pm 87,80$ до $458,76 \pm 16,72$, $p > 0,05$ при ДсЭ с $795,0 \pm 79,30$ до $619,27 \pm 33,45$ нмоль/л, $p = 0,05$. Нормализацию уровня кортизола связываем со снижением реактивной и личностной тревожности призывников за счет использования интерактивных обучающих технологий.

Эпителизация эрозий достигнута в ходе терапии у $91,7 \pm 7,9\%$ пациентов с хроническим гастритом с эрозиями. Явления эзофагита и ДГР купировались у половины обследованных ($58,3 \pm 14,2$).

Таким образом, по данным эндоскопического исследования, в результате комплексного лечения произошло повышение защитно-протективных свойств желудочной слизи, восстановление кислотопродуцирующей функции желудка и секреции кортизола, уменьшение степени активности воспаления в области хронических эрозий желудка.

5.3. Оценка психо-эмоционального статуса и качества жизни призывников в ходе лечения

Оценка психо-эмоционального статуса призывников проводилась после лечения в группах наблюдения и сравнения. Отмечено достоверное улучшение самочувствия, активности и настроения в обеих группах. Уровень ЛТ и РТ у призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны после комплексного лечения достоверно понизился. В группе наблюдения более выражено понизился уровень ЛТ, после лечения у призывников достоверно выше были показатели самочувствия и настроения (таблица 5.6, 5.7).

Таблица 5.6 – Динамика уровней САН, РТ и ЛТ у призывников первой группы наблюдения и сравнения в процессе лечения (в баллах, $P \pm m$)

| Параметры | Первая группа наблюдения n=36 | | Первая группа сравнения n=18 | | p (1-2) | p (3-4) | p (2-4) |
|------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|----------|----------|----------|
| | до лечения (1) | после лечения (2) | до лечения (3) | после лечения (4) | | | |
| Самочувствие | 3,6±0,1 | 5,2±0,2 | 3,6±0,1 | 4,4±0,3 | 0,000000 | 0,016368 | 0,030977 |
| Активность | 3,1±0,1 | 3,9±0,2 | 3,1±0,1 | 3,9±0,3 | 0,000639 | 0,016368 | 1,000000 |
| Настроение | 3,9±0,2 | 5,4±0,2 | 3,8±0,2 | 4,5±0,3 | 0,000001 | 0,060783 | 0,015829 |
| Реактивная тревожность | 27,4±0,7 | 22,0±0,7 | 27,4 ±0,7 | 23,0±1,6 | 0,000001 | 0,016777 | 0,569433 |
| Личностная тревожность | 40,1±1,0 | 36,6±0,7 | 40,1±1,0 | 36,5±1,6 | 0,005486 | 0,065124 | 0,954562 |

Таблица 5.7 – Динамика уровней САН, РТ и ЛТ у призывников второй группы наблюдения и сравнения в процессе лечения (в баллах, $P \pm m$)

| Параметры | Вторая группа наблюдения n=34 | | Вторая группа сравнения n=16 | | p (1-2) | p (3-4) | p (2-4) |
|------------------------|-------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|----------|----------|----------|
| | до лечения (1) | после лечения (2) | до лечения (3) | после лечения (4) | | | |
| Самочувствие | 3,8±0,2 | 5,4±0,1 | 3,8±0,2 | 4,4±0,3 | 0,000000 | 0,106863 | 0,002741 |
| Активность | 3,2±0,1 | 3,5±0,1 | 3,2±0,1 | 3,6±0,3 | 0,037713 | 0,215974 | 0,753230 |
| Настроение | 4,2±0,2 | 5,4±0,3 | 4,2±0,2 | 4,5±0,3 | 0,001442 | 0,412180 | 0,039198 |
| Реактивная тревожность | 26,4±0,6 | 22,8±0,9 | 26,4 ±0,6 | 23,8±1,6 | 0,001442 | 0,138956 | 0,588512 |
| Личностная тревожность | 40,2±1,0 | 35,7±1,5 | 40,2±1,0 | 37,9±2,3 | 0,015101 | 0,366670 | 0,427052 |

Таким образом, у призывников уменьшились явления психо-эмоциональной дезадаптации, которые выразились в повышении самочувствия, активности, настроения и снижении реактивной и личностной тревожности.

Оценка качества жизни после лечения проведена у всех призывников обследованных групп. После лечения в группе наблюдения достоверно улучшились все показатели, в меньшей степени – «жизнеспособность» (рисунок 5.1 а, б). Низкие баллы по этой шкале свидетельствуют о снижении жизненной активности и жизнелюбия пациентов. При изучении качества жизни как показателя здоровья, установлено, что интегральный показатель качества жизни вырос с $528,6 \pm 17,0$ и $536,7 \pm 17,2$ баллов в первой и второй подгруппах наблюдения до 644,0 и 648,4 баллов, соответственно. Показатели «интенсивность боли», «физическое функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» достигают практически ста процентов в обеих группах. Динамика показателей «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», ролевое эмоциональное функционирование после лечения в подгруппах наблюдения были достоверно выше, чем в подгруппах сравнения.

В ходе комплексного лечения у подавляющего числа больных клинически наступила положительная динамика, характеризующаяся ранним уменьшением и исчезновением болевого синдрома, купированием диспепсических проявлений, произошло улучшение кислотопродуцирующей и слизиобразующей функции желудка как при *HP*-ассоциированных, так и *HP*-неассоциированных гастритах и дуоденитах с эрозиями.

При хронических эрозиях улучшилась морфологическая картина СОЖ. Показатели качества жизни призывников и их психо-эмоциональный статус достоверно улучшились после проведенного лечения.

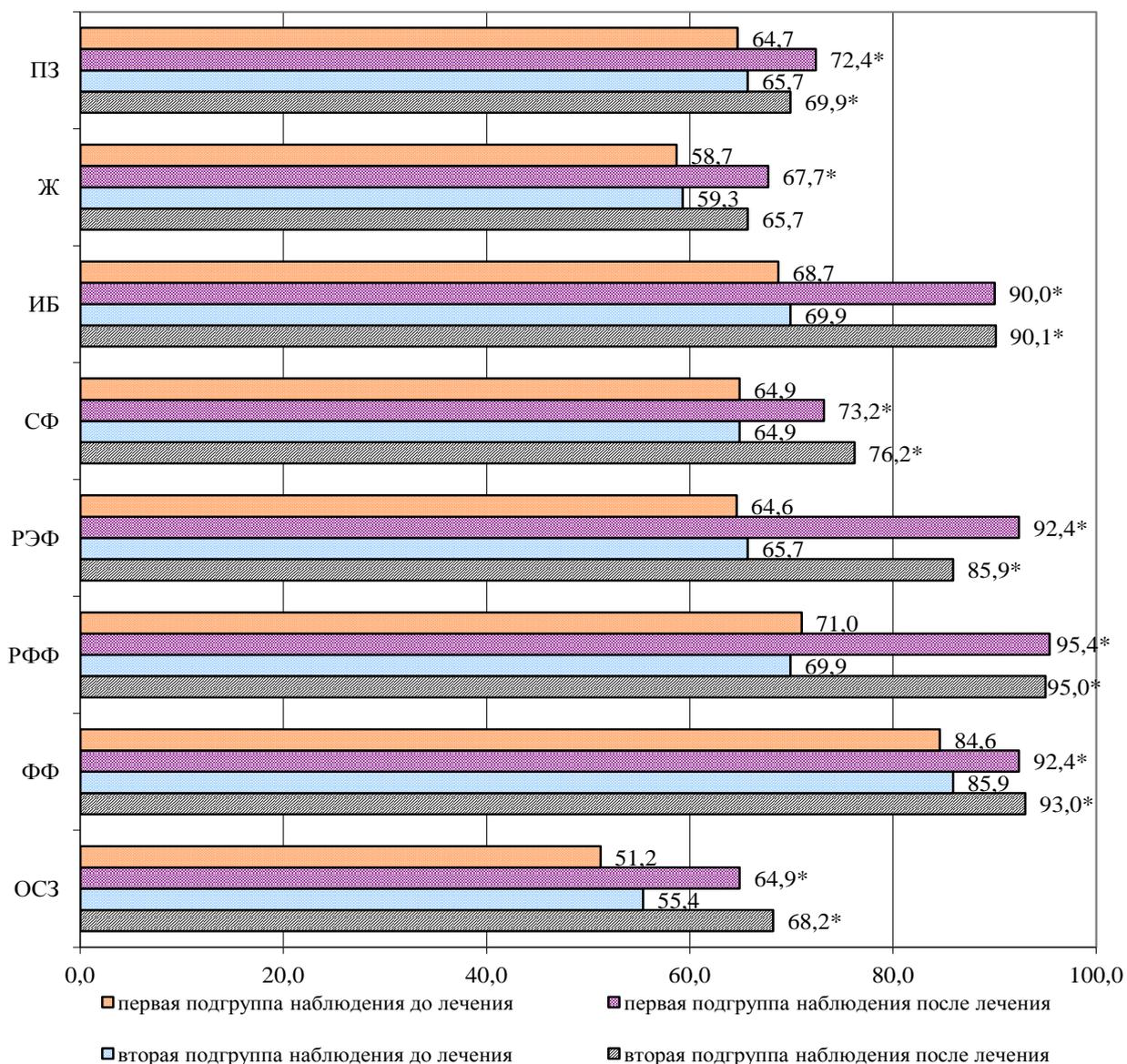


Рисунок 5.1 а) – Профиль КЖ призывников группы наблюдения до и после лечения, баллы (*- достоверность по отношению к группе наблюдения до лечения, $p < 0,001$)

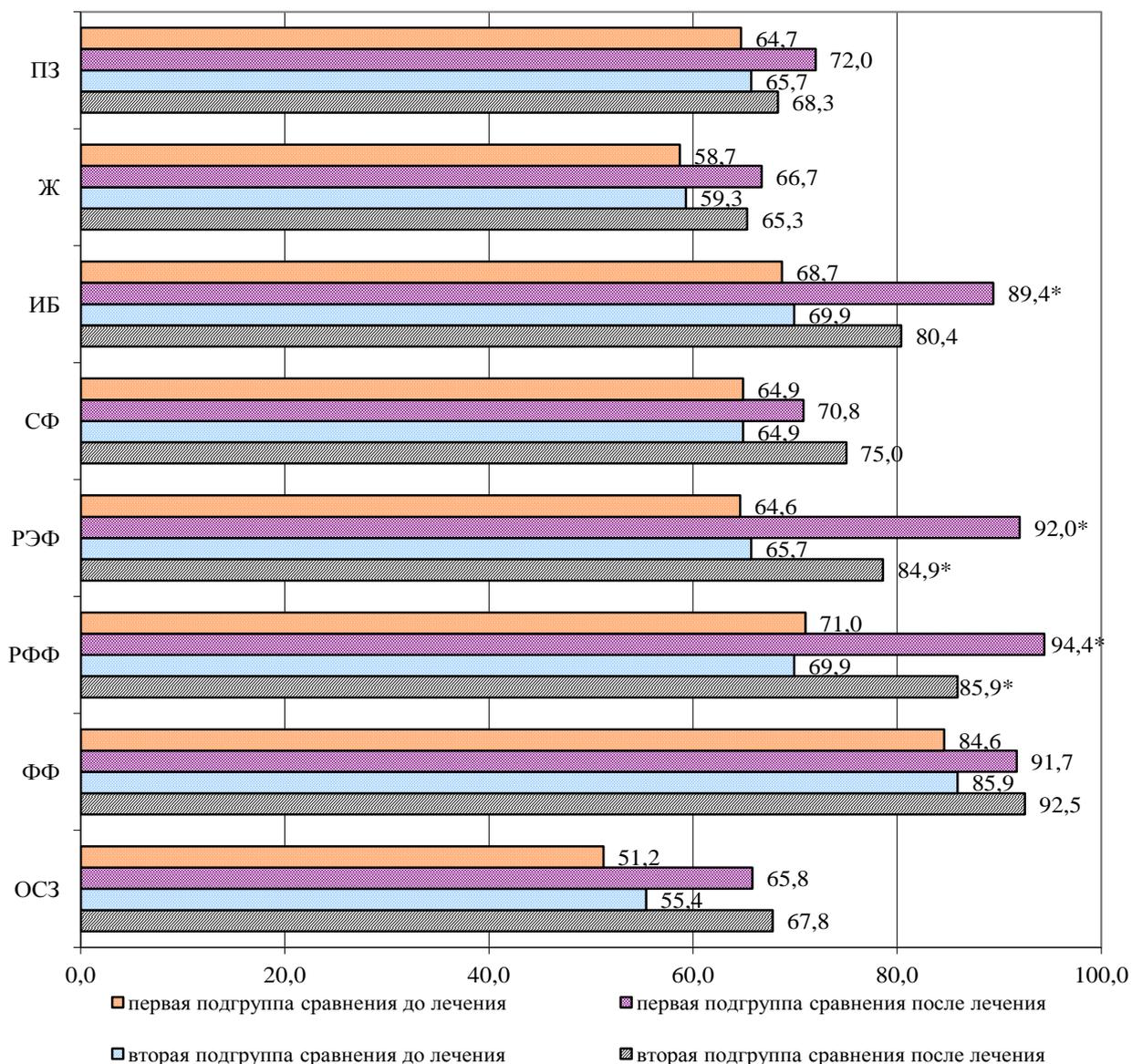


Рисунок 5.1 б) – Профиль КЖ призывников группы сравнения до и после лечения, баллы (*- достоверность по отношению к группе наблюдения до лечения, $p < 0,001$)

5.4. Интерактивные обучающие технологии

Целью введения терапевтического обучения в процессе лечения призывников явилось совершенствование санитарно-просветительной работы с молодежью для формирования у них представлений о заболевании

и его лечении, ведущее к изменению поведения и образа жизни в союзе с врачом.

Основные задачи терапевтического интерактивного обучения: разъяснить пациентам факторы риска возникновения эрозивных поражений гастродуоденальной зоны, и их обострений, возможные осложнения; повысить мотивацию у молодежи к оздоровлению и приверженности к выполнению рекомендаций врача.

В последние годы разработаны и проведены фундаментальные исследования в области применения терапевтического обучения. В настоящее время в мировой практике показано, что одним из прогрессивных подходов к решению проблем, связанных с лечением и профилактикой, является система обучения больных. Однако, несмотря на имеющийся опыт в «Школах обучения пациентов», остается много нерешенных вопросов. Одним из них, является то, что пациенты в молодом возрасте получают информацию из интернета, пользуясь современными гаджетами. Молодые люди меньше читают, а если и читают, то пользуются современными смартфонами. Школы здоровья и традиционные центры профилактики они не посещают, имея низкую мотивацию к повышению санитарной грамотности.

Поэтому для объяснения пациентам особенностей диеты, режима питания, течения заболевания и лечения было решено использовать интерактивное обучение с применением современных технических средств.

При обращении пациента за медико-санитарной помощью при сборе анамнеза устанавливался образовательный уровень пациента, оценивался его социальный статус, уровень гигиенической грамотности, медицинской активности, качество жизни, определялась его мотивация к обучению, его уровень психо-эмоционального статуса.

Каждому призывнику выдавали рекомендации для пациентов как на бумажном носителе, так и рекомендовали обращаться на сайт медицинской организации, где размещали данное пособие (рис.5.2).

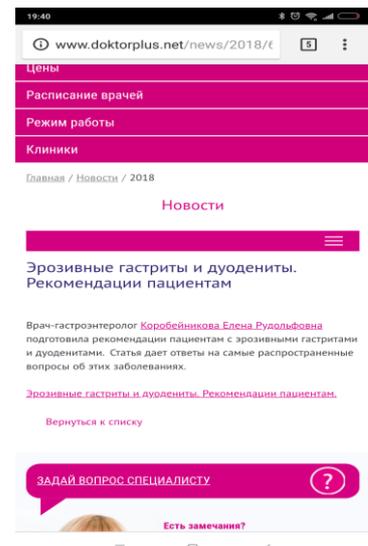
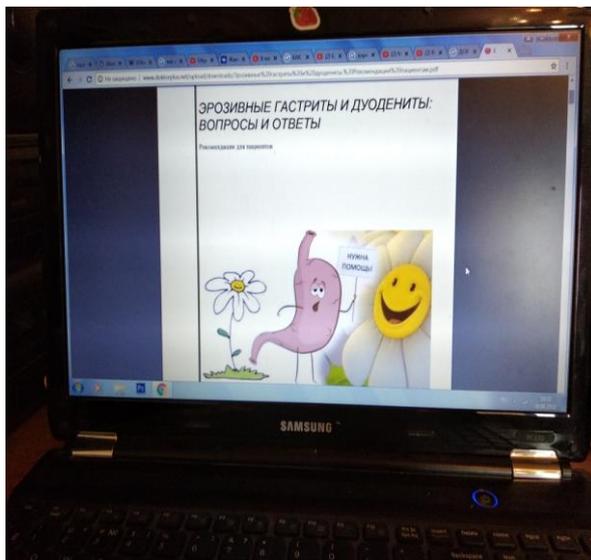


Рисунок 5.2 – Главная страница обучающего сайта на интернет-странице медицинской организации

Пациенту давалась ссылка на сайт, где он мог в любое свободное время ознакомиться с информацией, зайдя на сайт и вернуться к ней при необходимости, а также скачать себе пособие на смартфон. Эффективность интерактивного терапевтического обучения оценивалась методом анкетирования с использованием опросника качества жизни «*SF-36 Health status survey*».

При разработке рекомендаций для призывников учитывались наиболее часто задаваемые вопросы по поводу заболевания, поэтому рекомендации нами были подготовлены в виде вопросов-ответов.

В них вошли вопросы:

- 1) Что собой представляет пищеварительный тракт и как он функционирует?
- 2) Какие факторы вызывают образование эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки?
- 3) По каким признакам можно определить наличие эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки?
- 4) Как можно выявить бактерию хеликобактер пилори?
- 5) Что такое фиброгастроскопия?

- 6) Чем опасны эрозивные гастриты и дуодениты?
- 7) Какого режима следует придерживаться?
- 8) Нужно ли придерживаться диеты?
- 9) Влияет ли курение на течение данной патологии?
- 10) Можно ли больным с эрозивным гастритом и дуоденитом принимать алкоголь?
- 11) Какие лекарственные препараты используются для лечения?

5.5. Обоснование и внедрение профилактических мероприятий для призывников с ЭПГДЗ

В практической деятельности врача важно заранее прогнозировать течение заболевания, что определяет тактику ведения больных и возможность предупреждения рецидивов. В этой связи необходима разработка ранней диагностики заболевания, адекватных подходов и эффективных методов терапии эрозивных поражений.

Для лучшего осмысления ведущих факторов риска эрозивных гастритов, риск – факторы были разделены на 4 группы: социально-экономические, социально-гигиенические, психологические и медицинская активность. Зависимость между ними и формированием эрозивных поражений подтверждена статистически. Как видно из таблицы 5.8. факторами риска развития ЭПГДЗ у ЛПВ является неудовлетворенность жилищными условиями (ОР=1,70), отказ от завтрака (ОР=2,16), прием горячей пищи менее 2 раз в день (ОР=1,87), несоблюдение режима питания (ОР=1,57), употребление алкоголя (ОР=1,64), курение (ОР=2,82), конфликты в семье при отсутствии взаимоподдержки (ОР=2,75), высокий уровень РТ (ОР=7,63) и ЛТ (ОР=7,42).

Таким образом, проводимые в настоящее время профилактические мероприятия среди молодежи недостаточно эффективны с точки зрения формирования гигиенического поведения призывников, которое в конечном

итоге приводит к формированию контингента ограниченно годного к службе в Вооруженных Силах РФ.

Таблица 5.8 – Факторы риска развития патологии у призывников

| № | Риск – факторы | χ^2 | Q | OP |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------|------|------|
| Социально-экономические | | | | |
| 1. | Неблагоприятные жилищные условиями | 3,84 | 0,32 | 1,69 |
| 2. | Неудовлетворенность жилищно-бытовыми условиями | 2,34 | 0,22 | 1,29 |
| 3. | Среднемесячный доход менее прожиточного минимума на одного члена семьи | 7,22 | 0,40 | 1,31 |
| Социально-гигиенические | | | | |
| 4. | Употребление алкогольных напитков | 15,16 | 0,53 | 1,64 |
| 5. | Курение | 19,98 | 0,59 | 2,82 |
| 6. | Несоблюдение режима дня | 11,05 | 0,48 | 1,40 |
| 7. | Питание менее 3х раз в день | 2,09 | 0,27 | 1,57 |
| 8. | Отсутствие завтрака | 10,90 | 0,50 | 2,16 |
| 9. | Прием горячей пищи менее 2 раз в день | 2,67 | 0,34 | 1,87 |
| 10. | Продолжительность сна менее 6 часов | 0,50 | 0,11 | 0,84 |
| 11. | Нерациональная организация досуга | 1,60 | 0,19 | 1,13 |
| Психологические | | | | |
| 12. | Конфликты в семье | 8,3 | 0,84 | 2,75 |
| 13. | Отсутствие взаимоподдержки в семье | 8,3 | 0,84 | 1,75 |
| 14. | ЛТ более 30 | 23,02 | 0,77 | 7,42 |
| 15. | РТ более 30 | 22,21 | 0,77 | 7,63 |
| Медицинская активность | | | | |
| 16. | Низкая медицинская активность | 0,48 | 0,09 | 1,10 |

Нами была разработана скрининговая прогностическая таблица (таблица 5.9) для выявления пациентов группы риска по развитию ЭПГДЗ и своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий. Она применялась на этапе прохождения призывниками военно-врачебной комиссии.

Разработка таблицы осуществлялась на основе теоремы гипотез (формуле Байеса) и алгоритма последовательной статистической процедуры Sano. Уровень ошибок при проведении прогностической процедуры как для благоприятного прогноза при фактическом неблагоприятном – гиподиагностика (α), так и для неблагоприятного прогноза при фактическом благоприятном – гипердиагностика (β) был установлен равным 10,0%, что дало возможность рассчитать пороговый коэффициент, составляющий +13

баллов (Л.Ф.Молчанова,1990). Проверка таблицы на обучающей группе выявила 15,0% ошибок в сторону гиподиагностики и 8,0% – в сторону гипердиагностики, неопределенных ответов было 19,0% и правильных – 58,0%. После корректировки таблицы и испытания ее на проверочной группе с отказом от неопределенных ответов было получено 88,0% правильных ответов и 12,0% ошибочных, в том числе 3,0% в сторону гиподиагностики. Проверка таблиц проводилась в БУЗ УР 1 РКБ МЗ УР и поликлинике «Медсервис».

Таблица 5.9 – Скрининговая прогностическая таблица на выявление эрозивных поражений гастродуоденальной зоны на этапе военно-врачебных комиссий

| № | Признак | Характеристика | Количество баллов |
|-----|---------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| 1. | Отсутствие завтрака | Отсутствует завтрак | +2,5 |
| | | завтрак всегда | -2,0 |
| 2. | Питание менее 3х раз в день | Менее 3 раз | +2,5 |
| | | Более 3 раз | -2,0 |
| 3. | Прием горячей пищи менее 2 раз в день | Менее 2 раз в день | +2,5 |
| | | 2раза и больше | -2,0 |
| 4. | Несоблюдение режима дня | не соблюдает | +2,5 |
| | | соблюдает | -2,0 |
| 5. | Семейный бюджет на одного члена семьи | до 5 тысяч рублей | +1,5 |
| | | Более 5 тысяч рублей | -1,0 |
| 6. | Условия проживания | неудовлетворительные | +1,5 |
| | | удовлетворительные | +0,5 |
| | | хорошие | -1,0 |
| 7. | Курение | курит | +2,5 |
| | | не курит | -3,0 |
| 8. | Прием алкоголя | Употребление большими дозами | +2,5 |
| | | Редкое употребление | +1,0 |
| | | Не употребляет | -2,0 |
| 9. | Конфликты в семье | всегда | +1,5 |
| | | иногда | +0,5 |
| | | Не было | -2,0 |
| 10. | ЛТ б30 | есть | +1,5 |
| | | нет | -1,0 |
| 11. | РТ б 30 | есть | +1,5 |
| | | нет | -1,0 |

При проведении скрининг-опроса врач или медицинская сестра заполняет таблицу, отмечая баллы и сразу их суммирует. Достижение порога

(+13 баллов) позволяет сделать вывод «есть ЭПГДЗ» и прервать опрос на любом вопросе таблицы. Но если мы хотим выяснить более подробно об условиях и образе жизни респондента и выработать правильное направление беседы с ним по вопросам повышения его медицинской грамотности, опрос нужно провести по всей таблице. Чем больше «положительных» баллов будет подчеркнуто по достижении порога, тем больше вероятность срыва адаптивных возможностей в виде формирования ЭПГДЗ. Пациент, который набрал +13 баллов, подлежит комплексному лечению с оптимизацией образа жизни и последующей диспансеризации. Пациенты, набравшие от + 12 до - 12 баллов, подлежат диспансерному наблюдению с проведением диспансерных и оздоровительных мероприятий. Скрининг-оценка проводится ежегодно, ее анализ возможен только в сравнении с результатом предыдущего обследования. Отрицательная динамика показателей диспансеризации должна стать предметом особого внимания.

Большинство выявленных факторов риска являются устранимыми со стороны самих призывников и не требуют значительных финансовых вложений. Для этого было разработано пособие для призывников «Эрозивные гастриты и дуодениты: вопросы и ответы», которые размещены на сайтах медицинских организаций УР и изданы в центре профилактики.

Также нами было разработано методическое пособие: для врачей («Современные методы диагностики и лечения эрозивных гастритов, ассоциированных с *Helicobacter pylori*»).

Всем призывникам было проведено комплексное лечение, они прошли Военно-врачебную комиссию и были направлены на службу в ряды Российской Армии.

Клинический пример 1

Призывник Ф., 21 год поступил по направлению военного комиссариата Удмуртской Республики по городу Глазову, Глазовскому, Балезинскому и Ярским районам (Акт исследования состояния здоровья) на обследование в поликлинику 1РКБ с подозрением на Язвенную болезнь ДПК.

Проведено обследование, которое включало ЭФГДС, определение *H.pylori* уреазным тестом, определение кислотности желудка.

Жалобы на периодические ноющие боли в эпигастральной области, также беспокоили ночные, голодные боли, которые пациент купировал приемом фосфалюгеля. Отмечал периодическую тошноту, тяжесть, дискомфорт в эпигастральной области после еды, периодическую изжогу, возникающую после еды. Аппетит хороший. Стул 1 раз в сутки, оформленной консистенции.

Впервые боли в эпигастрии появились год назад, боли ни с чем не связывает.

Живет в городе Глазове, работает рабочим. Питание горячей пищей 1-2 раза в день, частое питание всухомятку. Наследственность: у отца язвенная болезнь ДПК. Вредные привычки: не курит, алкоголь (пиво 1-2 раза в неделю по 500 мл, водка 1 раз в месяц по 100 гр.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Рост 176см, вес 72 кг. Конституция астеническая. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски. Дыхание везикулярное, чдд 16 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, чсс 78 ударов в минуту. Отмечается обложенность языка белым налетом у корня. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень не увеличена. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Лабораторно-инструментальные данные до лечения:

ЭФГДС: выявлено наличие трех хронических эрозий в антральном отделе желудка (0,2; 0,3 и 0,5 см), признаки дуоденита, ДГР, рефлюкс-эзофагит, хелик-тест+++

Внутрижелудочная рН-метрия: пилорический отдел – 1,1; тело желудка – 0,6; кардиальный отдел – 1,5.

Гистологическое исследование: признаки хронического поверхностного гастрита, обострение, умеренной степени активности.

Назначена комплексная терапия (амокксициллин 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин 500 мг 2 раза в день, пантопразол 40 мг 2 раза в день), ребамипид по 1 таблетке 3 раза в день 14 дней и интерактивные обучающие технологии. В процессе терапии на третий день отмечалось уменьшение болевого диспепсического синдромов. Купирование болевого синдрома произошло на шестой день терапии, диспепсического – на восьмой. Объективно: при пальпации живот мягкий, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные данные после лечения:

ЭФГДС: три хронические эрозии в антральном отделе желудка эпителизировались.

Внутрижелудочная рН-метрия: пилорический отдел – 3,4; тело желудка – 1,8; кардиальный отдел – 2,2.

Гистологическое исследование: признаки хронического поверхностного гастрита, ремиссия.

Общие сиаловые кислоты до лечения-4,718, после лечения-5,39

Диагноз: Хронический гастрит антрального отдела желудка с эрозиями, ассоциированный с *H pylori*, обострение. Хронический дуоденит, обострение. ДГР. ГЭРБ: Хронический рефлюкс-эзофагит, обострение.

Клинический пример 2

Призывник М., 20 лет поступил по направлению военного комиссариата Удмуртской Республики в поликлинику 1РКБ на обследование.

Считает себя больным в течение 6 месяцев года, когда появились ноющие боли и тяжесть в эпигастральной области после еды, горечь во рту, изжога и отрыжка после приема пищи. К врачу не обращался, самостоятельно принимал но-шпу при болях.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Нормального питания, правильного телосложения, рост 176 см, вес 71 кг. Дыхание везикулярное, хрипов нет, чдд 16 в минуту. АД 120/85 мм рт ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, чсс 68 в минуту Живот при пальпации обычной формы, мягкий, отмечается болезненность в эпигастральной области. Определяется «+» с-м Менделя. Печень на краю реберной дуги. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Лабораторно-инструментальные данные: в общем и биохимических анализах крови изменений не выявлено.

ФГДС: желудок обычной формы, содержит желчь в умеренном количестве, слизистая очагово гиперемирована; в антральном отделе, на стенках множественные острые эрозии, геморрагии, Д до 0,5 см. Луковица ДПК не деформирована. В просвете ДПК умеренное количество желчи. Фатеров сосок прикрыт складкой, без признаков воспаления.

Тест на Helicobacter pylori отрицательный (тест-система ХЕЛПИЛ)

Пациенту амбулаторно проведено комплексное лечение, включающее пантопразол по 40 мг 2 раза в день натощак, препарат ребамипид по 1 таблетке 3 раза в день 14 дней и обучающие интерактивные технологии.

Боли в эпигастрии и диспепсия купировались на 4 день терапии. При *объективном осмотре* на 14 - й день лечения болезненность в эпигастрии отсутствовала, симптом Менделя отрицательный. Проведено контрольное *ФГДС* через 14 дней: СОЖ с очаговой гиперемией, эрозии эпителизировались.

Кортизол 242 нмоль/л (референсные значения утро до 10 час 101,2-535,7)
гастрин 24мкЕд / мл (референсные значения 13-115)

Интрагастральная топографическая РН метрия

| Локализация точек измерения | РН до лечения | РН после лечения | Норма |
|-------------------------------|---------------|------------------|----------|
| Пищевод вз(1) | 7,0 | 7,0 | 7,0±0,2 |
| Пищевод нз(2) | 4,7 | 4,7 | 4,8±0,4 |
| «Озерцо»(3) | 0,8 | 1,0 | 1,47±0,1 |
| Тело желудка задн.стенка (4) | 0,8 | 1,0 | 1,6±0,1 |
| Тело желудка перед.стенка (5) | 0,6 | 0,8 | 1,4±0,1 |

| | | | |
|-------------------------------------|-----|-----|-----------|
| Антральный отдел мал.кривизна (6) | 1,5 | 2,6 | 4,6±0,4 |
| Антральный отдел больш.кривизна (7) | 1,3 | 2,8 | 4,6±0,4 |
| Луковица ДПК | 5,8 | 6,7 | 6,5 ±0,25 |

Общие сиаловые кислоты до лечения-0,994, после лечения-1,038

Диагноз: Острый эрозивный (геморрагический) гастрит, не ассоциированный с *HP*, с повышенной секреторной функцией, с множественными эрозиями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болезни органов пищеварения вносят значительный вклад в структуру заболеваний лиц призывного возраста, наличие которых приводит к ограничению годности призывников к службе в Вооруженных Силах РФ.

Наблюдающийся в последние годы рост заболеваемости гастритами и дуоденитами с эрозиями у лиц молодого возраста, увеличение хронизации процесса свидетельствует об актуальности проблемы по дальнейшему изучению патогенеза и поиску новых подходов в терапии.

Патогенетические механизмы эрозивных поражений гастродуоденальной зоны сложны и многогранны. Это и кислотная агрессия, и дуодено-гастральный рефлюкс, нарушение клиренса антродуоденальной зоны и микроциркуляции, инфицирование *Helicobacter pylori* и многое другое. Несмотря на большой прогресс в изучении данной патологии многие вопросы этиологии, лечения и профилактики остаются сложными и противоречивыми. Актуальность поиска новых схем терапии объясняется и высокой резистентностью населения к макролидам до 18,4%, к метронидазолу от 40 до 79,4%, реинфекцией *HP* и повышением частоты побочных явлений терапии.

В последнее время большой интерес в лечении эрозивных поражений гастродуоденальной зоны придает гастропротекции. Определенную нишу в этой группе занимает современный препарат ребамипид. Препарат ребамипид относится к группе цитопротекторов, широко применяется во многих странах мира (Япония, Южная Корея, Китай, Индия) и зарегистрирован в России. Основное действие ребамипида заключается в стимулировании синтеза простагландинов, факторов роста, повышении продукции желудочной слизи и гликопротеинов [190, 217], ингибировании продуктов перекисного окисления липидов [260] и воспалительных цитокинов в слизистой оболочке желудка и кишечника [220, 259]. Ребамипид улучшает кровоснабжение слизистой оболочки ЖКТ и повышает ее барьерную функцию. Препарат оказывает противовоспалительное и

протективное действие. Добавление его к схемам эрадикации значительно повышало эффективность тройной терапии, уменьшался риск повторной колонизации, снижалась вероятность развития рецидивов [48, 235, 123]. Препарат применяется не только для курса эрадикационной терапии, но и последующего лечения эрозивных поражений гастродуоденальной зоны [212, 248, 184]. В работах многих авторов доказана эффективность ребамипида при эрозивно-язвенных поражениях различной этиологии, позволяющая полностью восстанавливать слизистую оболочку ЖКТ [133, 198]. Следует отметить, что препарат обладает минимальными побочными эффектами.

В настоящее время при оказании медицинско-профилактической помощи населению большое значение придается терапевтическому обучению пациентов с целью повышения их информированности и активного вовлечения в лечебно-диагностический процесс. Особенно это важно для молодых лиц, т.к. у них отсутствует мотивация к активному укреплению здоровья. Доказано, что при повышении осведомленности пациентов по вопросам течения, лечения и профилактики заболеваний, приверженности их к выполнению назначений врача значительно повышается эффект лечебных мероприятий. [174].

Поэтому дальнейшая работа по раскрытию патогенетических механизмов эрозивных поражений гастродуоденальной зоны и использование интерактивных обучающих технологий позволит разработать новые эффективные лечебно-профилактические мероприятия.

Цель нашей работы – оптимизация лечебно-профилактических мероприятий с применением интерактивного терапевтического обучения для призывников с *Helicobacter pylori*-ассоциированными и *Helicobacter pylori*-неассоциированными гастритами и дуоденитами с эрозиями.

Проведено углубленное изучение заболеваемости призывников за семилетний период, изучена роль социально-гигиенических факторов, образа жизни юношей, качества жизни и некоторых аспектов патогенеза гастрита и дуоденита с эрозиями. Предложены новые подходы по совершенствованию

методов терапии и профилактики эрозивных поражений желудка и ДПК у призывников.

На первом этапе проведен анализ заболеваемости лиц призывного возраста по результатам медицинского освидетельствования 74469 призывников Удмуртской Республики при призыве на военную службу по статьям Расписания болезней и экспертным заключениям по военному комиссариату Удмуртской Республики в ходе военно-врачебной экспертизы с 2010 по 2016 годы (согласно Постановлению Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе»). Критериями являлись показатели категорий годности лиц призывного возраста к военной службе. Анализ структуры заболеваемости призывников, в том числе болезнями органов пищеварения (обследован 2851 призывник) проведен по данным обследования специалистов поликлиники БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» за трехлетний период путем выкопировки данных из «Журнала регистрации заключений актов военных комиссариатов». Проведено социально-гигиеническое исследование методом анкетирования призывников по выявлению факторов риска по специально разработанной программе, включающей разделы: общие сведения, условия жизни и труда, режим дня, общая характеристика питания, гигиеническая грамотность и медицинская активность.

На втором этапе в клинических условиях проведено комплексное обследование 104 призывников с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны: 60 человек с гастритом с эрозиями в возрасте $21,0 \pm 0,7$ и 44 с дуоденитом с эрозиями в возрасте $20,1 \pm 0,7$ лет. Группу контроля составили 82 практически здоровых призывника в возрасте $19,3 \pm 0,9$ лет. Всем пациентам наряду с общеклиническим и современным лабораторно-инструментальным обследованием проведено изучение качества жизни с использованием русскоязычного аналога универсального опросника качества жизни «*SF-36 Health status survey*». Психо-эмоциональный статус оценивали по шкале личностной и ситуативной тревожности Ч.Д.

Спилбергера и Ю.Л. Ханина (1981) и «Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения» (А.А. Карелин, 1999).

На третьем этапе все пациенты с ЭПГДЗ были разделены на 2 группы – наблюдения и сравнения. Первая подгруппа наблюдения была *НР* - позитивной, призывникам проводилось комплексное лечение с использованием ребамипида. В качестве эрадикационной терапии использовали терапию первой линии: стандартная тройная схема эрадикационной терапии проведена у 36 призывников с ГсЭ и ДсЭ: ингибиторы протонной помпы в стандартных дозировках 2 раза в сутки (пантопразол 40 мг), кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки; ребамипид по 100 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней.

Вторая подгруппа наблюдения призывников была *НР* - негативной, этой группе назначалась антисекреторная терапия (пантопразол 40 мг 2 раза в сутки) и препарат ребамипид по 100 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней. Лечение было проведено 34 призывникам с ГсЭ и ДсЭ.

Призывникам группы наблюдения проводилось интерактивное терапевтическое обучение. Каждому призывнику выдавали рекомендации для пациентов «Эрозивные гастриты и дуодениты: вопросы и ответы» как на бумажном носителе, так и рекомендовали обращаться на сайт медицинской организации, где размещали данное пособие. Пациенту давалась ссылка на сайт, где он мог в любое свободное время ознакомиться с информацией, зайдя на сайт и вернуться к ней при необходимости, а также скачать себе пособие на смартфон.

Группа сравнения представлена двумя подгруппами: первую составили 18 пациентов, получавшие стандартную эрадикационную терапию в течение 14 дней; вторую – 16 пациентов, получавших антисекреторную терапию в течение 14 дней.

Ретроспективный анализ за 7 лет показал, что уровень общей заболеваемости лиц призывного возраста снизился с 716,2 до 598,5 на 1000

освидетельствованных за счет класса болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани и болезней мочеполовой системы. На фоне снижения общей заболеваемости в 2015-2016гг при применении метода трендового моделирования показано достоверное повышение заболеваемости призывного контингента УР к 2019 году ($R^2 = 0,96$). За анализируемый период увеличилось количество годных к военной службе в УР с 28,4 до 40,1 на 100 освидетельствованных, годных с незначительными ограничениями – с 38,7 до 47,4. Уменьшилось число ограничено годных с 49,5 до 42,6 и временно не годных к военной службе с 10,0 до 7,1 на 100 освидетельствованных. В структуре заболеваемости на первом месте стояли болезни системы кровообращения – 16,9%, доля их увеличилась за семилетний период на 26,8%. На втором и третьем местах находились болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 14,8% и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 13,3%.

Болезни органов пищеварительной системы стояли на четвертом месте – 10,5%. Число годных с данной патологией с незначительными ограничениями увеличилось на 11,3%, уменьшилось количество ограничено годных (на 7,9%), временно годных (на 3,6%) и не годных к военной службе (на 0,6%). По статье 59 «Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы», куда относятся гастриты и дуодениты с эрозиями, ежегодно признается ограниченно годным и не годным к военной службе каждый пятый ($21,3 \pm 2,1\%$) призывник.

Анализ структуры заболеваемости болезнями пищеварительной системы при освидетельствовании в условиях оказания специализированной медицинской помощи 2851 призывников показал, что чаще всего призывники страдали патологией гастродуоденальной зоны. На первом месте в структуре заболеваемости были хронические дуодениты (26,7%), на втором

– язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (22,5%), на третьем – хронические гастриты (21,0%).

По данным социально-гигиенического исследования призывного контингента установлено, что большинство респондентов были холосты, проживали с родителями, у $62,5 \pm 4,7\%$ призывников с патологией гастродуоденальной зоны выявлена наследственная отягощенность. Анализ самооценки условий проживания показал, что большинство ($74,0 \pm 4,5\%$) призывников группы наблюдения и $86,6 \pm 5,3\%$ группы сравнения ($p > 0,05$), оценивали свои жилищные условия как хорошие. Материальные трудности испытывали – $39,4 \pm 4,7$ и $18,3 \pm 4,2$ из 100 семей в обследуемых группах ($p = 0,0009$) в связи с употреблением родителями алкоголя и безработицей. Микроклимат в семьях больных с ЭПГДЗ только в половине случаев ($59,6 \pm 4,8$) характеризовался доверительными и дружескими отношениями, в четверти случаев ($28,9 \pm 4,4$) в семьях выявлены «нездоровые» и «кризисные» отношения.

Исследование показало, что у молодых людей не сформирована мотивация к активному соблюдению основ здорового образа жизни. Анализ гигиенического поведения показал низкий его уровень: только каждый пятый призывник группы наблюдения ($22,1 \pm 4,0$) постоянно придерживался определенного режима дня, редко включали в свой дневной рацион мясо, свежие овощи, рыбу, молочные продукты, часто употребляли сладкие, мучные, острые и жирные продукты. Призывники обеих групп завтракали достаточно редко ($59,6 \pm 4,8$ и $82,9 \pm 4,1\%$, $p = 0,0002$), ели менее 3 раз в день $23,1 \pm 4,1$ и $14,6 \pm 3,9$, соответственно, ($p > 0,05$), не знали принципов своей диеты $33,7 \pm 4,6$ из 100 призывников группы наблюдения, не считали соблюдение диеты важным – $16,3 \pm 3,6$, регулярно занимались физическими упражнениями $27,9 \pm 4,4$ призывников. Свое свободное время респонденты группы наблюдения в основном проводили пассивно: играли в компьютерные игры ($28,9 \pm 4,4$), посещали бары, кафе ($10,6 \pm 3,0$), кинотеатры ($16,3 \pm 3,6$), развлекательные мероприятия ($12,5 \pm 3,5$), играли в азартные игры

6,7±2,4 из 100 опрошенных, общались с друзьями 62,5±4,8 и в социальных сетях 25,0±4,2 призывников. Читали в свободное время книги только 12,5±3,2% призывников. Негигиенические привычки имели две трети призывников с ЭПГДЗ: спиртные напитки употребляли 72,1±4,4, наркотические вещества – 5,8±2,3, курили – 26,0±4,3%.

Анализ факторов, влияющих на возникновение ЭПГДЗ у призывников, позволил выявить значимые риск-факторы. На развитие эрозий значимое влияние оказывали материальные трудности (ОР=2,91), отказ от завтрака (ОР=2,16), прием горячей пищи менее 2 раз в день (ОР=1,87), несоблюдение режима питания (ОР=1,57), употребление алкоголя (ОР=1,64), курение (ОР=2,82), конфликты в семье при отсутствии взаимоподдержки (ОР=2,75) и высокий уровень РТ (ОР=7,63) и ЛТ (ОР=7,42).

На втором этапе проведено комплексное клинико-функциональное обследование 104 призывников с ГсЭ и ДсЭ. Клиническая картина большинства пациентов характеризовалась выраженным болевым синдромом у 95,9% пациентов с ГсЭ и у 91,2% – с ДсЭ. Чаще боль локализовались в эпигастральной области (у 80,0 и 75,0%, соответственно), носила ноющий (91,7 и 90,9%) и распирающий характер (48,3 и 56,8%, соответственно), была умеренной интенсивности (75,0 и 86,4%) и возникала периодически (70,0 и 72,2%). У всех пациентов констатирован диспепсический синдром: изжога выявлена у 40,0 и 47,7% обследованных, тошнота – у 20,0 и 22,7%, горечь во рту – у 21,6 и 25,0%, тяжесть в эпигастральной области – у 20,0 и 27,2%, снижение аппетита – у 46,6 и 43,2%, отрыжка – у 58,3 и 61,3% пациентов, соответственно. Почти у половины пациентов наблюдались симптомы кишечной диспепсии (42,5 и 42,8%) и снижение веса (63,5 и 60,0%). Сочетание двух и более симптомов наблюдалось у 95,0 и 93,2% призывников, соответственно. Астеновегетативный синдром установлен у большинства призывников (88,3 и 81,8%).

При объективном обследовании у 65,0 и 68,0% пациентов с ГсЭ и ДсЭ выявили обложенность языка белым налетом. При пальпации живота

болезненность в эпигастральной области определялась у 70,0 и 87,5% призывников, положительный симптом Менделя – у 26,0 и 13,0% призывников, соответственно

По результатам ЭФГДС эрозии желудка чаще были единичными (63,3%), эрозии ДПК – множественными (54,5%). У двух трети пациентов эрозии локализовались в антральном отделе желудка (70,0%), у каждого пятого (21,7%) – в пилорическом отделе, у 8,3% – в теле желудка. Размеры эрозий у более половины призывников были до 0,3 см (у 63,5 и 56,7%), от 0,4 до 0,6 см – у 19,9 и 29,6%, более 0,6 см – у 16,6 и 13,7%. Острые эрозии выявлялись у 65,0% призывников с ГсЭ и у 91,0% с ДсЭ, хронические – у 35,0 и 9,0%, соответственно. По данным морфологического исследования у пациентов хронические эрозии желудка выявлялись на фоне поверхностного гастрита в 58,3%, атрофического – в 25,0%, смешанного – в 16,7%.

По данным внутрижелудочной *pH*-метрии повышение кислотообразующей функции желудка установлено у 80,6% больных ГсЭ и у 86,1% с – ДсЭ, нормаацидность выявлена у 19,4 и 14,1% призывников, соответственно

При изучении концентрации желчных кислот в желудочном соке установлено, что она превышала показатели контрольной группы у пациентов с ГсЭ в 4 раза, с ДсЭ – в 3 раза. Учитывая детергентное воздействие ЖК на слизистую оболочку желудка, изучены показатели слизиобразующей функции желудка путем биохимического исследования компонентов слизистого геля желудка, показавшее значительные изменения его состава.

Нами проведен анализ сопряженности уровня желчных кислот и клиничко-функциональных показателей у пациентов с ЭПГДЗ. При гастрите с эрозиями выявили отрицательную связь средней силы между концентрацией ЖК в желудочном содержимом и степенью обсемененности *HP* ($r = - 0,53$) и возрастом пациентов ($r = - 0,53$). Вероятно, ДГР можно рассматривать как защитный механизм на контаминацию организма *HP*. Несмотря на заброс

ЖК, являющихся мощными детергентами и приводящими к ощелачиванию содержимого желудка, уровень кислотности в желудке остается стабильным, а степень инфицированности *HP* снижается.

Анализ функциональных показателей и гормонального статуса пациентов от контаминации СОЖ *HP* показал тенденцию к повышению уровня ЖК при *HP*-ассоциированном ГсЭ и кортизола при *HP*-ассоциированном ДсЭ.

Изучение гормонального статуса показало, что уровень кортизола в крови был достоверно повышен в обеих группах, особенно при дуодените с эрозиями. Одновременно отмечено повышение содержания в крови инсулина, оказывающего анаболическое действие. Уровни гастрина, инсулина, Т₃, Т₄, ТТГ не имели статистически значимых отличий от показателей контрольной группы.

При изучении качества жизни как показателя здоровья установлено, что интегральный показатель качества жизни у ЛПВ с эрозивными поражениями был статистически достоверно ниже уровня практически здоровых призывников – 528,6 ±17,0 баллов при ГсЭ и 536,7±17,2 баллов при ДсЭ (668,3±15,7 балла в контрольной группе, $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$).

При оценке психо-эмоционального статуса призывников у них выявлен достоверно высокий уровень реактивной (25,2±0,7 при ГсЭ и 29,6±0,7 баллов при ДсЭ и 19,5±0,8 баллов в группе контроля, ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$) и личностной тревожности (36,2±1,0 при ГсЭ и 44,0±0,9 баллов при ДсЭ и 33,3±0,9 баллов в группе контроля, ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$), при достоверно низких уровнях самочувствия (3,7±0,1 при ГсЭ и 3,5±0,1 баллов при ДсЭ, 5,8±0,1 баллов в группе контроля $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$), активности (3,2±0,1 и 3,1±0,1, соответственно при 4,9±0,1 баллов в группе контроля, $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$) и настроения (4,1±0,2 и 3,7±0,2, соответственно при 5,9±0,1 баллов, в группе контроля, $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$).

В результате проведенного исследования было выявлены следующие клиничко-патогенетические особенности эрозивных поражений желудка и

двенадцатиперстной кишки у призывников: выраженный болевой синдром, высокий уровень кислотопродуцирующей функции желудка, повышение уровня кортизола в крови, высокий уровень ЖК в желудочном соке. Таким образом, желчные кислоты оказывают непосредственное разрушающее действие на слизистый гель желудка у лиц призывного возраста, особенно выраженное при ГсЭ. Если при ДсЭ слизиобразующая функция страдает в меньшей степени, то при ГсЭ выявляются более выраженные изменения соотношения компонентов гликопротеинов: показано низко эффективное слизиобразование у пациентов при отсутствии компенсаторного роста БССК. Выявленные тенденции в слизиобразовании и в уровне желчного компонента ДГР указывают на различия в патогенезе эрозивных поражений желудка и ДПК.

Учитывая полученные данные, необходимо вводить комплексный подход в лечении, с акцентом на улучшение репаративных свойств слизистой оболочки желудка и возможной терапией тревожных расстройств, что позволит существенно сократить сроки эпителизации эрозий, а при динамическом наблюдении за больными – снизить частоту рецидивов эрозий и улучшить качество жизни пациентов.

Оценка эффективности комплексной терапии пациентов с ЭПГДЗ проведена в зависимости от протокола лечения, который зависел от ассоциации эрозивных поражений с *НР*.

В результате комплексного лечения в группе наблюдения уменьшение болевого синдрома в среднем произошло на $3,3 \pm 0,4$ в первой подгруппе и $3,5 \pm 0,5$ день – во второй. В подгруппах сравнения болевой синдром уменьшился на $5,7 \pm 0,7$ в первой и на $5,4 \pm 0,6$ день – во второй. Полностью купирован болевой синдром у 97,2% призывников первой подгруппы и всех призывников второй подгруппы наблюдения. В подгруппах сравнения болевой синдром купировался у 94,5 и 100,0% призывников обеих групп. Диспепсические проявления устранены у большинства пациентов группы наблюдения: тошнота – у 100 и 97,1%, изжога у 97,2 и 92,1%, отрыжка у 88,9

и 91,2%, горечь во рту у 94,4 и 97,0% пациентов, соответственно. Симптомы желудочной диспепсии достоверно быстрее купировались в группе наблюдения. Так, тошнота купировалась у 94,4 и 87,5% пациентов подгрупп сравнения, изжога у 94,4 и 93,7%, отрыжка у 83,3 и 81,2%, соответственно. Пальпаторная болезненность купировалась в эпигастральной и пилородуоденальной областях у 77,8 и 82,4% пациентов группы наблюдения на 7 день терапии. В подгруппах сравнения исчезновение болезненности при пальпации произошло на 7 день у 77,8 и 75,0% пациентов, соответственно. К концу лечения пальпаторная болезненность в обеих группах была купирована.

По данным многоэтажной *pH*-метрии в разных функциональных зонах на фоне лечения уровень *pH* в пилорическом отделе в первой подгруппе наблюдения вырос с $2,0 \pm 0,4$ до $3,5 \pm 0,3$ ($p < 0,001$), во второй с $2,1 \pm 0,4$ до $3,6 \pm 0,4$ ($p = 0,01$); в теле желудка не изменился; в кардиальном отделе вырос с $3,0 \pm 0,3$ до $4,3 \pm 0,4$ ($p = 0,01$) и с $3,1 \pm 0,3$ до $4,8 \pm 0,4$ ($p = 0,002$), соответственно. При *HP*-ассоциированных ЭПГДЗ уровень эрадикации через 6 недель после окончания курса терапии составил $91,7 \pm 4,6\%$ (в группе сравнения – $88,9 \pm 5,3\%$), эрозии эпителизировались у $97,2 \pm 2,7\%$ призывников (в группе сравнения – $94,4 \pm 5,4$) в среднем на $14,2 \pm 0,5$ день терапии. При *HP*-неассоциированных ЭПГДЗ у всех пациентов эпителизация эрозий достигнута на $14,5 \pm 0,5$ день терапии (в группе сравнения – $93,8 \pm 6,0$).

О восстановлении устойчивости слизистого геля желудка к действию протеолитических ферментов свидетельствует повышение уровня общих сиаловых кислот с $1,46 \pm 0,4$ до $1,78 \pm 0,5$ ммоль/л в первой ($p > 0,05$) и с $0,37 \pm 0,05$ до $0,73 \pm 0,07$ ммоль/л во второй подгруппах наблюдения ($p < 0,001$). В подгруппах сравнения динамика была менее выраженной, с $1,46 \pm 0,4$ до $1,54 \pm 0,2$ ммоль/л ($p > 0,05$) и с $0,37 \pm 0,05$ до $0,59 \pm 0,1$ ммоль/л ($p > 0,05$), соответственно.

Если до лечения у лиц с хроническими эрозиями желудка по данным морфологического исследования в 54,5% наблюдений выявлена умеренная

активность воспаления, в 18,2% – высокая, в 27,3% – минимальная, то после лечения наблюдалась положительная динамика: ремиссия отмечена в 58,3% наблюдений, умеренная активность воспаления – в 8,3%, минимальная – в 33,4%, картины выраженной активности воспаления не наблюдалось. Эпителизация эрозий достигнута у 91,7±7,9% пациентов с хроническими эрозиями желудка. Уровень кортизола в периферической крови после комплексного лечения призывников снизился при ГсЭ с 597,3±87,80 до 458,76±16,72, $p>0,05$ при ДсЭ с 795,0±79,30 до 619,27±33,45 нмоль/л, $p=0,05$, в результате понижения уровня реактивной и личностной тревожности.

В процессе терапии достоверно улучшились явления психо-эмоциональной дезадаптации у призывников. ИПКЖ вырос с 528,6±11,2 и 536,7±11,6 баллов в первой и второй подгруппах наблюдения до 644,0±12,2 и 648,4±17,2 баллов, соответственно. Улучшились достоверно все показатели, кроме «жизнеспособность». В группе сравнения динамика психо-эмоционального статуса и показателей качества жизни было менее выраженной.

Полученные данные позволяют сделать заключение о целесообразности применения ребамипида и интерактивного терапевтического обучения в комплексной терапии больных с ЭПГДЗ.

Всем призывникам после проведенного комплексного лечения проведена повторная Военно-врачебная комиссия и они были направлены на службу в ряды Российской Армии.

В заключение отметим, что терапия гастритов и дуоденитов с эрозиями с использованием ребамипида и интерактивных обучающих технологий охватывает многие звенья патогенеза, оказывая протективное влияние на слизистую оболочку, что очень актуально при кислотозависимых заболеваниях. Лечение приводит к снижению повреждающего действия желчных кислот на слизистую оболочку желудка и нормализации слизиобразования.

ВЫВОДЫ

1. В Удмуртской Республике за период 2010 - 2016 гг. число лиц призывного возраста, годных к военной службе, увеличилось на 41,2%. Заболеваемость призывников по данным медицинских осмотров снизилась с 716,2 до 598,5 на 1000 освидетельствованных. В структуре заболеваемости болезни органов пищеварения занимают у них четвертое место ($10,5 \pm 0,2\%$) и ежегодно признаются временно не годными к военной службе – 8,6%, не годными – 0,3% призывников с данной патологией.

2. Значимыми факторами риска развития эрозивных поражений гастродуоденальной зоны у призывников являются: высокий уровень реактивной (OR=7,63) и личностной тревожности (OR=7,42), несоблюдение режима питания (OR=2,16), курение (OR=2,82), отсутствие взаимоподдержки в семье (OR=2,75).

3. Клиническая картина гастритов и дуоденитов с эрозиями у призывников характеризуется выраженным болевым синдромом – у 95,9% и 91,2%, соответственно. Эндоскопическая картина – наличие острых эрозий до 0,3 см: единичных в антральном отделе желудка и множественных в луковице двенадцатиперстной кишки. Также характерными особенностями эрозивных заболеваний являются: отягощенная наследственность у 61,5%, продолжительность заболевания более 5 лет у 29,8%, сочетание с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью – у 26,0% призывников.

4. Течение эрозивных поражений желудка и ДПК у призывников сопряжено с контаминацией *Helicobacter pylori* в 61,7% при гастрите с эрозиями и в 38,6% при дуодените с эрозиями, с гиперсекрецией соляной кислоты (в 80,6% и 86,1% случаях), повышенной концентрацией желчных кислот в желудочном соке; достоверным повышением уровня кортизола в крови, значимым снижением слизиобразующей функции желудка при гастрите с эрозиями, снижением интегрального показателя качества жизни, с высоким уровнем реактивной и личностной тревожности, снижением самочувствия, активности и настроения.

5. Включение в схему терапии *HP*-ассоциированных и *HP*-неассоциированных гастритов и дуоденитов с эрозиями ребамипида и параллельное применение интерактивных обучающих технологий привело: к более эффективному купированию болевого синдрома у 97,2 и 100,0%, диспепсических проявлений у 95,1 и 94,4% пациентов, восстановлению слизиобразующей и кислотопродуцирующей (уровень *pH* в пилорическом отделе повысился на 1,3 ед., в кардиальном – на 1,5 ед.) функций желудка; к снижению уровня кортизола в крови на 138,5 и 175,7 нмоль/л; уменьшению степени морфологической активности воспаления в области хронических эрозий желудка у 88,7% пациентов; повышению интегрального показателя качества жизни на 21,8 и 20,8% и к стабилизации психо-эмоционального статуса пациентов.

6. Предложенная комплексная терапия обеспечила эффективную эрадикацию *HP* – у 91,7% и эпителизацию эрозий у 97,2±2,7% призывников по сравнению со стандартной схемой в среднем за 14,2±0,5 дней терапии. При *HP*-неассоциированных гастритах и дуоденитах с эрозиями на 14,5±0,5 день терапии, благодаря предлагаемому комплексному подходу эпителизация эрозий достигнута в 100% случаев, тогда как при использовании стандартной схемы лишь в 93,8%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Врачам военно-врачебных комиссий рекомендуется использовать прогностические таблицы для скрининг-опроса по раннему выявлению больных групп риска по формированию эрозивной гастродуоденальной патологии.

2. Лечебно-профилактические мероприятия по улучшению состояния здоровья призывников проводить дифференцировано с учетом результатов мониторинга психологического здоровья и параметров качества жизни.

3. При лечении призывников с ЭПГДЗ необходимо традиционные схемы терапии усиливать ребамипидом, обладающим выраженным репаративным воздействием на ткани желудка. Оптимальным режимом для достижения клинического эффекта в ходе применения ребамипида является курс у пациентов при *HP*-ассоциированных гастритах и дуоденитах с эрозиями: пантопразол 40 мг 2 раза в день, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки и ребамипид 100 мг 3 раза в день в течение 14 дней, у пациентов при *HP*-неассоциированных гастритах и дуоденитах с эрозиями: пантопразол 40 мг 2 раза в день, ребамипид 100 мг 3 раза в день 14 дней.

4. В работе амбулаторно-поликлинических учреждений могут быть использованы интерактивные обучающие технологии с размещением рекомендаций для пациентов на сайтах медицинских организаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулхаков, Р.А. Резистентность *Helicobacter pylori* к кларитромицину в Казани / Р.А. Абдулхаков [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2012. – № 8. – С. 24-29.
2. Абдулхаков, Р.А. От Маастрихта I до Маастрихта IV. Эволюция эрадикационной терапии / Р.А. Абдулхаков, С.Р. Абдулхаков // Практическая медицина. – 2012. – №3 (58). – С. 7-10.
3. Адо, А.Д. Патологическая физиология учебник для медицинских ВУЗов / под редакцией А.Д. Адо, М.А. Адо, В.И. Пыцкого, Г.В. Порядина, Ю.А. Владимирова – Москва, – Триада X, – 2001.– С. 517-520.
4. Александрова, Г.А. Изучение здоровья детей и подростков по данным по возрастной обращаемости за медицинской помощью / Г.А. Александрова // Материалы Всероссийского конгресса по школьной и университетской медицине с международным участием под редакцией д.м.н., проф. Кучмы В.Р., Москва, 16-18 февраля 2010 года. – М. : Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, – 2010. – С. 56 - 60.
5. Алексеенко, С.Н. Структура жалоб со стороны органов пищеварения и психоэмоциональный статус студентов в ассоциации с субъективной оценкой здоровья / С.Н. Алексеенко, М.Г. Авдеева, Е.В. Дробот // Дневник Казанской медицинской школы – 2013 – №1 (1) – С. 82-83.
6. Альбицкий, В.Ю., Устинова, Н.В. Социальная педиатрия как стратегия охраны здоровья детей / В.Ю. Альбицкий, Н.В. Устинова // Российский педиатрический журнал. – 2015. – т. 18. – № 1. – С. 29-30.
7. Амлаев, К.Р. Образ жизни юношей Ставропольского края / К.Р. Амлаев, Р.А. Марков // Медицинская сестра. – 2018. – Т. 20. – № 2. – С. 39-40.
8. Андреев Д.Н., Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Дичева Д.Т., Парцваниа-Виноградова Е.В. Эффективность и безопасность

- антихеликобактерной терапии у пациентов с сопутствующим хроническим гепатитом С. / Д.Н. Андреев, И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, Д.Т. Дичева, Е.В. Парцвания-Виноградова // Терапевтический архив 2016; 88(4): 75-81.
9. Аникин, В.В. Клинико-морфологические особенности эрозивных поражений гастродуоденальной зоны у разных возрастных групп / В.В. Аникин // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга – 2003. – № 2/3. – С. 7.
 10. Анохин, С.Н. К призыву не годен / С.Н. Анохин // Военно-медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 24-28.
 11. Антонян, В.В. Особенности вегетативного статуса у больных гастродуоденальными эрозиями / В.В. Антонян, А.А. Панов, С.В. Антонян // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – Т. 6. – №1. – С. 135-139.
 12. Аруин, Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков – М.: Триада-Х, – 1998. – 483 с.
 13. Аруин, Л.И. Helicobacter pylori: каким образом один возбудитель вызывает разные болезни / Л.И. Аруин. // Экспертиза и клиника гастроэнтерологии – 2004. – № 1. – С. 36-41.
 14. Аруин, Л.И. Новая классификация хронического гастрита / Л.И. Аруин, А.В. Кононов, С.И. Мозговой. – Москва, 2009. – 14 с.
 15. Бабак, О.Я. Желчный рефлюкс: современные взгляды на патогенез и лечение / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – № 1 (11). – С. 28-30.
 16. Балаболкин, М.И. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: руководство / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Креминская. – Москва: Медицина, 2006. – 752 с.
 17. Баранов, А. А., Альбицкий, В.Ю. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления) / А.А. Баранов, В.Ю.

- Альбицкий // Казанский медицинский журнал. – 2018. – Т. 99. – № 4. – С. 698-705.
18. Баранов, А.А., Альбицкий, В.Ю., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. Состояние здоровья детей в современной России Москва, 2018, 120 с.
 19. Баранов, А.А. Медико-социальные проблемы воспитания подростков / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт, Н.Н. Куинджи, Л.С. Намазова-Баранова, И.В. Звезда, Д.С. Надеждин, Г.А. Гончарова, В.Г. Сахаров, Е.И. Шубочкина, П.И. Храмцов, М.И. Степанова, Н.А. Скоблина, В.В. Чернигов, Ж.Ю. Горелова, Т.В. Турти, В.Ю. Иванов, Е.Ф. Крымский, А.С. Седова и др. // Москва, – 2014. – 28 с.
 20. Баранов, А.А. Значение здоровья подростков в формировании гармонического развития. / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт // Гигиена и санитария. – 2015. – Т. 94. – № 6. – С. 58-62.
 21. Бейлина, Н.И. Оптимизация оказания медицинской помощи обучающейся молодежи с эрозивно-язвенными заболеваниями гастродуоденальной зоны в условиях городской студенческой поликлиники. / Н.И. Бейлина // – Казань, – 2013. – С 234.
 22. Белова, Е.В. Роль личностной и реактивной тревожности в патогенезе эрозивного поражения желудка / Е.В. Белова // Научно - практический журнал Гастроэнтерология Санкт- Петербурга – 2003. – № 2-3. – С.16.
 23. Белова, Е.В. Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки: некоторые аспекты патогенеза и дифференцированной терапии: автореф. дис. ... докт. мед. наук (14.00.05) / Белова Елена Валерьевна; Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии. – Москва, 2006. – 45 с.
 24. Бессонов, А.Г. Клиническое обоснование и эффективность комплексной антихеликобактерной терапии больных с хроническим

- гастритом с эрозиями: : автореф. дис. на соиск. учен.степ. ... канд. мед. наук (14.01.04) / Бессонов Алексей Геннадьевич; Пермь, – 2015. – 25 с.
25. Бордин, Д.С. Европейский регистр *Helicobacter pylori* (hp-eureg): анализ данных 2360 больных, получавших терапию первой линии в России / Д.С. Бордин, Ю.В. Эмбутниекс, Л.Г. Вологжанина, Т.А. Ильчишина, И.Н. Войнован, А.С. Сарсенбаева, С.А. Алексеенко, О.В. Зайцев, Р.А. Абдулхаков, М.Ф. Осипенко, М.А. Ливзан, В.В. Цуканов, С.Г. Бурков, Н.В. Бакулина, Н.Н. Дехнич, Л.В.Тарасова, Е.Ю. Плотникова, И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, Н.В. Барышникова, и др. // Терапевтический архив. – 2018. –Т. 90. –№ 2. – С. 35-42.
26. Бордин, Д.С. Европейский регистр *Helicobacter pylori*: ошибки диагностики в России Принципы доказательной медицины в клиническую практику / Д.С. Бордин, О.Б. Янова, Р.А. Абдулхаков, В.В. Цуканов, М.А. Ливзан, С.Г. Бурков, Н.В. Захарова, Е.Ю. Плотникова, М.Ф. Осипенко, Л.В. Тарасова, И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, М.А. Бутов, О.А. Саблин, С.В. Колбасников, И.Н. Войнован, С.Р. Абдулхаков, А.В. Васютин, Е.А. Лялюкова, Н.Н. Голубев, и др. // Сборник тезисов 42-ой научной сессии ЦНИИГ. 2016. – С.10.
27. Буеверов, А.О. Дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс как причина рефлюкс-эзофагита / А.О. Буеверов, Т.Л. Лапина // Фарматека. – 2006. – № 1. – С.1-5.
28. Булавин, В.В. Состояние здоровья подростков, допризывников и призывников и организация мероприятий по его укреплению / В.В.Булавин, А.С.Кальманов, К.А.Панюшин, С.Г.Бровкин, О.С.Работкин, А.Г.Житников // Военно-медицинский журнал. – 2014. –Т. 335. – № 3. – С. 56-58.
29. Бурдина, Е.Г. Гастрин-17 и пепсиноген I в оценке состояния слизистой оболочки желудка /Е.Г. Бурдина [и др.] //Российский медицинский журнал. – 2006. – № 2. – С. 9-11.

30. Буторина, Н.В. Изучение некоторых механизмов патогенеза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей / Н.В. Буторина, А.М. Запруднов, Я.М. Вахрушев // Уральский медицинский журнал. – 2015. – № 1 (124). – С. 94-97.
31. Ваананен, Х. Неэндоскопическая диагностика атрофического гастрита на основании анализа крови: корреляция между результатами гистологического исследования желудка и уровнями гастрин-17 и пепсиногена I в сыворотке / Х. Ваананен [и др.] // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 4. – С. 26-32.
32. Васильев, Ю.В. Терапия и профилактика эрозий желудка двенадцатиперстной кишки, ассоциированных со стрессовыми ситуациями / Ю.В. Васильев // Российский Медицинский Журнал – Т 18, – №28 (392), – 2010. – С.1-4.
33. Вахрушев, Я.М. Эрозия гастродуоденальной зоны: самостоятельная нозологическая форма или фаза язвенной болезни / Я.М. Вахрушев, Е.В. Белова, Л.И. Ефремова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 2. – С. 19-21.
34. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение Текст. / под ред. А.М. Вейна. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
35. Водолагин, В. Д. Эрозии и острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (патогенез, клиника, диагностика, лечение): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. / Водолагин В.Д. – М. – 2007. – 32 с.
36. Волков, В.С. О роли дуоденогастрального рефлюкса в патогенезе язвенной болезни / В.С. Волков и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 1. – С. 123.
37. Волков, В.С. Дуоденогастральный рефлюкс и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – расставим точки над «і» / В.С. Волков,

- И.Ю. Колесникова // Верхневолжский медицинский журнал. – 2010. – Т. 8, – № 1. – С. 26-29.
38. Воронин, Р.М. Состояние здоровья лиц призывного возраста и возможности адаптации к военной службе / Р.М. Воронин, Н.В. Шатрова // Москва. – 2014. – 101 с
39. Гаджиева, М.Д. Клинико-функциональные особенности и лечение эрозивных поражений гастродуоденальной слизистой" Автореферат дисс. ... док. мед. наук. 14.00.05 / Гаджиева Мадина Гаджиевна – Москва. 2005. – С.48.
40. Галиакберова, А. Р. Факторы риска, клинические особенности и пути профилактики заболеваний органов пищеварения у лиц призывного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. /Галиакберова Айгуль Радиковна 2009. – С.25.
41. Гастроэнтерология пособие для практикующих врачей / [В.О. Абрамов и др.] ; под ред. В. Б. Гриневича ; Военно-мед. акад. им. С. М. Кирова. Санкт-Петербург, 2011. – 221с.
42. Голофеевский, В.Ю. Размышления о природе и общих закономерностях морфогенеза хронического гастрита / В.Ю. Голофеевский. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2017. – № 12 (148). – С. 76-81.
43. Григорян, Т.М. Эрозивный гастродуоденит у подростков. / Т.М. Григорян // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции. – 2017. – С. 218-224.
44. Гриневич, В.Б. Эрозивные изменения гастродуоденальной слизистой оболочки – предъязвенное состояние / В.Б. Гриневич, Ю.П. Успенский, В.П. Григорьев, А.В. Калинин // Клиническая медицина. – 1991. – Т. 69, – № 11. – С. 57-90.
45. Гриневич, В.Б. Эрозивные состояния гастродуоденальной области / В.Б. Гриневич, Ю.П. Успенский // Российский медицинский журнал. –

1998. – № 3. – С. 2.
46. Давыдова, Т.Е., Перепелкина, Н.Ю. Медико-социальный портрет военнослужащих, проходящих военную службу по призыву на территории Оренбургской области. / Т.Е. Давыдова, Н.Ю. Перепелкина // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2015. – № 2. – С. 9-12
47. Давыдова, Т. Е. Состояние здоровья и качество жизни граждан, проходящих военную службу по призыву. Автореферат дисс. ... кан. мед. наук. /Давыдова Татьяна Евгеньевна. – Москва, 2016. – 25.
48. Дичева, Д.Т. Оценка эффективности и безопасности применения ребамипида в схеме тройной эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori* пилотное исследование / Д.Т. Дичева, Д.Н. Андреев, Е.В. Парцвания-Виноградова, И.В. Маев. // Медицинский совет. – 2018. – № 3. – С. 86-89.
49. Ефимова, С.В. Региональные особенности состояния здоровья, показателя годности к военной службе и физического развития лиц призывного возраста (на примере города Оренбурга) / С.В. Ефимова // Материалы научно-практической конференции, посвященной 200-летию Свердловской областной клинической больницы «Социально-экономические и медицинские проблемы управления региональным здравоохранением». – Екатеринбург, – 2011. – С. 218 – 222.
50. Ефимова, С.В. Комплексная оценка состояния здоровья, образа и качества жизни лиц призывного возраста, проживающих в крупном городе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Ефимова Светлана Викторовна. – Оренбург, 2012 – 26 с.
51. Жижин, К.С. Методика оценки умственной работоспособности студентов с позиции психологических характеристик личности / К.С. Жижин, А.Р. Квасов, А.Ф. Степаненко, М.В. Кириллова // Успехи современного естествознания. –2005. – № 3. –С. 108-109.
52. Заика, Г.Е. О частоте синдрома вегетативной дистонии у детей с

- хроническим НР-позитивным гастродуоденитом / Г.Е. Заика и др. // Российский Журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. – № 5. – С. 86.
53. Звягинцева, Т.Д. Клетки APUD-системы слизистой оболочки желудка, их морфофункциональные особенности при хронических эрозиях / Т.Д. Звягинцева, Я.К. Гаманенко // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2008. – № 10. – С. 267-269.
54. Звягинцева, Т.Д. Эрозивный гастрит: современные представления, принципы и лечения / Т.Д. Звягинцева, Я.К. Гаманенко // Новости медицины и фармакологии. Гастроэнтерология. – 2012; 407: – 8 с.
55. Ивашкин, В.Т. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни: пособие для врачей / В.Т. Ивашкин [и др.] – Москва, – 2006. – 30 с.
56. Ивашкин, В.Т. 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. 75-95.
57. Ивашкин, В.Т. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эрозивноязвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных нестероидными противовоспалительными препаратами / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, И.В. Маев, Е.К. Баранская, А.С. Трухманов, Т.Л. Лапина. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. – Т. 24. – № 5. – С. 89-94.
58. Ивашкин, В.Т. Резолюция экспертного совета по проблемам диагностики и лечения кислотозависимых заболеваний / В.Т.

- Ивашкин, Е.К. Баранская, К.В. Ивашкин, Н.В. Корочанская, О.В. Крапивная, Т.Л. Лапина, К.М. Николаева, Н.Н. Николаева, В.И. Симаненков, А.С. Трухманов, И.Б. Хлынов, А.А. Шептулин. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2015. – Т. 25. – № 2. – С. 91-92.
59. Ивашкин, В.Т. Справочник по инструментальным исследованиям и вмешательствам в гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.С. Трухманов. – Москва, – 2015. – 560 с.
60. Ивашкин, В.Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии / В.Т. Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2017. – Т. 27, – № 1. – С. 50-61.
61. Ивашкин, В.Т. Инфекция *Helicobacter pylori* при длительной терапии кислотозависимых заболеваний ингибиторами протонной помпы(обзор литературы и резолюция экспертного совета, 22 марта 2018г.) / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Р.А. Абдулхаков, О.П. Алексеева, С.А. Алексеенко, А.Ю. Барановский, Е.К. Баранская, И.Л. Кляритская, Н.В. Корочанская, Ю.А. Кучерявый, Т.Л. Лапина, М.Ф. Осипенко, В.И. Симаненков, Г.Н. Тарасова, А.С. Трухманов, И.Б. Хлынов, А.А. Шептулин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018. – Т. – 28. – № 3. – С. 26-32.
62. Ивашкин, В.Т. Практические шаги по профилактике рака желудка в Российской Федерации: Алгоритм ведения пациентов с хроническим геликобактерным гастритом / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина, А.А. Шептулин, А.С. Трухманов, И.В. Маев, О.М. Драпкина, Р.А. Абдулхаков, О.П. Алексеева, С.А. Алексеенко, С.В. Зайцев, Н.В. Корочанская, С.А. Курилович, М.Ф. Осипенко, Р.Г. Сайфутдинов, А.С. Сарсенбаева // (Материалы и резолюция Совета экспертов, 9 декабря 2013 г.) Российский Журнал гастроэнтерологии, гепатологии,

- колопроктологии – 2014. – Т. 24. – № 2. – С. 102-104.
63. Ивашкин, В.Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни /В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, И.В. Маев, Е.К. Баранская, А.С. Трухманов, Т.Л. Лапина, С.Г. Бурков, А.В. Калинин, А.В. Ткачев // Российский журнал гастроэнтерол гепатол колопроктол 2016; 26(6) – 2016; 26(6). –15 с.
64. Ивашкин, В.Т. Лечение инфекции *Helicobacter pylori*: мейнстрим и новации / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Т.Л. Лапина, А.А. Шептулин, А.С. Трухманов, Р.А. Абдулхаков, С.А. Алексеенко, Н.Н. Дехнич, Р.С. Козлов, И.Л. Кляритская, С.А. Курилович, М.Ф. Осипенко, В.И. Симаненков, И.Б. Хлынов // (Обзор литературы и резолюция Экспертного совета Российской гастроэнтерологической ассоциации 19 мая 2017 г.) Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии 2017; 27(4):4-21.
65. Ивашкин, В.Т. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Т.Л. Лапина, А.А. Шептулин, А.С. Трухманов, Е.К. Баранская, Р.А. Абдулхаков, О.П. Алексеева, С.А. Алексеенко, Н.Н. Дехнич, Р.С. Козлов, И.Л. Кляритская, Н.В. Корочанская, С.А. Курилович, М.Ф. Осипенко, В.И. Симаненков, А.В. Ткачев, И.Б. Хлынов, В.В. Цуканов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т. 28. – № 1. – С. 55-70.
66. Ильченко, А.А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей (2-е издание, дополненное). Москва, 2010. – 159 с.
67. Исаков, В.А. Хеликобактериоз /В.А. Исаков, И.В. Домарадский. – Москва: Медиапрактика, – 2003. – 412 с.
68. Исаков, В.А. Диагностика и лечение инфекции, вызванной *Helicobacter pylori*: IV Маастрихтское соглашение. Новые

- рекомендации по диагностике и лечению инфекции *H.pylori* / В.А. Исаков // Маастрихт IV (Флоренция). Best Clinical Practice. Русское издание. – 2012. – Вып.2. – С. 4-23.
69. Исаков, В.А. Лечение заболеваний, ассоциированных с *H.pylori*-инфекцией / В.А. Исаков, Б.С.Каганов // Вопросы диетологии. – 2014. – Т. 4. – № 4. – С. 35-50.
70. Кайсинова, А.С. Санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация больных с эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта / А.С. Кайсинова, З.В. Гагиев // Медицинская профилактика, реабилитация и курортная медицина на рубеже третьего тысячелетия Сборник статей международной научно-практической конференции. – 2016. – С. 250-252.
71. Калагина, Л.С. Клиническое значение определения показателей гастрина в сыворотке крови (обзор литературы) / Л.С. Калагина // Клиническая лабораторная диагностика. – 2011. – № 1. – С. 12-14.
72. Калембири, Д. Клинические проявления мутаций; рецептора ТТГ: патология рецептора ТТГ / Д. Калембири, Л. Перзани, П. Бэк-Пэкос // Thyroid International. – 2005. – С. 13-18.
73. Караева, В.Ю. Частота кровотечений при эрозивно-язвенных поражениях верхних отделов пищеварительного тракта у детей / В.Ю. Караева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2013. – № 1. – С. 15-19.
74. Катунькина, Н.В. Состояние здоровья и качество жизни уволенных в запас военнослужащих - участников контртеррористических операций. / Н.В.Катунькина // Военно-медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 68 - 69.
75. Ковешников, А.И. Влияние пищи на клинические симптомы и внутрижелудочную кислотность при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / А.И. Ковешников, И.Ю. Колесникова. Клиницист. – 2017. – Т. 11. – № 4-1. – С. 50-54.

76. Колесникова, И.Ю. Особенности дуоденогастрального рефлюкса при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и его динамика после эрадикации *Helicobacter pylori* / И.Ю. Колесникова, В.С. Волков, Л.А. Любская // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – № 5. – С.16-19.
77. Колесникова, И.Ю. Почему не возникает язва двенадцатиперстной кишки у больных хроническим гастродуоденитом? / И.Ю. Колесникова, В.С. Волков, Е.К. Лукашева // Российские медицинские вести. – 2012. – Т. XVII., – № 3. – С.69-72.
78. Кононов, А.В. Оценка цитопротективного влияния висмута трикалия дицитрата на слизистую оболочку желудка при эрадикации *H. pylori* и пролонгированном приеме препарата / А.В.Кононов, С.И. Мозговой, Л.Б. Рыбкина, С.С. Бунова, А.Г. Шиманская. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. –2014. – Т. 24. – № 5. – С. 21-28.
79. Кононов, А. В. Иммуногистохимическая детекция биомолекулярных маркеров метапластической атрофии слизистой оболочки в гастробиоптатах / А.В. Кононов, С.И. Мозговой, А.Г. Шиманская, Р.К. Грищенко, А.Н. Назаров. // Архив патологии. – 2014. – Т. 76. – № 6. – С. 44-50.
80. Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года, утвержденная постановлением Правительства РФ от 03.02.2010 г. № 134-р.
81. Кузьмин, С.А., Смирнов С.В. Анализ состояния здоровья призывников, проживающих в сельской местности Оренбургской области / С.А.Кузьмин, С.В.Смирнов // Медицинский вестник Башкортостана. Выпуск № 1. – Том 10. – 2015. – С 80-83.
82. Кучерявый, Ю.А. Эзомепразол в схемах эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori*: актуальные и перспективные протоколы лечения / Ю.А. Кучерявый, Д.Н. Андреев, Е.И. Кузнецова. // Лечебное

- дело. – 2015. – № 1. – С. 104-110.
83. Кучерявый, Ю.А., Андреев, Д.Н., Перспективы лечения больных с кислотозависимыми заболеваниями / Ю.А. Кучерявый, Д.Н. Андреев. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. –2014. – № 2. – С. 15-24.
84. Кучма, В.Р. Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях. Модель организации, федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, П.И. Храмцов, И.К. Рапопорт, И.В. Звезда, С.Б. Соколова, И.Э. Александрова, Н.О. Березина, Е.Г. Блинова, Е.И. Бобошко, Н.А. Бокарева, Н.И. Брико, Т.В. Гололобова, Ж.Ю. Горелова, О.И. Гуменюк, Н.В. Ефимова, Л.А. Жданова, В.В. Зенин, Е.М. Ибрагимова, А.В. Иваненко и др // Москва, – 2016. – 610 с.
85. Кучма, В.Р. Достижения и перспективы научных исследований по гигиене и охране здоровья детей и подростков / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, М.А. Поленова // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2017. – № 1. – С. 4-11.
86. Кучма, В.Р., Шубочкина, Е.И., Ибрагимова, Е.М., Молдованов, В.В., Иванов В.Ю. Условия формирования здоровья трудового потенциала и пути решения / В.Р. Кучма, Е.И. Шубочкина, Е.М. Ибрагимова, В.В. Молдованов, В.Ю. Иванов // Медицина труда и промышленная экология. – 2017. – № 8. – С. 50-54.
87. Лаврентьева, И.В., Кузьмин, Д.Ю. К вопросу актуализации здоровьесберегающих технологий в реализации политики десятилетия детства. Фундаментальные и прикладные научные исследования / И.В. Лаврентьева, Д.Ю. Кузьмин // Сборник статей II-ой Международной научно-практической конференции. – 2018. – С. 49-53.
88. Лазебник, Л.Б, Бордин, Д.С. Диагностика и лечение заболеваний ассоциированных с *Helicobacter pylori* в условиях реальной

- клинической практики: результаты наблюдательной программы «ПАРАД» / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин // Вестник практического врача – 2014. – № 3, – С.31-41.
89. Лазебник, Л.Б. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori* в России: результаты проспективной наблюдательной программы "КАЙДЗЕН" / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин. // Эффективная фармакотерапия. – 2016. – № 15. – С. 12-23.
90. Лазебник, Л.Б. Лекарственные гастроэнтеропатии (рекомендации по профилактике и лечению гастроэнтеропатий, индуцированных нестероидными противовоспалительными препаратами) / Лазебник Л.Б., Голованова Е.В., Алексеенко С.А., Бакулина Н.В., Барановский А.Ю., Белова Г.В., Бордин Д.С., Вьючнова Е.С., Гайдукова И.З., Гимаева З.Ф., Кашкина Е.И., Козлова И.В., Кокорин В.А., Лапина Е.Д., Ли Е.Д., Мигуськина Е.И., Мирончев О.В., Онучина Е.В., Охлобыстин А.В., Пасечников В.Д. и др. // Терапия. – 2018. – № 2. – С. 18-33.
91. Лазебник, Л.Б., Бордин, Д.С. Национальные рекомендации по диагностике и лечению кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (V МОСКОВСКИЕ СОГЛАШЕНИЯ) / Лазебник Л.Б., Ткаченко Е.И., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Абдулхаков С.Р., Авалуева Е.Б., Ардатская М.Д., Ахмедов В.А., Бордин Д.С., Бурков С.Г., Бутов М.А., Голованова Е.В., Голофеевский В.Ю., Гриневич В.Б., Денисова Е.В., Джулай Г.С., Добрица В.П., Дуданова О.П., Еремина Е.Ю., Жебрун А.Б. и др. // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2015. – № 3-4. – С. 12-18.
92. Лазебник, Л.Б. VI национальные рекомендации по диагностике и лечению кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (VI Московские соглашения) / Л.Б. Лазебник, Е.И. Ткаченко, Д.И. Абдулганиева, Р.А. Абдулхаков, С.Р. Абдулхаков, Е.Б. Авалуева, М.Д. Ардатская, В.А. Ахмедов, Д.С. Бордин, С.Г. Бурков, М.А. Бутов, Е.В. Голованова, В.Ю. Голофеевский, В.Б. Гриневич, Г.С.

- Джулай, В.П. Добрица, Е.Ю. Еремина, Т.Н. Жигалова, И.О. Иваников, В.А. Исаков и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2017 – №2 (138). – С.3-21.
93. Лапина, Т.Л. Лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки / Т.Л. Лапина // Российский медицинский журнал. – 2001. – том 9. – № 13–14. – С. 602-607.
94. Лапина, Т.Л. Фармакотерапия эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки / Т.Л. Лапина // Российский медицинский журнал. – 2003. – №2. – С. 86.
95. Лапина, Т.Л., Картавенко, И.М., Ивашкин, В.Т. Патогенетическое и терапевтическое значение желчных кислот при рефлюкс-гастрите / Т.Л. Лапина, И.М. Картавенко, В.Т. Ивашкин. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2015. – Т. 25. – № 1. – С. 86-93.
96. Лапина, Т.Л. Итоги длительного наблюдения больных хроническим гастритом после эрадикации инфекции *H. pylori* / Т.Л. Лапина, А.С. Тертычный, Э.Р. Насретдинова, И.М. Картавенко, А.В. Параскевова, Е.Ю. Юрьева, О.А. Сторонова, А.С. Трухманов, В.Т. Ивашкин. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2015. –Т. 25. –№ 4. – С. 101-108.
97. Маев, И.В. Хронические эрозии желудка: механизмы этиопатогенеза и новые подходы к лечению / И.В. Маев // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2002. – № 2. – С. 15-20.
98. Маев, И.В. Эрозивный гастрит: отдельная нозологическая единица или универсальная реакция слизистой оболочки на повреждение? / И.В. Маев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – № 6. – С. 53-60.
99. Маев, И.В. Современные рекомендации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* / И.В. Маев, Д.Н. Андреев, Д.Т. Дичева,

- О.Е. Березутская, Т.А. Баева, Н.Л. Головкина, Е.В. Парцвания-Виноградова. // учебно-методическое пособие. – Москва. –2017. Сер. Материалы межведомственной научно-практической конференции "Актуальные вопросы гастроэнтерологии в практике терапевта" (22.11.2017)
100. Маев, И.В. Антибиотикорезистентность *Helicobacter pylori*: от клинического значения до молекулярных механизмов / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, Д.Н. Андреев. // Лечащий врач. – 2014. – № 2. – С. 34.
101. Маев, И.В. Эрадикационная терапия инфекции *Helicobacter pylori*: обзор мировых тенденций / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, Д.Н. Андреев, Е.В. Баркалова. // Терапевтический архив. – 2014. – Т. 86. – № 3. – С. 94-99.
102. Маев, И.В. Актуальные возможности оптимизации антихеликобактерной терапии / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, Д.Н. Андреев // Лечащий врач. – 2014. – № 4. – С. 73-79.
103. Маев, И.В., Самсонов, А.А., Андреев, Д.Н. Болезни желудка. / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 976 с.
104. Маев, И.В., Самсонов, А.А., Андреев, Д.Н. Инфекция *Helicobacter pylori*. / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. –256 с.
105. Маев, И.В., Андреев, Д.Н., Самсонов, А.А., Дичева, Д.Т., Парцвания-Виноградова, Е.В. Эволюция представлений о дефиниции, классификации, диагностике и лечении гастрита, ассоциированного с инфекцией *Helicobacter pylori* / И.В. Маев, Д.Н. Андреев, А.А. Самсонов, Д.Т. Дичева, Е.В. Парцвания-Виноградова // (По материалам Киотского консенсуса, 2015) Фарматека. – 2016. – № 6 (319). – С. 24-33.

106. Максимова, Т.М., Лушкина, Н.П. Физическое развитие детей в России: определение путей оценки и выявления проблемных ситуаций в росте и развитии подрастающего поколения / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 4. – С. 3-7.
107. Мараховский, К.Ю. Сопряженность изменений слизистой желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori* у детей и взрослых в урбанизированной популяции / К.Ю. Мараховский // Медицинские новости. – 2004; 9 : 17–23.
108. Мараховский, Ю.Х., Мараховский, К.Ю. Достижения в цитопротекции слизистой оболочки желудка / Ю.Х. Мараховский, К.Ю. Мараховский // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. – 2016. – № 3 (49). – С. 47-55.
109. Мартышева, Л.Н. Морфологические аспекты хеликобактериоза в сочетанной патологии / Л.Н. Мартышева, О.Л. Арямкина, Т.Я. Тарарак // Морфологические ведомости. – 2007. – Т. 1, – № 3-4. – С. 125-128.
110. Минушкин, О.Н. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка при персистенции хеликобактерной инфекции / О.Н. Минушкин, Е.Г. Бурдина // Русский медицинский журнал. – 2005. – № 5. – С. 11-13.
111. Минушкин, О.Н. Хронический гастрит: новые возможности терапии / О.Н. Минушкин, Т.Б. Топчий // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2014. – № 1-2. – С. 15-19.
112. Минушкин, О.Н. Некоторые подходы к лечению больных хроническим (билиарным) рефлюкс-гастритом / О.Н. Минушкин, И.В. Зверков, Ю.С. Скибина. // Медицинский алфавит. – 2017. – Т. 2. – № 19 (316). – С. 28-31.
113. Молчанова, Л.Ф., Кудрина, Е.А., Шкатова, Е.Ю. Оценка качества жизни семей пациентов язвенной болезнью / Л.Ф. Молчанова, Е.А. Кудрина, Е.Ю. Шкатова // Медико-социальные проблемы демографии

- Ижевск, – 2004. – С. 166-170.
114. Мосина, Л.М. Некоторые патогенетические механизмы эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны / Л.М. Мосина, Л.В. Матвеева, Е.А. Митина // Международный журнал экспериментального образования. – 2011. – № 7. – С. 40-42. URL: <http://expeducation.ru/ru/article/view?id=1979> (дата обращения: 05.05.2018).
115. Москалев, А.В. Механизмы формирования хронических эрозий желудка: подходы к прогнозированию и лечению: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. / Москалев А.В. // С-Пб. – 1999. – 40 с.
116. Муравцева, Н.Н. Исследование качества жизни у подростков с хроническим эрозивным гастродуоденитом / Н.Н. Муравцева, М.И. Соколова, В.П. Алексеенко // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, – 2008. – № 2-3 – С. 82.
117. Нагаев, Р.Я., Ахмерова, С.Г., Чичерин, Л.П., Абилова, Д.Х. Медико-социальная характеристика семей и качество жизни подростков / Р.Я. Нагаев, С.Г. Ахмерова, Л.П. Чичерин, Д.Х. Абилова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2015. – № 2. – С. 39-44.
118. Нагаев, Р.Я., Чичерин, Л.П., Рахимкулов, А.С., Шамгулова, С.Ф. Анализ организационных форм оказания медико-социальной помощи подросткам / Р.Я. Нагаев, Л.П. Чичерин, А.С. Рахимкулов, С.Ф. Шамгулова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 1-1. –С. 116-120.
119. Назаренко, С.В. Состояние здоровья допризывников и призывников, проживающих на Крайнем Севере России, и пути улучшения их медицинского обеспечения на муниципальном уровне (на модели г. Нового Уренгоя) автореферат дисс. ... кан. мед. наук. / Назаренко Сергей Владимирович. – 2007. –28 с.

120. Налапко, Ю.И. Диагностические возможности эндоскопической клинической рН-метрии / Ю.И. Налапко [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2013. – №6 (53). – С. 129-133.
121. Новик, А.А. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. Ю.Л. Шевченко. – М. : Гэотармед, – 2004. – 304 с.
122. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд., М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», – 2007. – 320 с.
123. Осипенко, М.Ф, Ребамипид - гастроинтестинальный протектор с плейотропными свойствами / М.Ф. Осипенко, Е.А. Бикбулатова. // Эффективная фармакотерапия. – 2016. – № 34. – С. 28-33.
124. Отт, А.А. Влияние бальнеотерапии на вегетативный статус больных с гастродуоденальной патологией / А.А. Отт, Т.И. Поспелова, Ю.А. Николаев // Бюллетень СО РАМН. – 2009. – №. 2. – С.92-96.
125. Отт, А.А. Влияние комплекса лечения минеральная вода Белокурихинская-Восточная №2 и азотно-кремнистые радоносодержащие ванны на клинико-биохимические показатели и данные рН- метрии у больных гастродуоденальной патологией / А.А. Отт, Т.И. Поспелова, Ю.А. Николаев // Тезисы доклада на Всероссийской научно-практической конференции «Перспективы развития восстановительной медицины в Сибирском регионе». – Белокуриха, – 2009. – С.65-166.
126. Охотникова, М.В. Клинико-морфологическая оценка терапевтического действия модифицированного метода лечения гастрита с хроническими эрозиями: дисс. ... кан. мед. наук: / Охотникова Марина Вячеславна; Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации, – 2016. – 114 с.

127. Папко, С.Б. Эрозивная гастропатия у подростков / С.Б. Папко, И.А. Сивцов // *Здравоохранение*. – 2007; 4 : 29–33.
128. Патологическая физиология: учебник в 2-х тт. / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. 4-е изд., перераб. и доп. ГЭОТАР-Медиа, – 2009. – Т. 2. – 640 с.
129. Перепелкина, Н.Ю., Характеристика показателей здоровья детей и подростков - жителей оренбургской области (результаты 10-летнего мониторинга) / Н.Ю. Перепелкина, А.В. Редюков, Е.А. Калинина. // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – 2017. – № 1. – С. 26-32.
130. Перепелкина, Н.Ю., Медико-социальный портрет и результаты динамической оценки качества жизни военнослужащих, проходящих военную службу по призыву на территории Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, Т.Е. Давыдова. // *Уральский медицинский журнал*. – 2014. – № 6 (120). – С. 108-113.
131. Петров, М.В. Здоровье молодежи призывного возраста и обоснование системы мер по его улучшению (на примере Кировской обл.) автореферат дисс. ... кан. мед. наук. / Петров Михаил Викторович, –2007. – 25 с.
132. Петров, М.В. Социально-гигиеническая характеристика граждан, подлежащих призыву на военную службу в Кировской области / М.В. Петров, А.В. Завалин // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – 2009. – № 1. – С.7-11.
133. Плотникова, Е.Ю., Грачева, Т.Ю. Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта и простагландины: проблемный дуэт. / Е.Ю. Плотникова, Т.Ю. Грачева // *Справочник поликлинического врача*. – 2016. –№4. – С. 32–37.
134. Полунина, Н.В., Юмукян, А.В. Медико-социальный портрет подростка, имеющего нарушения здоровья / Н.В. Полунина, А.В. Юмукян // *Вестник Росздравнадзора*. – 2012. – № 6. – С. 35-38.

135. Поплавец, Е.В. Оценка показателей трансформирующего фактора роста бета 1 и кортизола в сыворотке крови юношей и молодых мужчин при гастродуоденальной патологии / Е.В. Поплавец // Журнал Вестник Витебского государственного медицинского университета. – Выпуск № 1. – Том 16. – 2017. – С 33-43.
136. Попова, Н.М. Эпидемиология и профилактика социально обусловленных заболеваний / Н.М. Попова, В.Н. Савельев // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – № 1. – С 17
137. Преображенский, В.Н. Лечение больных с длительно не заживающими язвами двенадцатиперстной кишки в сочетании с хроническими эрозиями желудка при наличии *Helicobacter pylori* / В.Н. Преображенский, Н.П. Климов, В.И. Катков и др. // Врачебное дело. – 1991. – № 2. – С. 87-90.
138. Работкин, О.С. Социально-стрессогенные факторы и качество жизни 15-18-летних юношей / О.С. Работкин, С.Ю. Палатов, Л.Е. Малышева // Наркология. – 2004. – № 9. – С. 29-31.
139. Работкин, О.С., Савельева, Л.Г. Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе». Влияние факторов риска на здоровье допризывной молодежи / О.С. Работкин, Л.Г. Савельева // Военно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 329. – № 3. – С. 97-98.
140. Реутова, Э. Ю. Клиническое значение оценки тиреоидного статуса у больных функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Реутова Элина Юрьевна – Волгоград, 2010. – 23 с.
141. Роговченко, Г.А. Опыт диагностики, лечения и профилактики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторных условиях / Г.А. Роговченко // Военно-медицинский журнал. – 2006. – № 2. – С. 32-35.
142. Рудая, Н.С. Хронические эрозии желудка: новые возможности

- патогенетического лечения / Н.С. Рудая, Г.К. Жерлов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2009. – № 6. – С. 127-131.
143. Рудая, Н.С. Современные подходы к диагностике и выбору тактики лечения хронических эрозий желудка. Автореферат дисс. ... док. мед. наук./ Рудая Наталья Семеновна – Томск, – 2012. – 46 с.
144. Сарсенбаева, А.С. Эффективность стандартной тройной эрадикационной терапии первой линии на основе эзомепразола и других ингибиторов протонной помпы у больных с *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом / А.С. Сарсенбаева, Т.П. Петухова, С.В.Федоренко, И.В.Уфимцева // РМЖ. – 2017. – Т. 25. – № 17. – С. 1215-1219.
145. Санников, О.Р. Оптимизация диагностики дуоденогастрального рефлюкса у больных после холецистэктомии. : автореф. дис. ... канд. мед. наук. /Санников Олег Рудольфович – Пермь, – 2007. – 25 с.
146. Сафина, Д.Д., Абдулхаков, С.Р., Абдулхаков, Р.А. Эрадикационная терапия *helicobacter pylori*: настоящее и будущее. / Д.Д. Сафина, С.Р. Абдулхаков, Р.А. Абдулхаков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 11 (135). – С. 84-93.
147. Сахарова, И.Н. Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе». Здоровье призывников из разных регионов России / И.Н. Сахарова, Л.В. Ефремова // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского. – 2007. – № 9. – С. 39.
148. Смирнов, С.В., Кузьмин, С.А. Здоровье и физическая подготовленность призывников, проживающих в сельской местности (на примере Оренбургской области) / С.В. Смирнов, С.А. Кузьмин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2014.– № 3, – С. 14-16.
149. Согияйнен, А.А., Чичерин, Л.П., Щепин, В.О. Пути

- совершенствования реализации концепции федеральной системы подготовки граждан российской федерации к военной службе / А.А. Согияйнен, Л.П. Чичерин, В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25. – № 1. – С. 29-33.
150. Соловьев, Е.Ю. Комплексная оценка состояния здоровья подростков, допризывников и призывников г. Подольска и качества их жизни. / Е.Ю.Соловьев // Военно-медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 67-68.
151. Соловьева, Г.А. Эрозии желудка – отдельная нозологическая форма или универсальная реакция слизистой оболочки на повреждение. / Г.А. Соловьева // Внутренняя медицина. – 2007. – № 3 (3). – С. 14 – 17.
152. Стародубов, В.И. Подходы к разработке программ по снижению смертности на региональном уровне / В.И. Стародубов, А.Ю. Михайлов, А.Е. Иванова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 20. – № 4. – С. 1.
153. Суханов, А.В. Влияние дуоденогастрального рефлюкса на характеристики хронического гастрита // А.В. Суханов А.В, И.Э. Пикерский, Р.Г. Сайфутдинов / Дневник казанской медицинской школы. – 2015. – № 3 (9). – С. 23-28.
154. Ткаченко, Е.И. Эпидемиологическое исследование резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину у жителей Санкт-Петербурга с язвенной болезнью / Е.И. Ткаченко, Ю.П. Успенский, Н.В. Барышникова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2009. – № 5. – С. 73-79.
155. Ткаченко, Е.В. Гормональная составляющая патогенеза желудочно-кишечных заболеваний / Е.В. Ткаченко, Г.Г. Варванина // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – № 2. – С. 27-30.
156. Успенский, Ю.П. Оптимизация лечения заболеваний,

- ассоциированных с инфекцией *Helicobacter pylori*, с учетом современных рекомендаций / Ю.П. Успенский, Н.В. Барышникова. В сборнике: Актуальные вопросы оздоровления детей и подростков с помощью стационарзамещающих технологий сборник работ, посвященный 65-летию Консультативно-диагностического центра для детей №2. – Санкт-Петербург. – 2016. – С. 37-48.
157. Успенский, Ю.П., Барышникова, Н.В., Фоминых, Ю.А Эволюция в терапии *Helicobacter pylori* ассоциированных заболеваний учебное пособие, Санкт-Петербург. – 2017. – С 38.
158. Хабриев, Р.У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбрaten, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 3-5.
159. Хлынов, И.Б., Чикунова, М.В. Значение слизисто-бикарбонатного барьера желудка при кислотозависимых заболеваниях / И.Б. Хлынов, М.В. Чикунова // Российский медицинский журнал. – 2016. – № 17. – С. 1125-1129.
160. Хмелик, В.И Состояние здоровья допризывников и призывников Краснодарского края и мероприятия по его укреплению.: автореф. дис. ... канд. мед. наук. /Хмелик Владимир Иванович – Москва, – 2014. – 25 с.
161. Циммерман, Я. С. Клиническая гастроэнтерология / Я.С. Циммерман. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, – 2009. – 416 с.
162. Циммерман, Я.С. Гастродуоденальные эрозии: современное состояние проблемы / Я.С.Циммерман // Клиническая медицина. – 2012. – Т. 90. – № 1. – С. 17-24.
163. Чернышева, А.И., Китаева, А.Ф., Фирсов Е.Е.Особенности острой эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки у детей с гастроэнтерологической патологией / А.И.Чернышева, А.Ф. Китаева, Е.Е.Фирсов Е.Е. // Актуальные

- проблемы экспериментальной и клинической медицины Материалы 74-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием. – 2016. – С. 81.
164. Чиж, И.М. Экстремальная медицина / И.М. Чиж, В.Г. Баженов // Инфра-М, Альфа-М, 2014. – 160 с.
165. Чичерин, Л.П. Проблемы и пути совершенствования охраны здоровья и организация медико-социальной помощи подросткам на уровне субъекта российской федерации / Л.П.Чичерин, Р.Я.Нагаев, В.О. Щепин // Уфа, 2015. – 195 с.
166. Чичерин, Л.П. Нормативное и организационное обеспечение охраны здоровья мальчиков и юношей / Л.П. Чичерин, Е.А. Плыгунов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 3. – С. 78-84.
167. Чичерин, Л.П. Медико-социальная поддержка детей и подростков россии: проблемы и пути решения / Л.П. Чичерин, М.В. Никитин // Смоленский медицинский альманах. – 2016. – № 4. – С. 192-198.
168. Шевель, П.П., Оборский, А.Ю. Демографическое прогнозирование призывного потенциала вооруженных сил российской федерации до 2030 года В сборнике: Моделирование демографического развития и социально-экономическая эффективность реализации демографической политики России / П.П. Шевель, А.Ю. Оборский // Материалы международной научно-практической конференции. Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, Институт социально-политических исследований РАН. – 2015. – С. 136-144.
169. Шигапов, Б.Г. Гигиенические аспекты подготовки призывного контингента к военной службе (на примере Удмуртской республики) автореферат дис. ... канд. мед. наук / Казан. гос. мед. ун-т. Ижевск, 2008. –28 с.

170. Шкатова, Е.Ю., Здоровьесберегающие установки и качество жизни студенток Удмуртской республики / А.С. Осыкина, И.А. Кобыляцкая, Е.Ю. Шкатова. // Врач-аспирант. – 2015. – Т. 68. – № 1. – С. 42-45.
171. Шкатова, Е.Ю. Эпидемиологические особенности эрозивных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки / Е.Ю. Шкатова, А.Г. Бессонов, Н.М. Ворончихина, М.Н. Сазонова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Т. 8, – № 5 : Прил. № 32: Материалы четырнадцатой Российской гастроэнтерологической недели, 6-8 окт. 2008. Москва. – С. 154.
172. Шкатова, Е.Ю. Механизмы формирования торпидного течения гастродуоденальных язв, разработка многофакторного прогнозирования и патогенетического лечения: автореф. дис. ... докт. мед. наук (14.00.05) / Шкатова Елена Юрьевна; ФГУ «Учебно-научный Медицинский центр» упр.делами Президента РФ.– Москва, 2008. – 48 с.
173. Шкатова, Е.Ю. Применение сестринских обучающих программ по повышению качества жизни пациентов с язвенной болезнью / Л.В. Мышкина, Е.Ю. Шкатова, Н.М. Попова. // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – № 4. – С. 14-17.
174. Щекотов, В.В., Кравцова, Т.Ю., Барламов, П.Н. Обучение пациентов с сочетанием язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и артериальной гипертензии после острого желудочно-кишечного кровотечения в школе коморбидной патологии / В.В. Щекотов, Т.Ю. Кравцова, П.Н. Барламов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 6 (130). – С. 105-108.
175. Щепин, В.О. Особенности заболеваемости подростков в России / В.О. Щепин, Л.П. Чичерин, Т.И. Расторгуева, Т.Н. Проклова, О.Б. Карпова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 2. – С. 313-319.

176. Щербаков, П.Л. Эрадикационная терапия антибиотикорезистентных штаммов *Helicobacter pylori* / П.Л. Щербаков [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 11. – С.103-106.
177. Юмукян, А.В. Социально-гигиеническое исследование состояния здоровья, образа жизни и организации лечебно-оздоровительной работы среди юношей-подростков автореферат дис. ... канд. мед. наук / Юмукян, Александр Викторович Российский национальный исследовательский университет имени Н.И. Пирогова. Москва, – 2013. – 28 с.
178. Ядчук, В.Н. Организационно-методические аспекты совершенствования медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе до первоначальной постановки на воинский учет: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Ядчук, Василий Николаевич – М., – 2001. – 24 с.
179. Ядчук, В.Н. Качество медицинского обеспечения 15-17-летних юношей и возврат из войск / В.Н. Ядчук, И.А. Андроненков, Р.Н. Лысенко //Справочник педиатра – М., – 2011. – № 4. – С. 28-32.
180. Ядчук, В.Н. Оценка удовлетворенности призывников организацией медицинского обеспечения при подготовке к военной службе / В.Н. Ядчук, И.А. Андроненков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – М., – 2011. – № 5. – С. 16-18.
181. Ядчук, В.Н. Состояние здоровья подростков и пути совершенствования медицинского обслуживания 15-17-летних юношей при подготовке к военной службе / В.Н. Ядчук, И.А. Андроненков // Сборник материалов XV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии». – М., – 2011. – С. 1001.
182. Яковенко, А.В., Григорьев, П.Я., Яковенко, Э.П. и др. Четырехкомпонентные висмутсодержащие – терапия первого выбора

- для эрадикации *Helicobacter pylori* инфекции // Экспертиза и клиника гастроэнтерологии. – 2003. – № 5. – С. 13-14.
183. Яковенко, Э.П. Современные подходы к лечению функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта / Яковенко Э.П. // Доктор.Ру. – 2015. – № 2-1 (103). – С. 59-62.
184. Яковенко, Э.П. Цитопротектор ребамипид в терапии воспалительных и эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта / Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова, А.Н. Иванов, А.В. Яковенко, М.А. Алдиярова, Т.В. Волошейникова, Ю.В. Григорьева, И.П. Солуянова. // Терапевтический архив. – 2016. – Т. 88. – № 4. – С. 88-92.
185. Януль, А.Н. Эндоскопические и морфологические характеристики слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта при желудочной диспепсии у военнослужащих первого года службы по призыву / А.Н. Януль // Лечебное дело. – 2013; 4:54-58
186. Януль, А.Н. Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки у военнослужащих срочной службы [Текст] / А.Н. Януль, И.В. Загашвили // Военная медицина : научно-практический рецензируемый журнал. – 2015. – № 1. – С. 74-80.
187. Януль, А. Н. Гастродуоденальные эрозии у военнослужащих срочной службы Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием "Военная медицина: реалии и перспективы", (Минск, 4 июня 2015 г.) / А.Н. Януль, Г.П. Любутина // Военная медицина : научно-практический рецензируемый журнал. – 2015. – № 3. – С. 68-69.
188. Allen, A., Flemstrom, G. Gastro-duodenal mucus bicarbonate barrier: protection against acid and pepsin // Am. J. Physiol. Cell Physiol. – 2005. – Vol. 288. – P. 1-19.
189. Annual change of primary resistance to clarithromycin among *Helicobacter pylori* isolates from 1996 through 2008 in Japan / N. Horiki [et al.] // *Helicobacter*. – 2009. – Vol.14. – P. 86-90.

190. Camilleri M, Stanghellini V Current management strategies and emerging treatments for functional dyspepsia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013;10:187–94. [doi:10.1038/nrgastro.2013.11](https://doi.org/10.1038/nrgastro.2013.11) [PubMed]
191. Candelli, M. Treatment of *Helicobacter pylori* infection: a review / M. Candelli, E.S. Nista, E. Carloni // *Cuir. Med. Chem.* – 2005. – Vol. 12, – №4. – P. 375-384.
192. Chen HN, Wang Z, Li X, et al. *Helicobacter pylori* eradication cannot reduce the risk of Gastric Cancer in patients with intestinal metaplasia and dysplasia: evidence from a meta-analysis. *Gastric Cancer* Published Online First: 22 Jan 2015. [doi:10.1007/s10120-015-0462-7](https://doi.org/10.1007/s10120-015-0462-7) [doi:10.1007/s10120-015-0462-7](https://doi.org/10.1007/s10120-015-0462-7) [PubMed]
193. Chung, C.S., Chiang, T.H., Lee, V.C. A systemic approach for the diagnosis and treatment of idiopathic peptic ulcers. *Korean J Intern Med* – 2015; 30: 559-70.
194. Correa P. Gastric cancer: overview. *Gastroenterol Clin North Am* 2013;42:211–17. [doi:10.1016/j.gtc.2013.01.002](https://doi.org/10.1016/j.gtc.2013.01.002) [PMC free article] [PubMed]
195. De Francesco, V. *Helicobacter pylori* therapy: Present and future / V. De Francesco, E. Ierardi, C. Hassan, A. Zullo // *World J. Gastrointest Pharmacol. Ther.* – 2012. – Vol. №3 (4). – P. 68-73.
196. Dinis-Ribeiro, M. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European *Helicobacter* Study Group (EHSD), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) / M. Dinis-Ribeiro[et al.] // *Endoscopy.* – 2012. – Vol. 44. – № 1 – P. 74-94.
197. Dore, M.P., Lu, H., Graham, D.Y. Role of bismuthin improving *Helicobacter pylori* eradication with triple therapy *Gut* 2016;65(5):870-8 [doi: 10.1136 / gutjnl](https://doi.org/10.1136/gutjnl) – 2015 – 311019.
198. Du, Y, Li, Z, Zhan, X et al. Anti-inflammatory effect of sofrebamipide

- according to *Helicobacter pylori* status in patients with chronicerosi
vegastritis: arandomized sucral fate - controlled multicenter trialin China -
STARS study. *Dig Dis Sci* 2008; 53 (11): 2886-95.
199. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicibacter pylori* positive patients / A.C. Ford [et al // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2006. – № 2. – P. CD003840.
 200. European *Helicobacter* Study Group /P. Malfertheiner, [et al.] // *Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht IV / Florence Consensus Report. Gut.* – 2012 (May) – Vol. 61 (5). – P. 646-664.
 201. Ford AC, Forman D, Hunt RH, et al. *Helicobacter pylori* eradication therapy to prevent gastric cancer in healthy asymptomatic infected individuals: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2014;348:g3174 [doi:10.1136/bmj.g3174](https://doi.org/10.1136/bmj.g3174) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
 202. Ford, A. Eradication therapy in *Helicobacter pylori* positive peptic ulcer disease: systematic review and economic analysis. / A. Ford, B. Delaney, D. Forman [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 99. – P. 1833-1855.
 203. Ford, AC Adverse events with bismuth salts for *Helicobacter pylori* eradication: systematic review and meta-analysis. / AC Ford, P Malfertheiner, M.Giguere [et al.] // *World J Gastroenterol.* – 2008. – Vol. 48 – P. 7361-7370.
 204. Frequency and risk factors of gastric and duodenal ulcers or erosions in children: a prospective 1-month European multicenter study / N. Kalach [et al.] // *Eur. J. of gastroenterology & hepatology.* – 2010. – Vol. 22 (10). – P. 1174-1181.
 205. Gastric bile monitoring: an in vivo and in vitro study of Bilitec reliability / G.L. Tibbling, L. Blackadder, T. Franzén, E.Kullman // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2002. – Vol. 37, No 11. – P.1334-1337.
 206. Gisbert, J.P., Calvet, X. Review article: the effectiveness of standard triple

- therapy for *Helicobacter pylori* has not changed over the last decade, but it is not good enough. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;34:1255-68.
207. Gisbert, J.P., McNicholl, A.G. Optimization strategies aimed to increase the efficacy of *H.pylori* eradication therapies. *Helicobacter* 2017 May 2. doi: 10.1111 / hel. 12392.
 208. Graham DY, Shiotani A Which therapy for *Helicobacter pylori* infection? *Gastroenterology*2012;143:1012. doi:10.1053/j.gastro.2012.05.012 [PMC free article] [PubMed].
 209. Graham DY, Lee YC, Wu MS Rational *Helicobacter pylori* therapy: evidence-based medicine rather than medicine-based evidence. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014;12:177–86. doi:10.1016/j.cgh.2013.05.028[PMC free article] [PubMed]
 210. Graham, D.Y. *Helicobacter pylori* treatment in the era of increasing antibiotic resistance / D.Y. Graham, L. Fischbach // *Gut*. – 2010. – Vol. 59. – P. 1143-1153.
 211. Hanninen, M.L.Sensitivity of *Helicobacter pylori* to different bile salts / M.L. Hanninen // *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis*. – 1991. – Vol. 10. – P.515-518.
 212. Haruma, K., Ito, M., Kido, S., Manabe, N., Kitadai, Y., Sumii, M., Tanaka, S., Yoshihara, M., Chayama, K. Longterm rebamipide therapy improves *Helicobacter pylori*associated chronic gastritis. *Dig Dis Sci* 2002; 47(4): 862-7.
 213. Hasegawa, S, Sekino, H, Matsuoka, O et al. Bioequivalence of rebamipide granules and tablets in healthy adult male volunteers. *Clin Drug Invest* 2003; 23 (12): 771-9.
 214. High efficacy of 14-day triple therapy-based, bismuth-containing quadruple therapy for initial *Helicobacter pylori* eradication / Q. Sun [et al.] // *Helicobacter*. – 2010. – Vol. 15(3). – P. 233-238.
 215. Hu, Y., Zhu, Y., Lu, N.H. Novel and effective therapeutic regimens for *Helicobacter pylori* in an era of increasing antibiotic resistance. *Front Cell*

- InfectMicrobiol 2017;7:168. doi: 10.3389/fcimb.2017.00168.
216. International Agency for Research on Cancer. Helicobacter pylori eradication as a strategy for preventing gastric cancer. IARC Working Group Reports Vol 8, WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2014.
 217. Ishihara, K, Komuro, Y, Nishiyama, N et al. Effect of rebamipide on mucus secretion by endogenous prostaglandin -independent mechanism in rat gastric mucosa. *Arzneimittelforschung* 1992; 42 (12): 1462-6.
 218. Kamada, T., Sato, M., Tokutomi, T., Watanabe, T., Murao, T., Matsumoto, H., Manabe, N., Ito, M, Tanaka, S., Inoue, K., Shiotani, A., Akiyama, T., Hata, J., Haruma, K. Rebamipide improves chronic inflammation in the lesser curvature of the corpus after Helicobacter pylori eradication: a multicenter study. *Biomed Res Int* 2015; 2015:865146. doi:10.1155/2015/865146.
 219. Kato M, Terao S, Adachi K, et al. Changes in endoscopic findings of gastritis after cure of H. pylori infection: multicenter prospective trial. *Dig Endosc* 2013;25:264–73. doi:10.1111/j.1443-1661.2012.01385.x[PubMed]
 220. Kikuste I, Stirna D, Liepniece-Karele I, et al. The accuracy of flexible spectral imaging colour enhancement for the diagnosis of gastric intestinal metaplasia: do we still need histology to select individuals at risk of adenocarcinoma? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2014;26:704–9. doi:10.1097/MEG.000000000000108 [PubMed]
 221. Lee YC, Chen TH, Chiu HM, et al. The benefit of mass eradication of Helicobacter pylori infection: a community-based study of gastric cancer prevention. *Gut* 2013;62:676–82. doi:10.1136/gutjnl-2012-302240[PMC free article] [PubMed]
 222. Li, B.Z., Threapleton, D.E., Wang, J.Y., Xu, J.M. et al. Comparative effectiveness and tolerance of treatments for Helicobacter pylori: systematic review and network metaanalysis *BMJ*. 2015 Aug 19; 351: h4052.
 223. Lim JH, Kim N, Lee HS, et al. Correlation between endoscopic and

- histological diagnoses of gastric intestinal metaplasia. *Gut Liver* 2013;7:41–50. [doi:10.5009/gnl.2013.7.1.41](https://doi.org/10.5009/gnl.2013.7.1.41) [PMC free article] [PubMed]
224. Malfertheine, P., Megivud, F., O’Morain, C. et al.; European Helicobacter Study Group. Management of Helicobacter pylori infection the Maastricht TV / Florence Consensus Report // *Gut*. – 2012. – 61 (5). – P. 646-664.
225. Malfertheiner, P., Megraud, F., O’Morain, C., et al. Management of Helicobacter pylori infection - the Maastricht V / Florence Consensus report // *Gut Online First*, published on October 5, 2016 as 10.1136/gutjnl – 2016 – 312288.
226. Malfertheiner, P, Megraud, F, O’Morain, CA, Gisbert, J.P., Kuipers, E.J. et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht V / Florence Consensus Report. *Gut* 2017; 66: 6-30.
227. Matsueda S, Graham DY Immunotherapy in gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2014;20:1657–66. [doi:10.3748/wjg.v20.i7.1657](https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i7.1657) [PMC free article] [PubMed]
228. McNicholl A., Molina-Infante J., Bermejo F., Harb Y., Modolell I., Anton R. et al. Non-bismuth quadruple concomitant therapies in the eradication of Helicobacter pylori: standard vs. optimized (14 days, high-dose PPI) regimens in clinical practice. *Helicobacter* 2014; 19 (Suppl. 1): 11.
229. McNicholl, A.G., Gasbarrini, A., Tepes, B., Bordin, D.S. et al. Pan-European Registry on H. pylori Management (HP-EuReg): First-Line Treatments and Interim Analysis of 11272 patients. *Helicobacter*. 2015; 20 (Suppl. 1): 91.
230. Mégraud F, Coenen S, Versporten A, et al. Helicobacter pylori resistance to antibiotics in Europe and its relationship to antibiotic consumption. *Gut* 2013;62:34–42. [doi:10.1136/gutjnl-2012-302254](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302254) [PubMed]
231. Molina-Infante, J., Lucendo, A.J., Angueira, T., Rodriguez-Tellez, M., Perez-Aisa, A., Balboa, A. et al. Optimized empiric triple and concomitant

- therapy for *Helicobacter pylori* eradication in clinical practice: the OPTRICON study. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41: 581-9.
232. Multifaceted assessment of chronic gastritis: a study of correlations between serological, endoscopic, histological diagnostics / T. Takao [et al.] // Hindawi Publishing Corporation Gastroenterology Research and Practice – 2011. – Vol. 5. – P. 1-7.
233. Naito, Y, Kuroda, M, Mizushima, K et al. Transcriptome analysis for cytoprotective actions of rebamipide against indomethacin - induced gastric mucosal injury in rats. *J Clin Biochem Nutr* 2007; 41 (3): 202-10.
234. Nishizawa, T, Suzuki, H, Nakagawa, I et al. Rebamipide - promoted restoration of gastric mucosal sonic hedgehog expression after early *Helicobacter pylori* eradication. *Digestion* 2009; 79 (4): 259-62.
235. Nishizawa, T., Nishizawa, Y., Yahagi, N., Kanai, T., Takahashi, M., Suzuki, H. Effect of supplementation with rebamipide for *Helicobacter pylori* eradication therapy: a systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol* 2014; 29(Suppl.4): 20-4. doi:10.1111 / jgh.12769.
236. Osawa H, Yamamoto H, Miura Y, et al. Blue laser imaging provides excellent endoscopic images of upper gastrointestinal lesions. *Video J Encyclopedia of GI endoscopy* 2014;1:607–10. doi:10.1016/j.vjgien.2014.01.001
237. Perforated peptic ulcer: how to improve outcome? Text. / M.H. Moller, S Adamsen, M. Wojdemann, A.M. Moller // *Scand. J. Gastroenterol.* 2009. – Vol. 44, N 1. – P. 15-22.
238. Phillipson, M., Atuma, C., Henriksnas, J., Holm, L. The importance of mucus layers and bicarbonate transport in preservation of gastric juxtamucosal pH // *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol.* 2002. Vol. 282(2). P. 211-219.
239. Ricci, V. Molecular cross-talk between *Helicobacter pylori* and human gastric mucosa / V. Ricci, M. Romano, P. Boquet // *World J. Gastroenterol.* – 2011. – Vol. 17 (11). – P. 1383-1399.

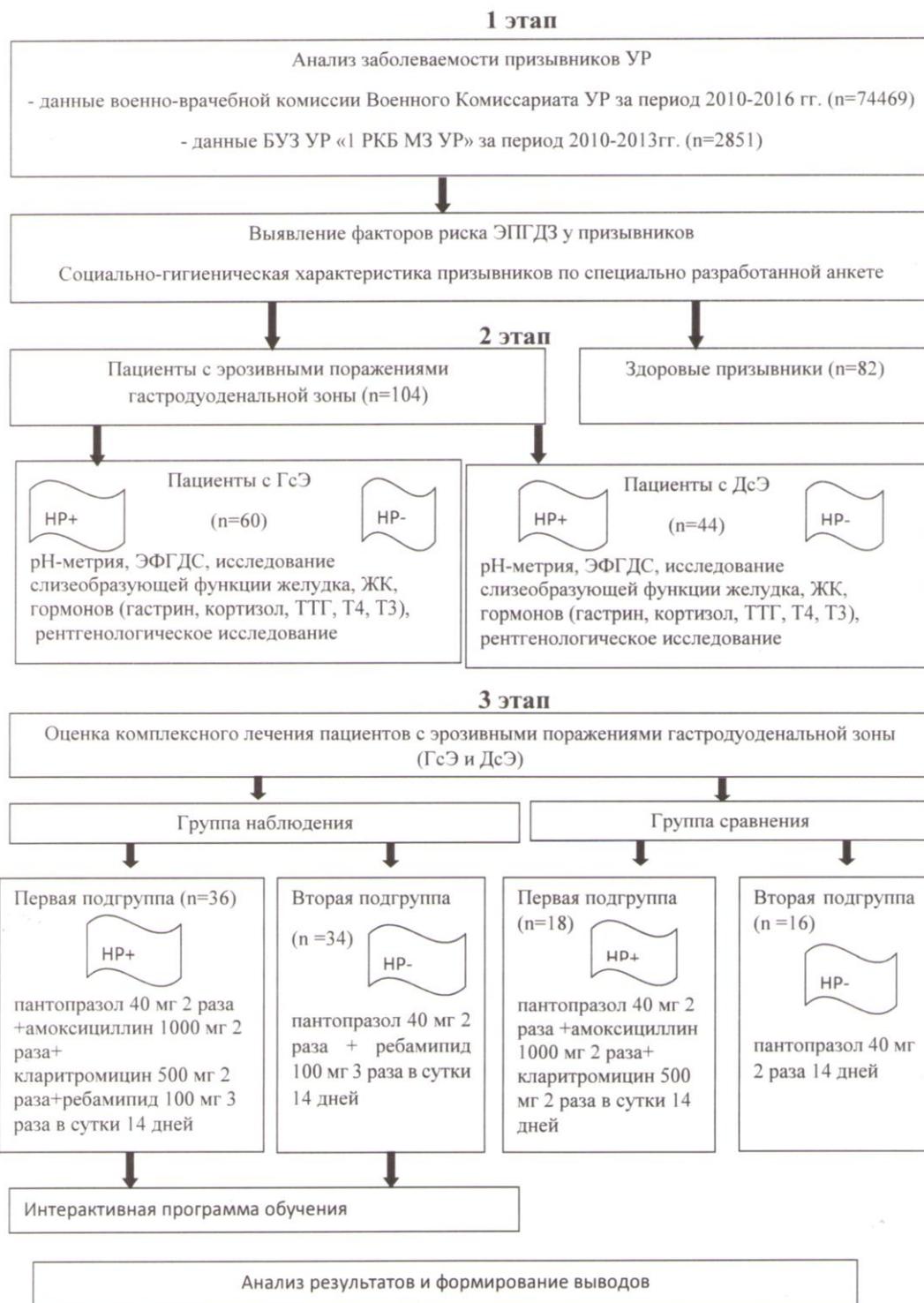
240. Sakurai, K, Sasabe, H, Koga, T, Konishi, T. Mechanism of hydroxyl radical scavenging by rebamipide: identification of monohydroxylated rebamipide as a major reaction product. *Free Radic Res* 2004; 38 (5): 487-94.
241. Shay, H., Sun, D. C.H. Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer // Bockus H.L. *Gastroenterology*. Philadelphia-London, – 1968. – Vol. 1. – P. 420-65.
242. Shiotani, A., Lu, H., Dore, M.P., Graham, D.Y. Treating *Helicobacter pylori* effectively while minimizing misuse of antibiotics. *Cleve Clin J Med* 2017; 84(4): 310-8. doi:10.3949 / ccjm.84a.14110.
243. Sjövall, H. Meaningful or redundant complexity – mechanisms behind cyclic changes in gastroduodenal pH in the fasting state / H. Sjövall // *Acta Physiol (Oxf)*. – 2011. – Vol. 201, – № 1. – P.127-131.
244. Suetsugu, H, Ishihara, S, Moriyama, N et al. Effect of rebamipide on prostaglandin EP4 receptor gene expression in rat gastric mucosa. *J Lab Clin Med* 2000; 136 (1): 50-7.]
245. Suzuki H, Moayyedi P *Helicobacter pylori* infection in functional dyspepsia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013;10:168–74. doi:10.1038/nrgastro.2013.9 [PubMed]
246. Tanigawa, T, Watanabe, T, Otani, K et al. Rebamipide inhibits indomethacin -induced small intestinal injury: possible involvement of intestinal microbiota modulation by up regulation of α -defensin 5. *Eur J Pharmacol* 2013; 704 (1-3): 64-9.
247. Tarnawski, A, Pai, R, Chiou, S.K et al. Rebamipide inhibits gastric cancer growth by targeting survivin and Aurora-B. *Biochem Biophys Res Commun* 2005; 334 (1): 207-12.
248. Terano, A., Arakawa, T., Sugiyama, T., et al. Rebamipide, a gastro-protective and anti-inflammatory drug, promotes gastric ulcer healing following eradication therapy for *Helicobacter pylori* in a Japanese population: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Gastroenterol*. – 2007; 42(8): 690-3.

249. Toljamo, K., Niemelä, S., Karvonen, A.L. et al. Histopathology of gastric erosions. Association with etiological factors and chronicity // *Helicobacter*. – 2011; 6: 444-451
250. Toljamo, K., Gastric erosions – clinical significance and pathology. A long-term follow-up study // Oulu, Finland. Acta Univ. Oul. D. – 2012. 1152 p.
251. Tulassay, Z. Gastric mucosal defense and cytoprotection / Z. Tulassay, L. Herszenyi // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* – 2010. – Vol. 24 (2). – P. 99-108.
252. Vakil, N. Antimicrobial resistance and eradication strategies for *Helicobacter pylori* // *Rev. Gastroenterol. Disord.* – 2009. – Vol. 9. – P. E78-83.
253. Vallve, M., Vergara, M., Gisbert, J.P. et al. Single vs. double dose of a proton pump inhibitor in triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a meta-analysis. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 16: 1149-56.
254. Villoria, A., Garcia, P., Calvet, X. et al. Meta-analysis: high-dose proton pump inhibitors vs. standard dose in tripletherapy for *Helicobacter pylori* eradication. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 28: 868-77.
255. Wong, B.P. Complications of peptic ulcer disease in children and adolescents: minimally invasive treatments offer feasible surgical options / B.P. Wong, N.S. Chao, M.W. Leung [et al.] // *Journal of Pediatric Surgery* – 2006. – Vol. 41 (12) – P. 2073-2075.
256. Wu JY, Liou JM, Graham DY Evidence-based recommendations for successful *Helicobacter pylori* treatment. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2014; 8: 21–8. doi:10.1586/17474124.2014.859522 [PubMed]
257. Yagi, K. Characteristic endoscopic and magnified endoscopic findings in the normal stomach without *Helicobacter pylori* infection / K. Yagi, A. Nakamura, A. Sekine // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2002. – Vol. 17. – P. 39-45.
258. Yamaoka, Y. Mechanisms of disease: *Helicobacter pylori* virulence factors. / Y. Yamaoka // *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* – 2010 (Nov.) – Vol. 7

(11). – P. 629-641.

259. Yoshida, N, Yoshikawa, T, Inuma, S et al. Rebamipide protects against activation of neutrophils by *Helicobacter pylori*. *Dig Dis Sci* 1996; 41 (6): 1139-44.
260. Yoshikawa, T, Naito, Y, Tanigawa, T, Kondo, M. Free radical scavenging activity of the novel anti - ulcer agent rebamipide studied by electron spin resonance. *Arzneimittelforschung* 1993; 43 (3): 363-6.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Ижевская государственная медицинская академия

Социологическое исследование

Анкета

«Медико-демографическая и социально-психологическая характеристика лиц призывного возраста»

Уважаемый пациент! Вам предлагается принять участие в социологическом исследовании и ответить на вопросы анкеты. Для ее заполнения, пожалуйста, внимательно прочитайте вопросы и обведите кружком номер той позиции, которая наиболее полно совпадает с вашей точкой зрения. Информация будет обработана с учетом биомедицинской этики. Данные будут использованы только в общем виде.

РАЗДЕЛ 1.Начинаем наш диалог со знакомства.

ФИО _____

Подпись _____

Дата приема в поликлинике _____

Место работы, учебы _____

Адрес _____ тел. _____

1.Ваш возраст _____ (сколько полных лет)

2.Обследование по линии военкомата :1.впервые 2.второй раз 3.три и более раз.

3.Национальность:

1.русский 2.удмурт 3.татарин 4.другая национальность (отметить какая) _____

4.Какова масса вашего тела? _____ кг. Рост _____

1. Норма 2. выше нормы 3. ниже нормы 4. не знаю

5.Образование на момент обследования:

1.ниже среднего

2.среднее

3.среднее специальное

4.неоконченное высшее

5.высшее

6.Вы относитесь к социальной группе:

1.рабочий 2.служащий 3.учащийся 4.безработный

РАЗДЕЛ 2

7. В каком возрасте появился дискомфорт в животе? _____

8.В каком возрасте выявили у Вас заболевание желудочно-кишечного тракта? _____

9. Как Вы в целом оцениваете состояние своего здоровья?

1.плохое

2.удовлетворительное

3.хорошее

10. Как Вы относитесь к своему здоровью и к себе?

1.внимательно

2.невнимательно

3.не обращаю внимания

4.люблю себя

5.не люблю себя

6.критикую себя

7.вечно себя «терзаю»

8. _____

11.В чем Вы видите причину вашего заболевания

- 1.отягощенная наследственность
- 2.производственные факторы
- 3.курение
- 4.употребление алкоголя
- 5.несоблюдение режима труда и отдыха
- 6.несоблюдение назначений врача
- 7.несоблюдение диеты
- 8.не знаю
- 9.прочее _____

РАЗДЕЛ 3

Социально-психологическая и медико-демографическая характеристика семьи.

12.Семейное положение

- 1.холост
- 2.женат
- 3.гражданский брак
- 4.живу с родителями.
- 5.живу с бабушкой и или (дедушкой)
- 6.живу один.
- 7.живу с женой и детьми
8. у меня есть дети: 1.один 2.двое

13.Поддерживает ли Вас семья?

- 1.да, в периоды болезни
- 2.да, в периоды неудач
- 3.всегда
- 4.иногда
- 5.нет

14.Микроклимат в вашей семье

- 1.всегда доверительные, дружные отношения
- 2.чаще дружные
- 3.атмосфера поддержки
- 4.каждый сам по себе
- 5.безразличие
- 6.частые ссоры
- 7.члены семьи длительно не разговаривают друг с другом
- 8.иногда дело доходит до рукоприкладства

15.Как Вы оцениваете взаимоотношения в своей семье сейчас?

- 1.хорошие
- 2.удовлетворительные
- 3.плохие

16.Какие трудности испытывает Ваша семья?

- 1.материальные
- 2.психологические
- 3.бытовые (уборка, стирка) другое _____
- 4.трудностей нет
- 5.безработица
- 6.употребление алкоголя

17.Любили ли Вас в детстве родители?

- 1.да
- 2.не очень
- 3.нет
- 4.не знаю

18.Вы воспитывались в семье?

- 1.с обоими родителями
- 2.только с матерью
- 3.только с отцом
- 4.в детском доме
6. воспитывался бабушкой(дедушкой)

5. в интернате

19.Считаете ли Вы воспитание, полученное у своих родителей , правильным?

1.да 2.нет 3.не знаю

20.Какие были взаимоотношения в семье где Вы росли?

1.хорошие
2.удовлетворительные
3.плохие

21.Изменились ли отношения в семье в связи с Вашим заболеванием?

1.нет
2.да
3.Появились конфликты из-за ограничений в питании
4.Чаще стали ссоры
5.другое _____

22.Стараетесь ли Вы избегать конфликтов в семье

1.да, вопросы стараюсь решать мирным путем
2.я замыкаюсь в себе
3.я не разговариваю с обидчиком некоторое время
4.нет, предпочитаю выяснять отношения «на повышенных тонах»
5.другое _____

23.Как часто обнимали Вас в детстве родители?

1.никогда
2.очень редко
3.для меня достаточно
4.часто

24.Что Вас не удовлетворяло в воспитании ваших родителей?

1.чрезмерная строгость
2.отсутствие теплоты во взаимоотношениях с родителями
3.отсутствие помощи в учебе
4.предоставление самому себе
5.плохое здоровье родителей
6.не были привиты гигиенические навыки _____
7.другое

25.Соответствовали ли Вы требованиям, предъявляемым родителями?

1.да
2.родители гордились мной
3.нет
4.я был «никчемный» ребенок
5.невсегда
6.сожалели, что родили меня

26.Хвалили ли Вас родители?

1.всегда
2.иногда
3.никогда

27.Как Вы реагировали на замечания родителей?

1.плачем
2.замыкались в себе 6. «подлизывались» к родителю
3.негодовали
4.ругались, грубили
5.положительно

РАЗДЕЛ 4

Социально-экономические и социально-гигиенические условия проживания Вас и Вашей семьи.

28.Вы проживаете в:

- 1.своем доме
- 2.однокомнатной квартире
3. двухкомнатной квартире
4. трех- и более комнатной квартире
- 5.комнате в общежитии
- 6.снимаете комнату
- 7.снимаете квартиру

29.Как Вы оцениваете свои жилищные условия?

- 1.очень хорошие
2. хорошие
- 3.удовлетворительные
- 4.плохие

30.Месячный бюджет в расчете на одного члена семьи:

- 1.до 5000руб
- 2.5000-10000руб
- 3.10000-150000руб
- 4.свыше 15000руб

31.Как Вы оцениваете материальное положение семьи?

- 1.очень хорошее
- 2.хорошее
- 3.удовлетворительное
- 4.плохое
- 5.очень плохое

32.Страдали ли Ваши ближайшие родственники заболеваниями печени, поджелудочной железы, желчных путей,желудка?

- 1.да (отец, мать, брат, сестра, дед, бабушка) подчеркнуть
- 2.нет

РАЗДЕЛ 5 Социально-гигиеническая характеристика питания

33.Сколько раз в день Вы питаетесь?

- 1.три раза
- 2.менее трех раз
- 3.4-6 раз

34.Вы завтракаете?

- 1.да
- 2.нет

35.Сколько раз Вы принимаете горячую пищу без учета кофе и чая?

- 1.один раз
2. два раза
- 3.три раза и более

36.Соблюдаете ли Вы диету?

- 1.всегда
- 2.нет
- 3.иногда
- 4.когда есть боли

37.Если нарушаете, то почему?

- 1.живем один раз, ем что хочу
- 2.поддерживание диеты не считаю важным
- 3.соблюдать диету не позволяют материальные средства
- 4.Не знаю особенностей своей диеты
- 5.никто из мед.работников не объяснял суть диеты
- 6.позволяю себе есть все, что хочу

7 люблю жирную пищу и изделия из теста

38.Какие из перечисленных блюд Вы едите чаще? (возможно не более 2 ответов)

- 1.овощи
- 2.рыбные
- 3.мясные
- 4.молочные
- 5.мучные
- 6.сладкие
- 7.жирные
- 8.острые
- 9.маринованные

39.Придерживается ли вся семья определенного режима дня?

- 1.да
- 2.иногда
- 3.нет

40.Курят ли в семье?

- 1.нет
- 2.родители (отец, мать)
- 3.супруга
- 4.курили, но бросили
- 5.курую сам _____лет _____штук
- 6.курил ___лет, но бросил

41.Употребляете ли Вы спиртные напитки? сколько? (подчеркните)

- 1.пиво (ежедневно, 1-2 раза в неделю, 1 раз в месяц, реже)100-200;250-500;более 500
- 2.водка (ежедневно,1-2 раза в неделю,1 раз в месяц, реже) менее 100,100-200;250-500; более 500
- 3.вино (ежедневно,1-2 раза в неделю,1 раз в месяц, реже)100-200;250-500;более 500

42.Ваше отношение к наркотикам:

- 1.резко отрицательное
- 2.пробовал в свое время
- 3.нужно как-то расслабляться
- 4.не могу отказаться
- 5.«легкие» наркотики всегда можно бросить

43.Употребляли ли Вы когда-нибудь наркотики?

- 1.да
- 2.нет

РАЗДЕЛ 6 Социально-гигиеническая характеристика условий труда

44.Вы работаете:

- 1.на промышленном предприятии б учитесь
- 2.в частной фирме
- 3.в бюджетной сфере
- 4.состоите на бирже
- 5.не работаете

45.Продолжительность Вашего рабочего дня, если Вы работаете?

- 1.менее 8 часов
- 2.8 часов
- 3.более 8 часов
- 4.ненормированный рабочий день
- 5.ночные смены
- 6.командировки

46.Работаете ли Вы дополнительно по совместительству?

- 1.да
- 3.совмещаю учебу и работу.

2.нет

47.Ваши отношения с коллегами, однокурсниками?

- 1.плохие
- 2.удовлетворительные
- 3.хорошие

РАЗДЕЛ 7. Организация отдыха

48.Как Вы проводите свободное время?

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1.общаюсь с друзьями | 9.сажу в барах , кафе |
| 2.смотрю телевизор | 10.гуляю с друзьями |
| 3.читаю | 11.в кино |
| 4.хожу в спортивную секцию | 12.в развлекательных центрах. |
| 5.играю в компьютерные игры | 13.играю в азартные игры. |
| 6.занимаюсь спортом | |
| 7.в социальных сетях , если «да», то сколько часов в день _____ | |
| 8.другое (вписать)_____ | |
-

49.Укажите среднюю продолжительность Вашего сна:

- 1.менее 7 часов
- 2.7-8 часов
- 3.более 8 часов

50.У Вас есть друзья?

- 1.да.
- 2.нет

РАЗДЕЛ 8.Служба в армии

51.Хотите ли вы служить в армии?

- 1.да.
- 2.нет
- 3.смотря в каких войсках(указать каких)_____

52.Отношение к воинской службе:

- 1.Имею большое желание служить
2. Каждый мужчина должен пройти службу
3. Раз надо, значит надо
4. Готов, но при возможности избежал бы
- 5.Морально к службе не готов
- 6.Физически не готов.

53.Не хочу служить , т.к:

1. -по убеждениям
2. - боюсь дедовщины
3. - по состоянию здоровья
4. - не считают нужным зря тратить время
5. - родители против службы в армии
6. - не хотел бы попасть в «горячую точку»

Опросник Спилбергера-Ханина

| Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет | | Нет, это не так | Пожалуй, так | Верно | Совершенно верно |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|--------------|-------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Я спокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Мне ничего не угрожает | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Я нахожусь в напряжении | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Я испытываю сожаление | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Я чувствую себя свободно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Я расстроен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Меня волнуют возможные неудачи | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Я чувствую себя отдохнувшим | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Я встревожен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Я уверен в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Я нервничаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Я не нахожу себе места | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Я взвинчен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Я не чувствую скованности, напряженности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Я озабочен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Я слишком возбужден и мне не по себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Мне радостно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Мне приятно | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет | | Почти никогда | Иногда | Часто | Почти всегда |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Я испытываю удовольствие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Я очень быстро устаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Я легко могу заплакать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Обычно я чувствую себя бодрым | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Я спокоен, хладнокровен и собран | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Я слишком переживаю из-за пустяков | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Я вполне счастлив | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Я принимаю все слишком близко к сердцу | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Мне не хватает уверенности в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Обычно я чувствую себя в безопасности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | У меня бывает хандра | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Я уравновешенный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах | 1 | 2 | 3 | 4 |

Приложение 4

«Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения» САН

Вам предложено 30 пар слов противоположного значения, выберите и отметьте цифру которая наиболее точно отражает ваше состояние в момент обследования (3 очень хорошее, 2 хорошее, 1 выше среднего, 0 нейтральный, 1 ниже среднего, 2 плохое, 3 очень плохое).

| | | | | | | | | | |
|----|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1 | Самочувствие хорошее | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Самочувствие плохое |
| 2 | Чувствую себя сильным | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Чувствую себя слабым |
| 3 | Пассивный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Активный |
| 4 | Малоподвижный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Подвижный |
| 5 | Веселый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Грустный |
| 6 | Хорошее настроение | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Плохое настроение |
| 7 | Работоспособный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Разбитый |
| 8 | Полный сил | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Обессиленный |
| 9 | Медлительный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Быстрый |
| 10 | Бездеятельный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Деятельный |
| 11 | Счастливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Несчастный |
| 12 | Жизнерадостный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Мрачный |
| 13 | Напряженный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Расслабленный |
| 14 | Здоровый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Больной |
| 15 | Безучастный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Увлеченный |
| 16 | Равнодушный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Взволнованный |
| 17 | Восторженный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Унылый |
| 18 | Радостный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Печальный |
| 19 | Отдохнувший | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Усталый |
| 20 | Свежий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Изнуренный |
| 21 | Сонливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Возбужденный |
| 22 | Желание отдохнуть | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Желание работать |
| 23 | Спокойный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Озабоченный |
| 24 | Оптимистичный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Пессимистичный |
| 25 | Выносливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Утомленный |
| 26 | Бодрый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Вялый |
| 27 | Соображать трудно | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Соображать легко |
| 28 | Рассеянный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Внимательный |
| 29 | Полный надежд | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Разочарованный |
| 30 | Довольный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Недовольный |

SF 36

Ответьте на каждый вопрос, пометая выбранными Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваш мнение

1. В целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья как:

- Отличное Очень хорошее Хорошее Посредственное Плохое

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?

- Значительно лучше, чем год назад Несколько лучше, чем год назад Примерно такое же как год назад Несколько хуже, чем год назад Гораздо хуже, чем год назад

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

A. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта?

- Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

B. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды?

- Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

B. Поднять и нести сумку с продуктами?

- Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов?

- Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет?

- Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

E. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки

- Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

Ж. Пройти расстояние более одного километра?

- Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

З. Пройти расстояние в несколько километров?

- Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

И. Пройти расстояние в один квартал?

- Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

К. Самостоятельно вымыться, одеться?

- Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

A. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела?

- Да Нет

B. Выполнили меньше, чем хотели?

- Да Нет

B. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности

- Да Нет

Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)?

- Да Нет

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

A. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела?

- Да Нет

B. Выполнили меньше, чем хотели?

- Да Нет

Г. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно?

- Да Нет

6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

- Совсем не мешало Немного Умеренно Сильно Очень сильно

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали последние 4 недели?

- Совсем не испытывал(а) Очень слабую Слабую Умеренную Сильную Очень сильную

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься вашей нормальной работой

(включая работу вне дома и по дому)?

Совсем не мешала Немного Слабую Умеренно Сильно Очень сильно

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течение последних 4 недель:

A. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?

Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу

B. Сильно нервничали?

Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу

B. Вы чувствовали себя таким (ой) подавленным (ой), что ничто не могло Вас взбодрить?

Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу

Г. Вы чувствовали себя спокойным (ой) и умиротворенным (ой)?

Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу

Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?

Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу

E. Вы чувствовали себя упавшим (ей) духом и печальным (ой)?

Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу

Ж. Вы чувствовали себя измученным (ой)?

Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу

3. Вы чувствовали себя счастливым (ой)?

Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу

И. Вы чувствовали себя уставшим (ей)?

Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.)?

Все время Большую часть времени Часто Иногда Редко Ни разу

11. Насколько ВЕРНО или НЕВЕРНО представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие

Определенно верно В основном верно Не знаю В основном не верно Определенно неверно

Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых

Определенно верно В основном верно Не знаю В основном не верно Определенно неверно

Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится

Определенно верно В основном верно Не знаю В основном не верно Определенно неверно

У меня отличное здоровье

Определенно верно В основном верно Не знаю В основном не верно Определенно неверно

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БССК – белковосвязанные сиаловые кислоты;
- ВВК – военно-врачебная комиссия;
- ГсЭ – гастрит с эрозиями;
- ГЭРБ –гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
- ДГР – дуодено-гастральный рефлюкс;
- ДПК – двенадцатиперстная кишка;
- ДсЭ – дуоденит с эрозиями;
- Ж – жизненная активность;
- ЖК – желчные кислоты;
- ИБ – интенсивность боли;
- ИПП–ингибиторы протоновой помпы;
- КЖ – качество жизни;
- ЛПВ – лица призывного возраста;
- ЛТ – личностная тревожность;
- ОР – относительный риск;
- ОСЗ – общее состояние здоровья;
- ОССК – олигосвязанные сиаловые кислоты;
- ПГ – простогландины;
- ПЗ – психологическое здоровье;
- РКБ – Республиканская клиническая больница;
- РТ – реактивная тревожность;
- РФФ – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;
- РЭФ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием;
- РЯД – рубцово-язвенная деформация;
- САН – Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения;
- ССК – свободные сиаловые кислоты;
- СО – слизистая оболочка;
- СФ – социальное функционирование;
- Т₃ – трийодтиронин;
- Т₄–тироксин;
- УР – Удмуртская Республика;
- HP* – *Helicobacter pylori*;
- ФФ – физическое функционирование;
- ЭПГДЗ – эрозивные поражения гастродуоденальной зоны