URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК 616.33/.342-072.1

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ



Юсупова Мамлакат Муталибовна
Центральноазиатский медицинский университет, г. Фергана, Республика Узбекистан
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-5716-8700
Gmail: yusupovamamlakat11@gmail.com

Аннотация. Актуальность. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки — одна из самых частых причин обращения к терапевту и направления на эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). Однако жалобы пациента плохо предсказывают эндоскопическую картину: у большинства пациентов с диспепсией клинически значимых изменений не находят, а серьезные изменения, в том числе предраковые, нередко протекают малосимптомно. **Цель.** Обобщить данные о клинических и эндоскопических проявлениях основных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, оценить степень их соответствия и предложить структурированный подход к клинико-эндоскопической оценке пациента. **Материалы и методы.** Проанализированы публикации в базах PubMed, Scopus и eLIBRARY.RU за 1996–2025 гг., включая метаанализы, международные консенсусы (Киотский, Маастрихт VI, Римские критерии IV) и рекомендации Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии. **Результаты и обсуждение.** По данным метаанализа, у пациентов с диспепсией язвенная болезнь выявляется лишь в 8,0 % случаев, эрозивный эзофагит — в 13,4 %, тогда как у большинства клинически значимых изменений нет. Инфекция Helicobacter pylori, которая в Узбекистане, по имеющимся данным, выявляется у 74,9 % взрослых, остается главной причиной хронического гастрита и язвенной болезни и запускает каскад «гастрит — атрофия — кишечная метаплазия — рак». Эндоскопические признаки по Киотской классификации и биопсия по обновленной Сиднейской системе с оценкой стадии по OLGA/OLGIM позволяют выявить пациентов с высоким риском. Предложена «клинико-эндоскопическая карта» пациента, объединяющая клинический профиль, факторы риска, стандартизированное эндоскопическое описание и морфологическую стадию гастрита. **Выводы.** Эффективность ЭГДС определяется не только выявлением язвы или эрозии, но и стандартизированной оценкой фона слизистой оболочки. Структурированный подход позволяет связать жалобы, эндоскопию и морфологию в единое решение о лечении и наблюдении.

Ключевые слова: гастрит, язвенная болезнь, функциональная диспепсия, Helicobacter pylori, эзофагогастродуоденоскопия, атрофия, кишечная метаплазия

URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, MAXSUS SON-3. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

CLINICAL AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF GASTRIC AND DUODENAL DISEASES

Yusupova Mamlakat Mutalibovna
Central Asian Medical University, Fergana, Republic of Uzbekistan

Abstract. Background. Gastric and duodenal diseases are among the most common reasons for consulting a physician and for referral to upper gastrointestinal endoscopy. However, symptoms predict endoscopic findings poorly: most patients with dyspepsia have no clinically significant lesions, while serious changes, including precancerous ones, are often oligosymptomatic. **Aim.** To summarise evidence on the clinical and endoscopic manifestations of the main gastric and duodenal diseases, to assess how well they correspond and to propose a structured approach to clinical and endoscopic assessment. **Materials and methods.** Publications in PubMed, Scopus and eLIBRARY.RU from 1996 to 2025 were analysed, including meta-analyses, international consensus reports (Kyoto, Maastricht VI, Rome IV) and guidelines of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy. **Results and discussion.** According to a meta-analysis, peptic ulcer is found in only 8.0% and erosive oesophagitis in 13.4% of patients with dyspepsia, while most have no clinically significant findings. Helicobacter pylori infection, reported in 74.9% of adults in Uzbekistan, remains the main cause of chronic gastritis and peptic ulcer and triggers the cascade from gastritis to atrophy, intestinal metaplasia and cancer. Endoscopic signs according to the Kyoto classification and biopsy according to the updated Sydney System with OLGA/OLGIM staging identify high-risk patients. A “clinical and endoscopic map” of the patient is proposed, combining the clinical profile, risk factors, standardised endoscopic description and histological stage of gastritis. **Conclusions.** The value of endoscopy depends not only on detecting ulcers or erosions but also on standardised assessment of the gastric mucosa. A structured approach links symptoms, endoscopy and histology into a single decision on treatment and surveillance.

Key words: gastritis, peptic ulcer, functional dyspepsia, Helicobacter pylori, upper gastrointestinal endoscopy, atrophy, intestinal metaplasia

Введение

Двое пациентов приходят на прием с одинаковой жалобой: тяжесть и жжение в эпигастрии после еды. У первого при эндоскопии обнаруживается язва луковицы двенадцатиперстной кишки, у второго — «поверхностный гастрит», о котором в заключении написано одной строкой. Через несколько лет у второго пациента может развиться атрофия с кишечной метаплазией, и именно она, а не язва первого пациента, окажется опаснее. Этот пример хорошо показывает главную проблему клинико-эндоскопической диагностики: жалобы, эндоскопическая картина и прогноз связаны между собой гораздо слабее, чем принято думать.

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки широко распространены. Инфекцией Helicobacter pylori, основной причиной хронического гастрита и язвенной болезни, в 2015 г. были инфицированы около 4,4 млрд человек [1]. В странах Центральной Азии распространенность инфекции особенно высока: в обзоре L. Mezmale и соавт. для Узбекистана приводится показатель 74,9 %, для Казахстана — 62,7 % [2]. Рак желудка, к которому ведет длительно существующий атрофический гастрит, остается одной из ведущих причин онкологической смертности в мире [3].

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — основной метод диагностики этих заболеваний. Однако ее ценность во многом зависит от того, насколько стандартизировано эндоскопическое описание и связано ли оно с клинической картиной и морфологией. На

практике заключение нередко ограничивается констатацией «гастрит» или «дуоденит» без оценки атрофии, кишечной метаплазии и признаков инфекции.

Цель работы — обобщить данные о клинических и эндоскопических проявлениях основных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, оценить степень их соответствия и предложить структурированный подход к клинико-эндоскопической оценке пациента.

Материалы и методы

Проведен анализ публикаций в базах PubMed, Scopus и eLIBRARY.RU за 1996–2025 гг. по ключевым словам «dyspepsia», «gastritis», «peptic ulcer», «Helicobacter pylori», «endoscopy», «atrophy», «intestinal metaplasia» и их русскоязычным эквивалентам. Приоритет отдавали систематическим обзорам и метаанализам, международным консенсусам (Киотский консенсус по H. pylori-ассоциированному гастриту, консенсус Маастрихт VI, Римские критерии IV), а также рекомендациям Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE). Данные обобщены в форме аналитического обзора. На их основе разработана «клинико-эндоскопическая карта» пациента, которая является предложением автора и требует клинической проверки.

Результаты и обсуждение

Несоответствие жалоб и эндоскопической картины

Диспепсия — самый частый повод для ЭГДС. Однако метаанализ, включивший 9 исследований и 5389 пациентов, показал, что клинически значимые изменения у таких пациентов выявляются нечасто. Наиболее частой находкой был эрозивный эзофагит (13,4 %), язвенная болезнь обнаруживалась в 8,0 % случаев, и только она достоверно чаще встречалась у пациентов с диспепсией, чем без нее [4]. У большинства пациентов значимых изменений нет, и при соответствии Римским критериям IV ставится диагноз функциональной диспепсии в вариантах постпрандиального дистресс-синдрома или эпигастрального болевого синдрома [5].

Обратная ситуация не менее важна. Атрофический гастрит и кишечная метаплазия, которые являются фоном для развития рака желудка, обычно не имеют специфических симптомов [6]. Поэтому выраженность жалоб не может служить ориентиром для оценки риска. Именно этим объясняется подход современных рекомендаций: решение о ЭГДС принимают с учетом возраста, тревожных симптомов и факторов риска, а не только интенсивности жалоб [7]. В регионах с высокой распространенностью H. pylori и рака желудка, к которым относится Центральная Азия, порог для эндоскопии обоснованно ниже [8].

Хронический гастрит

Клиническая характеристика. Хронический гастрит — прежде всего морфологический, а не клинический диагноз. Многие пациенты не имеют жалоб, а у других симптомы неотличимы от функциональной диспепсии. Киотский консенсус выделил H. pylori-ассоциированную диспепсию как отдельную категорию: если после эрадикации симптомы исчезают и не возвращаются, их следует связывать с инфекцией [9].

Эндоскопическая характеристика. Киотская классификация описывает эндоскопические признаки, позволяющие предположить активную инфекцию H. pylori (диффузная гиперемия, отек, утолщение складок, нодулярность), перенесенную инфекцию и атрофию. Суммарная оценка этих признаков связана с риском рака желудка [10]. Однако даже опытный эндоскопист не может достоверно оценить степень атрофии и кишечной метаплазии только визуально, поэтому решающую роль играет биопсия.

Морфологическая оценка. Обновленная Сиднейская система предусматривает взятие биоптатов из антрального отдела и тела желудка с оценкой воспаления, активности, атрофии, кишечной метаплазии и наличия H. pylori [11]. На ее основе разработаны системы OLGA и

OLGIM, определяющие стадию гастрита по выраженности и распространенности атрофии или кишечной метаплазии [12]. Пациенты со стадиями III–IV имеют наибольший риск рака желудка, и рекомендации MAPS II советуют проводить им эндоскопическое наблюдение [6].

Язвенная болезнь

Клиническая характеристика. Классическая картина язвенной болезни — эпигастральная боль, связанная с приемом пищи: при язве двенадцатиперстной кишки боль чаще возникает натощак и ночью и уменьшается после еды, при язве желудка — вскоре после еды. Однако эти различия ненадежны, а у пациентов, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и ацетилсалициловую кислоту, язва нередко протекает бессимптомно и впервые проявляется кровотечением [13].

Этиология. Две главные причины язвенной болезни — инфекция H. pylori и прием НПВП, включая низкие дозы ацетилсалициловой кислоты. По мере снижения распространенности H. pylori в развитых странах доля язв, связанных с НПВП и антитромботической терапией, растет [13]. В Узбекистане, где распространенность инфекции высока [2], ведущей причиной, вероятно, остается H. pylori, однако сочетание обоих факторов у пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями требует особого внимания.

Эндоскопическая характеристика. Эндоскопия позволяет определить локализацию, размер, глубину язвы и стадию ее заживления, а при кровотечении — оценить риск рецидива по классификации Forrest [14]. Язвы желудка требуют биопсии из краев для исключения злокачественного процесса, а также контрольной ЭГДС после лечения. Язвы двенадцатиперстной кишки злокачественными бывают крайне редко, и рутинная биопсия их краев не требуется, однако биопсия из желудка для выявления H. pylori необходима [8, 13].

Эрозивные изменения и дуоденит

Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки — частая эндоскопическая находка. Их клиническое значение зависит от причины: эрозии могут быть проявлением H. pylori-инфекции, следствием приема НПВП, стрессовыми или связанными с другими заболеваниями. Термин «дуоденит» в эндоскопическом заключении сам по себе малоинформативен; гораздо важнее указать признаки, характер изменений и предполагаемую причину. Римские критерии IV подчеркивают, что у части пациентов с функциональной диспепсией выявляется микроскопическое воспаление слизистой двенадцатиперстной кишки, однако его роль в происхождении симптомов изучается [5].

Основные клинические и эндоскопические признаки заболеваний обобщены в таблице 1.

Таблица 1. Клиническая и эндоскопическая характеристика основных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки

Заболевание	**Типичная клиническая картина**	**Эндоскопические признаки**	**Необходимые исследования**
Функциональная диспепсия	Постпрандиальное переполнение, раннее насыщение или эпигастральная боль; нет тревожных симптомов [5]	Клинически значимых изменений нет [4]	Тест на H. pylori; ЭГДС по показаниям [7]
H. pylori-ассоциированный гастрит	Часто бессимптомный; возможна диспепсия,	Диффузная гиперемия, отек, утолщение складок, нодулярность	Биопсия по Сиднейской системе; эрадикация [8, 11]

Заболевание	Типичная клиническая картина	Эндоскопические признаки	Необходимые исследования
	исчезающая после эрадикации [9]	(Киотская классификация) [10]	
Атрофический гастрит и кишечная метаплазия	Обычно бессимптомны [6]	Видимость сосудистого рисунка, бледность, сглаженность складок; участки метаплазии	Биопсия, стадия OLGA/OLGIM; наблюдение при III–IV стадии [6, 12]
Язва желудка	Боль вскоре после еды; возможны кровотечение, похудание [13]	Язвенный дефект; оценка размера, краев, стадии	Биопсия из краев; контрольная ЭГДС; тест на H. pylori [13]
Язва двенадцатиперстной кишки	Боль натощак и ночью, уменьшающаяся после еды [13]	Язвенный дефект луковицы; при кровотечении — классификация Forrest [14]	Тест на H. pylori; эрадикация [8]
НПВП-ассоциированная гастропатия	Часто бессимптомна; может дебютировать кровотечением [13]	Множественные эрозии, язвы антрального отдела	Пересмотр терапии; гастропротекция ингибиторами протонной помпы [13]

ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия; НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты; OLGA/OLGIM — системы стадирования гастрита по атрофии и кишечной метаплазии.

Качество эндоскопического исследования

Ценность ЭГДС напрямую зависит от ее качества. ESGE рекомендует стандарты качества для верхней эндоскопии: адекватную подготовку и очищение слизистой, достаточное время осмотра, фотодокументацию анатомических ориентиров, использование стандартизированной терминологии и биопсийных протоколов [15]. Без этого даже при наличии современного оборудования атрофия, кишечная метаплазия и ранний рак легко пропускаются. Стандартизированное описание фона слизистой важно не меньше, чем выявление язвы или эрозии.

«Клинико-эндоскопическая карта» пациента

Анализ показывает, что клинические данные, эндоскопия и морфология обычно оцениваются по отдельности, а в заключении теряются ключевые для прогноза сведения. Чтобы связать их, предлагается «клинико-эндоскопическая карта» пациента (табл. 2). Это структурированный протокол, который заполняется при направлении на ЭГДС и по ее результатам и позволяет принять единое решение о лечении и наблюдении.

Таблица 2. «Клинико-эндоскопическая карта» пациента с заболеванием желудка и двенадцатиперстной кишки (предложение автора на основе [5–7, 9, 11, 12, 15])

Раздел	Содержание	Значение для решения
1. Клинический профиль	Ведущий симптом по Римским критериям IV (боль, жжение, переполнение, раннее насыщение); длительность; связь с едой	Отличает вероятную функциональную диспепсию от органической патологии
2. Тревожные симптомы	Похудание, дисфагия, рвота, признаки кровотечения, анемия, возраст 60 лет и старше, семейный анамнез рака желудка	Показание к приоритетной ЭГДС
3. Факторы риска	Инфекция H. pylori (в том числе в анамнезе), прием НПВП, ацетилсалициловой кислоты, антикоагулянтов, курение	Определяют этиологию и необходимость гастропротекции
4. Эндоскопическое описание	Признаки активной или перенесенной инфекции и атрофии по Киотской классификации; локализация, размер и стадия язв и эрозий; фотодокументация	Стандартизирует заключение, позволяет сравнивать исследования
5. Морфология	Биопсия по обновленной Сиднейской системе; стадия OLGA/OLGIM; наличие H. pylori	Выявляет пациентов с высоким риском рака желудка
6. Итоговая тактика	Эрадикация, гастропротекция, лечение функциональной диспепсии, интервал эндоскопического наблюдения	Единый план ведения пациента

ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия; НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты.

Карта основана на трех принципах. Первый — разделение жалоб и риска: выраженность симптомов не определяет опасность заболевания, поэтому тревожные симптомы и факторы риска оцениваются отдельно. Второй — обязательная оценка фона слизистой: каждое эндоскопическое заключение должно содержать сведения о признаках инфекции H. pylori и атрофии, а не только о локальных дефектах. Третий — связь с морфологией: стадия гастрита по OLGA/OLGIM определяет, нуждается ли пациент в наблюдении.

Значение для практики в Узбекистане

Высокая распространенность H. pylori в Узбекистане [2] делает стандартизированную клинико-эндоскопическую оценку особенно важной. Проведение биопсии по Сиднейской системе и стадирование гастрита позволяют выделить небольшую группу пациентов с высоким риском и не проводить частые повторные эндоскопии остальным. Предложенная карта не требует дополнительного оборудования: она меняет не технику исследования, а то, как результаты связываются с клиникой и записываются в заключение.

Ограничения

Работа основана на анализе опубликованных данных; собственный клинический материал в ней не представлен. Данные о распространенности H. pylori в Узбекистане

ограничены и приводятся по вторичному источнику. Предложенная карта является авторской разработкой и требует проверки в клинических условиях, в том числе для оценки ее влияния на качество заключений и выявляемость предраковых изменений.

Выводы

1. Жалобы пациента плохо предсказывают эндоскопическую картину: у большинства пациентов с диспепсией клинически значимых изменений нет, а атрофия и кишечная метаплазия обычно протекают бессимптомно.
2. Инфекция H. pylori, распространенность которой в Узбекистане высока, остается ведущей причиной хронического гастрита и язвенной болезни; наряду с ней важную роль играет прием НПВП и ацетилсалициловой кислоты.
3. Эндоскопическое заключение должно включать оценку фона слизистой оболочки по Киотской классификации, а не только описание язв и эрозий.
4. Биопсия по обновленной Сиднейской системе со стадированием по OLGA/OLGIM позволяет выделить пациентов с высоким риском рака желудка, нуждающихся в наблюдении.
5. Предложенная «клинико-эндоскопическая карта» связывает клинические, эндоскопические и морфологические данные в единое решение о лечении и наблюдении.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Список литературы

1. Hooi J.K.Y., Lai W.Y., Ng W.K. и др. Global prevalence of Helicobacter pylori infection: systematic review and meta-analysis // Gastroenterology. 2017. Vol. 153, № 2. P. 420–429. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.04.022
2. Mezmale L., Polaka I., Rudzite D. и др. Prevalence and potential risk factors of Helicobacter pylori infection among asymptomatic individuals in Kazakhstan // Asian Pac J Cancer Prev. 2021. Vol. 22, № 2. P. 597–602. DOI: 10.31557/APJCP.2021.22.2.597
3. Bray F., Laversanne M., Sung H. и др. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA Cancer J Clin. 2024. Vol. 74, № 3. P. 229–263. DOI: 10.3322/caac.21834
4. Ford A.C., Marwaha A., Lim A., Moayyedi P. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? Systematic review and meta-analysis // Clin Gastroenterol Hepatol. 2010. Vol. 8, № 10. P. 830–837. DOI: 10.1016/j.cgh.2010.05.031
5. Stanghellini V., Chan F.K., Hasler W.L. и др. Gastroduodenal disorders // Gastroenterology. 2016. Vol. 150, № 6. P. 1380–1392. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.011
6. Pimentel-Nunes P., Libânio D., Bastiaansen B.A.J. и др. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019 // Endoscopy. 2019. Vol. 51, № 4. P. 365–388. DOI: 10.1055/a-0859-1883
7. Moayyedi P.M., Lacy B.E., Andrews C.N. и др. ACG and CAG clinical guideline: management of dyspepsia // Am J Gastroenterol. 2017. Vol. 112, № 7. P. 988–1013. DOI: 10.1038/ajg.2017.154
8. Malfertheiner P., Megraud F., Rokkas T. и др. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report // Gut. 2022. Vol. 71, № 9. P. 1724–1762. DOI: 10.1136/gutjnl-2022-327745
9. Sugano K., Tack J., Kuipers E.J. и др. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis // Gut. 2015. Vol. 64, № 9. P. 1353–1367. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-309252

10. Toyoshima O., Nishizawa T., Koike K. Endoscopic Kyoto classification of Helicobacter pylori infection and gastric cancer risk diagnosis // World J Gastroenterol. 2020. Vol. 26, № 5. P. 466–477. DOI: 10.3748/wjg.v26.i5.466

11. Dixon M.F., Genta R.M., Yardley J.H., Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System // Am J Surg Pathol. 1996. Vol. 20, № 10. P. 1161–1181. DOI: 10.1097/00000478-199610000-00001

12. Rugge M., Genta R.M. Staging and grading of chronic gastritis // Hum Pathol. 2005. Vol. 36, № 3. P. 228–233. DOI: 10.1016/j.humpath.2004.12.008

13. Lanas A., Chan F.K.L. Peptic ulcer disease // Lancet. 2017. Vol. 390, № 10094. P. 613–624. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32404-7

14. Forrest J.A., Finlayson N.D., Shearman D.J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // Lancet. 1974. Vol. 2, № 7877. P. 394–397. DOI: 10.1016/S0140-6736(74)91770-X

15. Bisschops R., Areia M., Coron E. и др. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative // Endoscopy. 2016. Vol. 48, № 9. P. 843–864. DOI: 10.1055/s-0042-113128