

А. Н. Януль¹, И. Н. Князев¹, Д. Ю. Клименков², Е. А. Претула²,
А. А. Шелест², Е. Э. Винч³, А. А. Кулик⁴

ОЦЕНКА ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ИЗЖОГИ И ЭЗОФАГИТА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ

Кафедра военно-полевой терапии военного-медицинского факультета в УО «БГМУ»¹,
ГУ «223 центр авиационной медицины ВВС и войск ПВО ВС РБ»²,
Медицинская служба в/ч 45017³, Медицинская служба в/ч 07147⁴

В статье представлены результаты обследования военнослужащих первого года службы по призыву с жалобами на изжогу и выявленным эндоскопически эзофагитом. Значение симптома «изжога» как ключевой жалобы у пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: изжога, эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюктыант.
This paper presents the results of the study of the first year service soldiers for conscripts with complaints of heartburn and endoscopically diagnosed esophagitis. The value of symptoms «heartburn» is a key complaint of patients with diseases of the upper gastrointestinal tract.

Key words: heartburn, esophagitis, gastroesophageal reflux disease, refluiktant.

Изжога — чувство жжения за грудиной и/или «под ложечкой», распространяющееся снизу вверх, индивидуально возникающее в положении сидя, стоя, лежа или при наклонах туловища вперед, иногда сопровождающееся ощущением кислоты и/или горечи в глотке и во рту, нередко связанное с чувством переполнения в эпигастрии, возникающее натощак или после употребления какого-либо вида твердых или жидких пищевых продуктов, алкогольных или неалкогольных напитков или акта курения табака [10].

Практикующие врачи часто встречаются с жалобами пациентов на изжогу. Изжога сама по себе не угрожает здоровью или жизни человека, однако способна значительно ухудшить качество жизни, мешая выполнению привычных дел в дневное время суток и качеству сна ночью. Пациенты часто игнорируют этот симптом, даже при его значительной выраженности, либо лечатся самостоятельно [7]. Изжога часто ассоциируется с эзофагитом, который при длительном течении

может приводить к осложнениям: пищевод Баррета, аденокарцинома пищевода, стриктура пищевода, пептическая язва пищевода, кровотечения. Все это обуславливает медицинскую и социальную значимость данной проблемы.

По данным исследования МЭГРЕ (Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной РЕфлюксной болезни в России») изжога эпизодически возникла у 47,5% взрослых [2]. Многоцентровое исследование АРИАД-НА (Анализ Распространенности Изжоги: национальное эпидемиологическое исследование взрослого городского населения) выявило изжогу у 59,7% опрошенных [2]. Наиболее часто страдают от изжоги беременные (48-79%).

Изжога может быть симптомом первичных и вторичных поражений пищевода. К основным заболеваниям верхних отделов желудочно-кишечного тракта, сопровождающимся симптомом изжоги, относятся: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), эозинофильный эзофагит, пище-

Таблица 1. Встречаемость эзофагитов при наличии изжоги и без изжоги у военнослужащих по призыву первого года службы

Жалобы / Эндоскопия	Эзофагит n = 37	Нет эзофагита n = 112	χ^2 (p)	RR (95% ДИ)
Изжога n = 100	33	67	$\chi^2 = 9,58; p=0,002$	24,8% (13,1% - 36,5%)
Без изжоги n = 49	4	45		

вод Баррета, аденокарцинома пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастродуодениты, пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, функциональная изжога [4].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (Монреальский консенсус, 2006) – состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений. При этом наиболее характерными симптомами заболевания являются изжога и регургитация, а наиболее распространенным осложнением рефлюкс-эзофагит [1, 7]. В основе патогенеза ГЭРБ лежит патологический ГЭР. Возникновению ГЭР способствует повышение внутрибрюшного и внутрижелудочного давления.

Диагностика ГЭРБ, в первую очередь, строится на выявлении и оценке жалоб пациента, а инструментальные мето-

ды являются дополнительными, уточняющими диагнозом. Единообразная и общепринятая трактовка изжоги и регургитации имеет ключевое значение. Под регургитацией (кислая отрыжка, срыгивание) принято считать попадание содержимого желудка вследствие рефлюкса в ротовую полость или нижнюю часть глотки. Изжога и регургитация, беспокоящие пациента вне зависимости от их частоты и длительности, являются существенными признаками и достаточным основанием для постановки диагноза ГЭРБ. Следует подчеркнуть, что выраженность и частота изжоги не всегда отражают наличие и степень тяжести рефлюкс-эзофагита и других поражений пищевода. Поэтому каждому вновь обратившемуся пациенту с изжогой следует провести эндоскопическое исследование. Известно, что у большей части пациентов при этом слизистая пищевода макроскопически не изменена (эндоскопически негативная форма ГЭРБ) [8, 9].

Функциональная изжога – ретростернальное жжение при отсутствии ГЭРБ и наличии других первичных критериев функциональных пищеводных расстройств. Ключевым симптомом функциональной изжоги является собственно изжога. Субъективное восприятие изжоги индивидуально, так как изжога воспринимается пациентами как жжение, давление, стеснение и даже боль за грудиной.

Диагностические критерии функциональной изжоги должны включать:

1. Ретростернальный дискомфорт в виде жжения или боль.
2. Отсутствие доказательств, что гастроэзофагеальный кислотный рефлюкс является причиной симптомов.
3. Отсутствие эзофагеальных моторных расстройств, вызванных структурными (гистопатологическими) изменениями.

Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3 последних месяцев и не менее 6 месяцев с начала проявлений перед диагностикой. В случае предъявления жалоб пациента на изжогу следует провести дифференциальный диагноз с ГЭРБ [6].

Нами проанализированы частоты изжоги и эзофагита у военнослужащих по призыву. В одномоментное наблюдательное исследование с письменного информированного согласия включено было 149 военнослужащих первого года службы по призыву в возрасте от 18 до 27 лет.

Материал и методы

Методология исследования. Макроскопическая оценка слизистой оболочки пищевода проводилась по рекомендациям OMED [3]. Эзофагит (воспаление слизистой оболочки) – гистологический диагноз, но его можно установить эндоскопически, на основании следующих признаков: красная, опухшая, эрозированная или изъязвленная слизистая оболочка, слизисто-гнойный экссудат, ранимость или кровоточивость, смазанность Z-линии.

Классификация эзофагита по Савари-Миллер:

Ш степень I (линейный) – изолированные дефекты слизистой оболочки с желтым основанием и красными краями, распространяющиеся по складкам вверх от Z-линии;

Ш степень II (сливной) – дефекты слизистой оболочки, соединенные между собой;

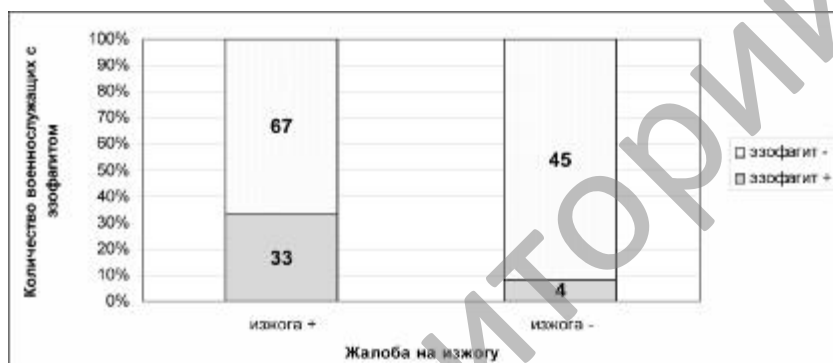


Рис. 1. Эзофагит в группах военнослужащих с жалобой на изжогу и без изжоги

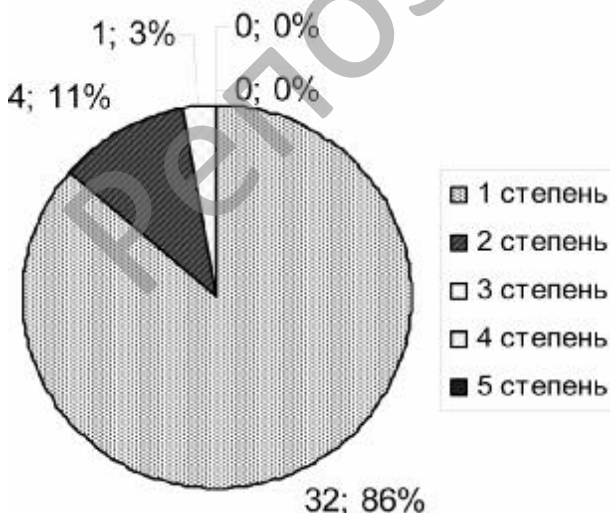


Рис. 2. Структура эзофагита по степени тяжести у военнослужащих по призыву первого года службы

☆ В помощь войсковому врачу

Ш степень III (кольцевидный) – дефекты слизистой оболочки, соединенные между собой, но с распространением воспалительных и эрозивных изменений по окружности всего просвета, одинаково без его сужения;

Ш степень IV (стенозирующий) – сужение пищевода, препятствующее продвижению эндоскопа.

Ш степень V – эпителий Баррета в изолированном виде или в комбинации с поражениями характерными для I-III степеней эзофагита.

Применяемое оборудование. Эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта военнослужащих первого года службы по призыву проводили фиброгастроскопом «PENTAX» типа FG-29W по стандартной методике, в положении лежа на левом боку. Анестезию выполняли 10% раствором лидокаина.

Статистическая обработка. Результаты обработаны с помощью непараметрической статистики (критерий χ^2 с поправкой Yates) с использованием программы STATISTICA-6 [5]. Приемлемым критерием значимости полученных данных принят показатель $\alpha < 0,05$, а показатель чувствительности $(1-\beta) > 0,8$. Доверительный интервал для относительного риска вычислялся по методу Katz.

Результаты и обсуждение

Жалоба на изжогу при сборе анамнеза выявлена у 100 (67,1%) военнослужащих по призыву первого года службы. При эндоскопическом исследовании, признак эзофагита установлен у 33 (33%) военнослужащих: эзофагит I степени имели 28 обследованных, II степени-4, III степени-1. В группе военнослужащих без жалоб на изжогу (n=49) эзофагит I степени выявлен у 4 обследованных.

Выводы

1. Жалобу на изжогу предъявляли 67,1% военнослужащих первого года службы по призыву.
2. Эзофагит, выявленный при эндоскопическом исследовании, достоверно чаще ($\chi^2=9,58$; $p=0,002$; 24,8% (95% ДИ [13,1%-36,5%])) встречался у военнослужащих по призыву с жалобой на изжогу, чем без жалоб на изжогу.
3. Относительный риск развития эзофагита у военнослужащих первого года службы по призыву с жалобой на

изжогу в 4 раза выше (95% ДИ – [3,32; 4,86]), чем у военнослужащих без жалоб на изжогу.

4. У военнослужащих по призыву в структуре эзофагита по степени тяжести преобладает эзофагит I степени (n=32; 86%).

Литература

1. Звенигородская, Л. А. и соавт. Клинико-морфологические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с абдоминальным ожирением // Consilium Medicum. – 2010. – Том 12 – № 8.
2. Лазебник, Л. Б. и соавт. Результаты многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (Мэгре) // Тер. архив. – 2011. – Том 83. – № 1 – С. 45-50.
3. Маржатка, З. при сотрудничестве комитета по терминологии OMEД. Третье издание переработанное и дополненное. Эндоскопия пищеварительного тракта: номенклатура OMEД / Norimed Verlag. – 1996. – С. 141.
4. Пасечников, В. Д. Функциональная изжога — проявление незрозивной рефлюксной болезни или нарушение висцерального восприятия в пищеводе? // Consilium Medicum. – 2003. – Том 5. – № 6. – С. 312 – 318.
5. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / М.: Медиа Сфера. – 2002. – С.312.
6. Силивончик, Н. Н. Функциональные желудочно-кишечные расстройства: пособие для врачей / Силивончик Н. Н., Пиманов С. И., Мирутко Д. Д. – Минск: Доктор Дизайн. – 2010. – С. 92.
7. Armstrong, D., Bennett, J. R., Blum A. L., Dent J., De Dombal F. T., Galmiche J. P. [et al.] / The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observe agreement. // Gastroenterology. – 1996. – Vol. 111. – P. 85-92.
8. Moss, S. ?F., Armstrong D., Arnold R. [et al.] GERD 2003 — a consensus on the way ahead // Digestion. – 2003. – Vol. 67. – P. 111 – 117.
9. Tack, J., Talley N. J., Camilleri M. [et al.] Functional gastrointestinal disorders // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130. – P. 1466 – 1479.
10. Vakil, N., van Zanden S.?V., Kahrilas P. et al. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus // Am J Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 1900 – 1920.

Поступила 13.04.2012 г.