

А. Н. Янубь<sup>1</sup>, И. Н. Князев<sup>1</sup>, Д. Ю. Клименков<sup>2</sup>, Е. А. Претула<sup>2</sup>,  
А. А. Шелест<sup>2</sup>, Е. Э. Винчо<sup>3</sup>, А. А. Кулик<sup>4</sup>

## ОЦЕНКА ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ИЗЖОГИ И ЭЗОФАГИТА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ

Кафедра военно-полевой терапии военно-медицинского факультета в УО «БГМУ»<sup>1</sup>,  
ГУ «223 центр авиационной медицины ВВС и войск ПВО ВС РБ»<sup>2</sup>,  
Медицинская служба в/ч 45017<sup>3</sup>, Медицинская служба в/ч 07147<sup>4</sup>

*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, рефлюктант.

*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, reflyuktant.

**И**зжога — 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, кровотечение. Все это обуславливает медицинскую и социальную значимость данной проблемы.

По данным исследования МЭГРЕ (Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной РЕфлюксной болезни в России») изжога эпизодически возникала 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	$\chi^2$ (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 диагноз. 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 обсервационное 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, эрозивная 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;

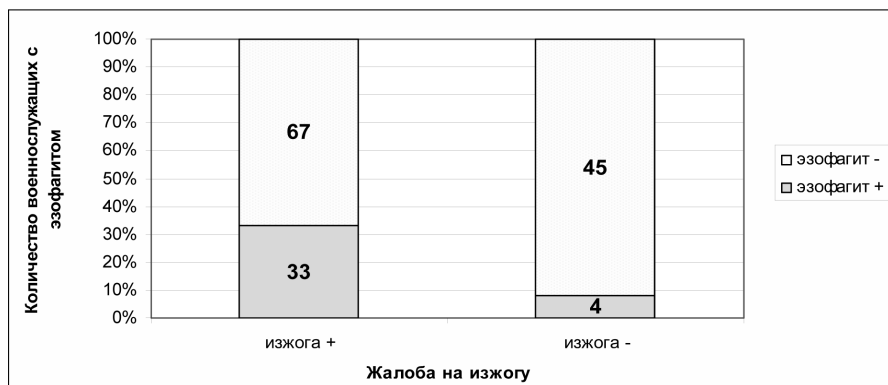


Рис. 1. Эзофагит в группах военнослужащих с жалобой на изжогу и без изжоги

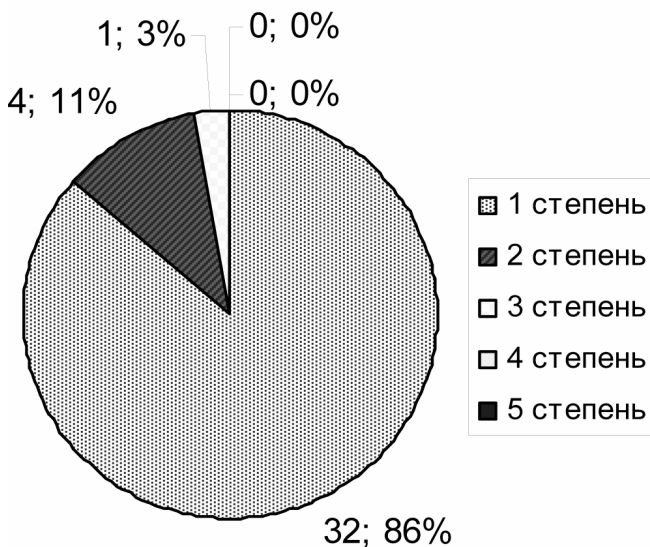


Рис. 2. Структура эзофагита по степени тяжести у военнослужащих по призыву первого года службы

## ☆ 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 военнослужащим 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  $\chi^2$  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 жалобы 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 жалобы 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 жалобы 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 OMED. Третье издание переработанное и дополненное. Эндоскопия пищеварительного тракта: номенклатура OMED / Normed Verlag. – 1996. – С. 141.

4. Пасечников, В. Д. Функциональная изжога — проявление неэрозивной 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 gastroduodenal 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.