

ЕНДОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТІВ GERX У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ (на підставі ретроспективного аналізу результатів діагностичної ФЕГДС)

¹Осьодло Г.В., ²Калашніков М.А.

¹Українська військово-медична академія МО України

²Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» МО України

Резюме. У статті представлені результати аналізу факторів ризику, частоти, структури та ускладнень GERX у різних категорій військових і цивільних на підставі діагностичної ФЕГДС. Показано значне превалювання у військовослужбовців неерозивної форми GERX та підвищення частоти ерозивної форми і ускладнень у військових пенсіонерів. При аналізі факторів ризику встановлено важливу роль недостатності кардії та ДГР у військовослужбовців строкової служби, що може служити проявом загального дистрес-синдрому.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, структура, фактори ризику, військовослужбовці, ФЕГДС.

Вступ. Згідно з даними різних авторів [1,2,7-9], чоловіча стать є статистично значущим фактором розвитку ерозивного езофагіту, рефрактерної GERX і стравоходу Барретта. Причому тривалі відрядження в місця бойових конфліктів, перебування в складі миротворчих контингентів, бойові поранення сприяють виникненню і прогресуванню GERX у військовослужбовців та підвищенню частоти ерозивної рефлюксної хвороби (ЕРХ) [4,5]. У цивільних пацієнтів у структурі GERX у 61,7% хворих зустрічається неерозивна рефлюксна хвороба (НЕРХ), а в 38,3% пацієнтів діагностуються ерозивні ушкодження стравоходу; при цьому стравохід Барретта спостерігається у 1,4–1,5% обстежених [3,6]. Деякі дослідники вказують на більш агресивний перебіг GERX серед чоловіків, для яких характерне підвищення частоти ЕРХ порівняно з жінками [7,9]. Проте ні розповсюдженість, ні структура GERX у військовослужбовців чоловічої статі до цього часу не вивчалася.

Метою дослідження було встановлення частоти, структури, особливостей перебігу та основних факторів ризику GERX серед різних категорій військовослужбовців і цивільних на підставі ретроспективного аналізу результатів діагностичної ФЕГДС.

Матеріали і методи дослідження. Для вивчення розповсюдженості та структури GERX серед різних категорій військовослужбовців, пенсіонерів та цивільних пацієнтів із недослідженою диспепсією проводився ретроспективний аналіз 4078 ФЕГДС, які були проведені в клініці гастроентерології ГВМКЦ «ГВКГ» протягом 2008–2009 років. Аналізу підлягали наявність основних ендоскопічних симптомів GERX та її ускладнень, ознаки недостатності кардії (НК), грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) і дуодено-гастрального рефлюкса (ДГР). Додатково аналізувались структура GERX у вигляді співвідношення НЕРХ і ЕРХ у військовослужбовців строкової служби, офіцерів, цивільних хворих, порівняних за статтю і віком, та військових пенсіонерів.

Результати досліджень обробляли методами варіаційної статистики з урахуванням критерію t Ст'юдента. Порівняння ознак у 2-х групах здійснювали за допомогою критерію Пірсона χ^2 . Для оцінки вірогідності результатів приймали рівень значимості $P < 0,05$.

Результати та їх обговорення. За даними ФГДС ендоскопічні ознаки ГЕРХ виявлені у 18,6% (760 із 4078) хворих, стравохід Барретта – у 0,52 % (21 хворого), виразки стравоходу – у 0,25% (10 хворих). У 77,2% (587 із 760) хворих на ГЕРХ констатовано катаральний рефлюкс-езофагіт, у 22,8% – ерозивний рефлюкс-езофагіт різного ступеня важкості. Серед хворих на ГЕРХ переважали військовослужбовці строкової служби. Так, ГЕРХ при ФГДС була виявлена у 30,0% (228 із 760) військовослужбовців строкової служби, у 27,2% (207 із 760) офіцерів, у 21,1% (160 із 760) військових пенсіонерів та у 21,7% (165 із 760) цивільних.

При аналізі 760 ФЕГДС хворих на ГЕРХ прослідковується чітка тенденція підвищення частки ерозивної форми хвороби залежно від категорії та віку військовика (рис.1, табл.1). Так, у 228 військовослужбовців строкової служби віком 18–26 років (середній вік $21,7 \pm 2,8$) переважають хворі з НЕРХ, а співвідношення НЕРХ та ЕРХ складає 90,8% та 9,2%, ($K^{EPX}/EPX+NEPX=0,09$). У 207 офіцерів віком 25–45 років (середній вік $34,2 \pm 7,9$) теж переважають хворі з НЕРХ, проте співвідношення НЕРХ та ЕРХ досягає 83,6% та 16,4% ($K^{EPX}/EPX+NEPX=0,16$).

В цілому у 435 військовослужбовців різних категорій в структурі ГЕРХ переважає неерозивний варіант захворювання, а співвідношення НЕРХ та ЕРХ становить 87,4% та 12,6% ($K^{EPX}/EPX+NEPX=0,13$), порівняно зі 165 цивільними пацієнтами, порівняними за статтю і віком, де співвідношення НЕРХ та ЕРХ складає 69,7% та 30,3% ($K^{EPX}/EPX+NEPX=0,30$), відмінності вірогідні на рівні $\chi^2=27,13$, $P < 0,001$. Отже, для військовослужбовців віком 18–45 років, характерним є значне переважання в структурі ГЕРХ неерозивного варіанту хвороби у порівнянні з цивільними пацієнтами.

В цілому у 435 військовослужбовців різних категорій в структурі ГЕРХ переважає неерозивний варіант захворювання, а співвідношення НЕРХ та ЕРХ становить 87,4% та 12,6% ($K^{EPX}/EPX+NEPX=0,13$), порівняно зі 165 цивільними пацієнтами, порівняними за статтю і віком, де співвідношення НЕРХ та ЕРХ складає 69,7% та 30,3% ($K^{EPX}/EPX+NEPX=0,30$), відмінності вірогідні на рівні $\chi^2=27,13$, $P < 0,001$. Отже, для військовослужбовців віком 18–45 років, характерним є значне переважання в структурі ГЕРХ неерозивного варіанту хвороби у порівнянні з цивільними пацієнтами.

Таблиця 1

Структура ендоскопічних варіантів ГЕРХ та основних факторів ризику хвороби у різних категорій військовослужбовців і цивільних

ФГДС Категорії пацієнтів	НЕРХ	НК	ГСОД	ДПР	ЕРХ	НК	ГСОД	ДПР	Співвідношення НЕРХ/ЕРХ, у %
Рядові	207	138	27	65	21	17	3	4	90,8
Абс. %	90,8%	66,7%* $\chi^2=14,40$	13,0%	31,4%* $\chi^2=6,15$	9,2%	80,9%* $\chi^2=4,88$	14,3%	19,0%	9,2
Офіцери	173	81	36	34	34	16	15	3	83,6
Абс. %	83,6%	46,8%	20,8%	19,7%	16,4%	47,1%	44,1%	8,8%	16,4
Всього	380	219	63	99	55	35	18	7	87,4
Абс. %	87,4%** $\chi^2=64,39$	57,6%** $\chi^2=24,43$	16,6%	26,1%	12,6%**	63,6%** $\chi^2=11,27$	32,7%	12,7%	12,6
Пенсіонери	92	26	11	14	68	21	26	9	57,5
Абс. %	57,5%	28,3%	12,0%	15,2%	42,5%	30,9%	38,2%	13,2%	42,5
Всього	472	245	74	113	123	56	44	16	79,3
Абс. %	79,3%	51,9%	15,7%	23,9%	20,7%	45,5%	35,8%	13,0%	20,7
Цивільні	115	35	13	29	50	24	15	11	69,7
Абс. %	69,7%** $\chi^2=27,13$	30,4%** $\chi^2=25,06$	11,3%	25,2	30,3%**	48,0%	30,0%	22,0%	30,3
Всього	587	280	87	142	173	80	59	27	77,2
Абс. %	77,2%	47,7%	14,8%	24,2%	22,8%	46,2%	34,1%	15,6%	22,8

Примітка: * – вірогідність різниці ($P < 0,05$) між групами рядових і офіцерів, ** – вірогідність різниці ($P < 0,05$) між групами військовослужбовців (рядових і офіцерів) та військових пенсіонерів, *** – вірогідність різниці ($P < 0,05$) між групами військовослужбовців (рядових і офіцерів) та цивільних.

Серед 160 військових пенсіонерів віком 45–65 років (середній вік 53,4±5,9), у структурі хвороби переважають хворі з НЕРХ, проте співвідношення НЕРХ та ЕРХ складає вже 57,5% та 42,5% ($K^{ЕРХ/ЕРХ+НЕРХ}=0,43$), що ймовірно є проявом зниження факторів захисту слизової оболонки стравоходу з віком пацієнтів. При цьому відмінності в частоті НЕРХ серед військовослужбовців та пенсіонерів МОУ вірогідні на рівні $\chi^2=64,39$, $P<0,001$. Ускладнення GERX у вигляді стравоходу Барретта і виразки стравоходу у структурі хвороби серед чоловіків займали відповідно 2,8% та 1,3% і частіше реєструвались у пенсіонерів. Вказані особливості частоти і структури GERX у військовослужбовців строкової служби, офіцерів та військових пенсіонерів повинні враховуватись при плануванні їх медичного забезпечення.

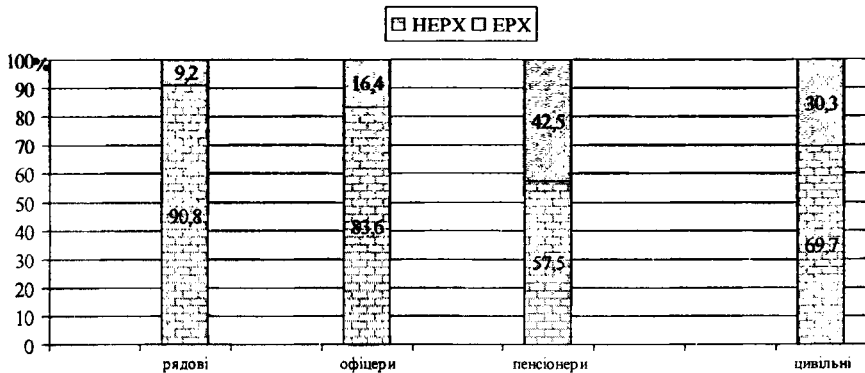


Рис. 1. Клінічні варіанти GERX у різних категорій військовослужбовців і цивільних.

При аналізі основних факторів ризику розвитку GERX, ерозивної та неерозивної форм хвороби, виявлено вагомий вплив недостатності кардії, дуоденогастрального рефлюксу та ГСОД в групах порівняння. Суттєвим фактором виникнення GERX у військовослужбовців строкової служби є недостатність кардії та ДГР, а супутня ГСОД має значно менший вплив на виникнення ЕРХ порівняно з офіцерами, військовими пенсіонерами та цивільними. Так, ендоскопічні ознаки НК зустрічаються у 80,9% солдатів при ЕРХ та у 66,7% – при НЕРХ, що вірогідно частіше порівняно із офіцерами, $\chi^2=14,40$, $P<0,001$ (табл. 1-3). НК у офіцерського складу зустрічається рідше, ніж у солдатів, і спостерігається у 52,9% пацієнтів з ЕРХ та у 46,8% пацієнтів із НЕРХ. В цілому у військовослужбовців (солдатів та офіцерів) НК зустрічається вірогідно частіше порівняно із цивільними, $\chi^2=25,06$; $P<0,001$. Супутня ГСОД є суттєвим фактором ризику розвитку ерозивного езофагіту у офіцерів і притаманна 44,1% хворих при ЕРХ та 20,8% хворих при НЕРХ ($\chi^2=7,10$; $P<0,01$). У військових пенсіонерів НК відіграє меншу роль і має місце у 30,9% і 28,3% при ЕРХ та НЕРХ відповідно. Проте у пенсіонерів, як і в офіцерів, у розвитку ерозивного езофагіту важливе значення має ГСОД, яка зустрічається у

38,2% і 12,0% при ЕРХ та НЕРХ відповідно ($\chi^2=13,75$; $P<0,001$). Слід відмітити, що ДГР констатовано у 31,4% рядових при НЕРХ, $\chi^2=6,15$; $P<0,02$, що вірогідно частіше, ніж в офіцерів; у інших пацієнтів він зустрічався рідше.

Таблиця 2

Характеристика основних факторів ризику розвитку рефлюкс-езофагіту у військовослужбовців і цивільних

ХВОРИ НА НЕРХ				
№3/11	КАТЕГОРІЇ ПАЦІЄНТІВ	НК АБС., %	ДГР АБС., %	ВІРОГІДНІСТЬ ВІДМІННОСТЕЙ, P
1	Рядові n=207	138 (66,7%)	65 (31,4%)	$\chi^2=14,40$; $P<0,001$ (по НК) $\chi^2=6,15$; $P<0,02$ (по ДГР)
2	Офіцери n=173	81 (46,8%)	34 (19,7%)	
3	Військовослужбовці n=380	219 (57,6%)	99 (26,1%)	$\chi^2=25,06$; $P<0,001$ (по НК) Не вірогідно (по ДГР)
4	Цивільні n=115	35 (30,4%)	29 (25,2%)	
ХВОРИ НА ЕРХ				
5	Рядові n=21	17 (80,9%)	4 (19,0%)	$\chi^2=4,88$; $P<0,05$ (по НК) Не вірогідно (по ДГР)
6	Офіцери n=34	18 (52,9%)	3 (8,8%)	
7	Військовослужбовці n=55	35 (63,6%)	7 (12,7%)	Не вірогідно (по НК) Не вірогідно (по ДГР)
8	Цивільні n=50	24 (48,0%)	15 (30,0%)	

Серед цивільних пацієнтів НК зустрічалася вірогідно рідше, $P<0,001$, ніж у військовиків із ГЕРХ і констатована у 48,0% хворих на ЕРХ та у 30,4% хворих на НЕРХ. Супутня ГСОД виявилась суттєвим фактором ризику розвитку ЕРХ у цивільних, як і в офіцерів та військових пенсіонерів, і констатована у 30,0% хворих при ЕРХ та у 11,3% при НЕРХ, $\chi^2=7,36$; $P<0,01$. ДГР дещо частіше – у 25,2% цивільних хворих зустрічався при НЕРХ і рідше – у 22,0% при ЕРХ, $P>0,05$.

Вказані особливості у вигляді значного превалювання НК у хворих на ГЕРХ військовослужбовців строкової служби й офіцерів, наявність високої частоти ДГР у солдатів свідчать про виражені порушення моторно-свакуаторної діяльності езофагогастроуденальної зони у вигляді дисфункції нижнього стравохідного сфінктера, особливо серед військовослужбовців строкової служби, що може служити проявом загального дистрес-синдрому.

Висока частота ГСОД при ерозивній формі ГЕРХ підтверджує дані попередніх досліджень про її важливу роль у виникненні ерозивного езофагіту [1,2,7], проте у військовослужбовців строкової служби ми не виявили вірогідних відмінностей частоти ГСОД при ЕРХ та НЕРХ (табл. 3.). Вплив дуоденогастрального рефлюкса на виникнення ЕРХ, згідно наших спостережень, дискусійний, оскільки ДГР в цілому зустрічався вірогідно частіше при НЕРХ

($\chi^2=5,21$; $P<0,05$), відповідно у 24,2 % (142 із 587) хворих на НЕРХ та у 15,6% (27 із 173) хворих на ЕРХ.

Таблиця 3

Роль ГСОД у формуванні ерозивної форми рефлюкс-езофагіту у військовослужбовців і цивільних

№ з/п	Категорії пацієнтів	Хворі на НЕРХ АБС., %	хворі на ЕРХ АБС., %	Вірогідність відмінностей, P
1	Рядові n=228	27 (13,0%)	3 (14,3%)	Не вірогідно (по ГСОД)
2	Офіцери n=207	36 (20,8%)	15 (44,1%)	$\chi^2=7,10$; $P<0,01$
3	Військовослужбовці n=435	63 (16,6%)	18 (32,7%)	$\chi^2=7,23$; $P<0,01$
4	Пенсіонери n=160	11 (12,0%)	26 (38,2%)	$\chi^2=13,75$; $P<0,001$
5	Цивільні n=165	13 (11,3%)	15 (30,0%)	$\chi^2=7,36$; $P<0,01$
6	Всього n=760	87 (14,8%)	59 (34,1%)	$\chi^2=30,78$; $P<0,001$

Висновки

У військовослужбовців строкової служби та офіцерів у структурі ГЕРХ вірогідно переважає неерозивний варіант захворювання, а співвідношення НЕРХ та ЕРХ становить 87,4% та 12,6%, у порівнянні із цивільними пацієнтами, порівняними за статтю і віком, де вказане співвідношення складає 69,7% та 30,3%, $\chi^2=27,13$, $P<0,001$. При цьому мають місце вірогідні відмінності щодо вищої частоти НК у військовослужбовців із НЕРХ, констатовану у 57,6% військових порівняно із 30,4% цивільних, $\chi^2=25,06$; $P<0,001$.

Спостерігається чітка тенденція підвищення частки ЕРХ залежно від категорії та віку військовослужбовця. У військовослужбовців строкової служби віком 18–26 років переважають хворі з НЕРХ, а співвідношення НЕРХ та ЕРХ складає 90,8% та 9,2%. У офіцерів віком 25–45 років теж переважають хворі з НЕРХ, проте співвідношення НЕРХ і ЕРХ складає вже 83,6% і 16,4%. У військових пенсіонерів віком 45–65 років у структурі хвороби вірогідно підвищується частка ЕРХ до 42,5%, порівняно з військовослужбовцями рядового й офіцерського складу, 12,6%, $\chi^2=64,39$, $P<0,001$.

Суттєвим фактором виникнення ГЕРХ у військовослужбовців строкової служби є НК, ендоскопічні ознаки якої зустрічаються вірогідно частіше, ніж в офіцерів: у 80,9% пацієнтів з ЕРХ та у 66,7% пацієнтів із НЕРХ. НК у офіцерів зустрічається вірогідно рідше, ніж у рядових, і спостерігається у 47,1% пацієнтів з ЕРХ, $\chi^2=4,88$; $P<0,05$, та у 46,8% пацієнтів із НЕРХ, $\chi^2=14,40$; $P<0,001$. Відмінності щодо частішої НК у військовослужбовців строкової служби із ГЕРХ та вища частота ДГР при НЕРХ ($\chi^2=6,15$, $P<0,02$), порівняно з офіцерами, свідчать про порушення моторно-евакуаторної діяльності езофагогастроуденальної зони, що може бути проявом загального дистрес-синдрому.

Література

1. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Бабак О.Я., Фадеев Г.Д. – К.: Интерфарма, 2000. – 175с.
2. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей / Дегтярева И.И. – Москва: МИА, 2004. – 616 с.
3. Кузенко Ю.Г. Розповсюдженість, клінічні прояви, сучасні підходи до діагностики і лікування гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби та стравоходу Барретта: автореф. дис. ... доктора мед. наук: спец. 14.01.36 «Гастроэнтерология» / Кузенко Юрий Геннадійович; Нац. мед. університет ім. О.О. Богомольця. – К., 2008. – 32 с.
4. Осьодло Г.В. Епідеміологічні та клінічні аспекти гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби у різних категорій військовослужбовців / Осьодло Г.В., Щукін Ю.А. // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2010. – №27. – С. 170–176.
5. Папушин О.Н. Некоторые особенности течения и терапии ГЭРБ у раненых в локальном конфликте / Папушин О.Н. // Рос. журн гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – Т. XVI, Прилож. 28. – С. 11.
6. Передерий В.Г. Кислотозависимые заболевания / Передерий В.Г., Ткач С.М., Кузенко Ю.Г., Скопиченко С.В.: монография. К.: ООО «Тиса ЛТД», 2008. – 425 с.
7. Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические варианты, прогноз, лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни» / Трухманов Александр Сергеевич; Моск. мед. академия им. И.М. Сеченова. – М., 2008. – 32 с.
8. Щербинина М.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Щербинина М.Б. – Киев: Медкнига, 2009. – 100 с., илл.
9. Ford A.C. Ethnicity, gender, and socioeconomic status as risk factors for esophagitis and Barrett's esophagus / Ford A.C., Forman D., Reynolds P.D. et al. // Am. J. Epidemiol. – 2005. – Vol. 162. – P. 454–460.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ГЭРБ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

(на основании ретроспективного анализа результатов диагностической ФЭГДС)

Осёдло Г.В., Калашников Н.А.

Резюме. В статье представлены результаты анализа частоты, структуры, осложнений и факторов риска ГЭРБ у разных категорий военнослужащих и гражданских на основании диагностической ФЭГДС. Показано значительное превалирование у военнослужащих неэрозивной формы ГЭРБ и повышение частоты эрозивной формы и осложнений у военных пенсионеров. При анализе факторов риска установлено важную роль недостаточности кардии и ДПР у военнослужащих срочной службы, что может служить проявлением общего дистресс-синдрома.

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, структура, факторы риска, военнослужащие, ФЭГДС.*

ENDOSCOPE CHARACTERISTIC OF RISK FACTORS AND CLINICAL VARIETY OF GERD FORMS AMONG MILITARIES

(based on retrograde analysis of diagnostic results)

G.Osodlo, N.Kalashnykov

Summary: The results of risk factors, frequency, structure and complications of GERD analysis are mentioned in the article. Showed that nonerosive form of GERD usually meets among servicemen and erosive form with different complications among military pensioners. During risk factors analysis admitted an impotent role of heart failure and biliary reflux.

Keywords: *gastroesophageal reflux disease, structure, risk factors, servicemen.*