

*На правах рукописи*

**Папушин**

**Олег Николаевич**

**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ  
НА ТЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ  
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

**14.00.05-внутренние болезни.**

**Автореферат**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**Москва – 2007**

Работа выполнена в Государственном институте усовершенствования врачей Министерства обороны Российской Федерации на кафедре гастроэнтерологии и в 1602 Окружном военном клиническом госпитале Северо-Кавказского военного округа

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**КАЛИНИН**

**Андрей Викторович**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор

**БАКУЛИН**

**Игорь Геннадьевич**

доктор медицинских наук, профессор

**ШЕПТУЛИН**

**Александр Аркадьевич**

**Ведущая организация:** 3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2007 г. в 14.00 на заседании диссертационного совета Д 215.009.02 в Государственном институте усовершенствования врачей МО РФ (107392, Москва, ул. малая Черкизовская, 7).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного института усовершенствования врачей МО РФ

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2007 г.

**Ученый секретарь диссертационного совета**

доктор медицинских наук, профессор

**Бакулин И.Г.**

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БД	боевые действия
ВПС	верхний пищеводный сфинктер
ГПОД	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
ГЭР	гастроэзофагеальный рефлюкс
ГЭРБ	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДГР	дуоденогастральный рефлюкс
ИПП	ингибиторы протонной помпы
НПС	нижний пищеводный сфинктер
НЭРБ	неэрозивная рефлюксная болезнь
РЭ	рефлюкс эзофагит
СО	слизистая оболочка
ФР	факторы риска
НС1	соляная кислота
НР	<i>Helicobacter pylori</i>

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность темы**

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) ее частота в популяции остается стабильно высокой и составляет по данным различных авторов, до 20%. С годами она неуклонно прогрессирует, сопровождается развитием эзофагита, язв, стриктур, пищевода Баррета и, наконец,, \_аденокарциномы [Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., 1996; Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., 1998, 2006; Трухманов А.С., Маев И.В. 2004; Калинин А.В., 2004; Васильев Ю.В., Лазебник, 2005; Henning B., 1997]

В структуре заболеваемости военнослужащих болезни органов пищеварения на протяжении многих лет занимают второе место с тенденцией роста показателей по этому классу. Так, среди военнослужащих по контракту он вырос соответственно с 24,5% в 1999г. 27,8% в 2000г. [Раков А.Л. и др., 2001].

Распространенность ГЭРБ чрезвычайно варьирует в зависимости от возраста обследуемых, их профессиональной принадлежности, социального положения, традиций питания и образа жизни [Калинин А.В., 2004, Ивашкин В.Т., 2006]. Эпидемиология ГЭРБ в популяции гражданского населения является объектом пристального внимания гастроэнтерологов всего мира уже не первое десятилетие и хорошо изучена, тогда как данные по заболеваемости ГЭРБ среди военнослужащих в силу понятных причин являются малодоступными. Суждения по этому вопросу появляются, как правило, ретроспективно по прошествии ряда лет и зачастую бывают противоречивыми.

Вместе с тем нет данных о клинико-функциональных особенностях течения ГЭРБ у военнослужащих в условиях локальной войны.

Изучение этиологических, патогенетических и клинико-функциональных особенностей ГЭРБ позволяет утверждать, что ее пусковым механизмом является слабость нижнего пищеводного сфинктера (НПС), вызванная многими внеорганными, органными и местными факторами [Григорьев П.Я., Яковенко

Э.П., 1996г.; Maner J. et al., 1985; Bittinger M. et al., 1993,1996]. Наиболее частыми факторами, с которыми связывают возникновение патологического рефлюкса, характерными для условий военной службы, являются: физические нагрузки, приводящие к повышению внутрибрюшного давления (поднятие тяжестей); химические (употребление алкоголя, курение); психоэмоциональные перегрузки.

В этой связи представляет интерес изучение принципов дифференциального подхода к лечению ГЭРБ у военнослужащих.

В условиях сохраняющейся напряженности в мире всемерно возрастает значимость охраны здоровья военнослужащих, особенно в условиях локальных войн, являющейся одной из главных задач военно-медицинской службы, что и определяет актуальность темы настоящего исследования.

### ***Цель работы:***

Изучить факторы, влияющие на особенности течения, а также на особенности диагностики и терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у военнослужащих в условиях локального вооруженного конфликта.

### ***Задачи исследования:***

- 1.Выявить провоцирующие факторы и дать клинико-инструментальную характеристику ГЭРБ у военнослужащих в экстремальных условиях службы.
- 2.Оценить особенности течения ГЭРБ у военнослужащих, не участвовавших в локальном вооруженном конфликте.
- 3.Оценить особенности течения ГЭРБ у военнослужащих в экстремальных условиях службы на Северном Кавказе в период с 1996 по 2002 г. и сравнить с течением ГЭРБ у военнослужащих, не участвовавших в локальном вооруженном конфликте.
- 4.Уточнить значимость минно-взрывной травмы в развитии ГЭРБ у военнослужащих.

5. Оценить эффективность применения различных схем лечения ГЭРБ у военнослужащих - участников локального вооруженного конфликта.

***Научная новизна:***

Впервые проведен комплексный анализ клинико-инструментальных показателей ГЭРБ у военнослужащих в условиях ведения боевых действий (БД).

Впервые определены факторы и их значимость, влияющие на развитие ГЭРБ у исследуемого контингента.

Проведена оценка различных схем лечения военнослужащих – участников боевых действий с патологией пищевода и показана роль антацидов и ингибиторов протонной помпы (ИПП) при лечении ГЭРБ.

***Практическая значимость:***

Комплексное исследование позволило выявить существование некоторых клинических особенностей ГЭРБ у воевавших военнослужащих по сравнению с лицами, не участвовавшими в БД.

Результаты легли в основу создания региональных формуляров и протоколов ведения, больных в гастроэнтерологических и терапевтических отделениях базовых и гарнизонных госпиталей СКВО.

***Реализация результатов исследования:***

Основные положения и результаты исследования внедрены в практику обследования и лечения больных с ГЭРБ в гастроэнтерологических отделениях 1602 Окружного военного клинического госпиталя, Краснодарского и Волгоградского военных госпиталей, терапевтических отделениях гарнизонных госпиталей и поликлиник Северо-Кавказского военного округа, используются в работе кафедр пропедевтики внутренних болезней и семейной медицины, гастроэнтерологии и эндоскопии с курсом клинической фармакологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета.

### ***Основные положения диссертации, выносимые на защиту:***

Для ГЭРБ у военнослужащих, не участвовавших в боевых действиях, клиническая картина зависит от формы ГЭРБ.

Специфические особенности профессиональной деятельности в условиях регионального вооруженного конфликта, к которым относятся значительные психоэмоциональные нагрузки, физическое переутомление, десинхроноз, в сочетании с неудовлетворительными условиями военного быта, нарушениями режима и качества питания, вредными привычками приводят к усугублению течения ГЭРБ у этой категории военнослужащих.

При минно-взрывной травме, с локализацией поражения в брюшной полости, по данным эндоскопического исследования, поражение пищевода развивается достоверно чаще, чем при поражении конечностей.

Наличие ГЭРБ существенным образом сказывается на боеспособность военнослужащих вне зависимости от участия в БД. Тактикой терапии выбора у раненых с ГЭРБ является комплексное одновременное лечение, сочетающее ИПП, антациды и прокинетики.

### ***Апробация диссертации:***

Апробация работы состоялась 7 декабря 2006 г. на совместном заседании кафедр терапии, военно-полевой терапии, гастроэнтерологии ГИУВ МО РФ. Диссертация рекомендована к защите.

Основные положения диссертации представлены на I Съезде терапевтов Юга России (Ростов-на-Дону, 2000); на ежегодных сборах руководящего состава медицинской службы СКВО (1997, 1999, 2002); на Всероссийской и Всеармейской конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения» (Санкт-Петербург, 2005).

### ***Публикации:***

Материалы диссертации изложены в 4 научных работах, одна из них опубликована в центральной печати.

### ***Объем и структура диссертации:***

Диссертация изложена на 116 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав (обзор литературы, описание материала и методик исследования, собственных результатов проведенных исследований и их обсуждение), а также заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы из 284 источников (147 отечественных и 137 зарубежных авторов). Работа иллюстрирована 16 таблицами и 19 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

### ***Материал и методы исследования:***

В исследование включены больные ГЭРБ с незрозивной и эрозивно-язвенной формами в возрасте от 18 до 41 года (средний возраст  $29,5 \pm 0,6$ ). 1-я группа (39 больных) - военнослужащие с НЭРБ (воевавшие военнослужащие с НЭРБ - ВНЭРБ), участвовавшие в боевых действиях во время первой и второй Чеченских кампаний 1994-2002 гг. 2-я группа (37 больных) - военнослужащие с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ (воевавшие военнослужащие с ГЭРБ - ВГЭРБ), участвовавшие в боевых действиях во время первой и второй Чеченских кампаний 1994-2002 гг. 3 группа (42 больных) - военнослужащие с НЭРБ, не принимавшие участия в БД. 4 группа (39 больных) - военнослужащие с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ, не принимавшие участия в БД. Все обследуемые были мужчинами. Последние две группы вошли в группу сравнения.

В группу изучения различных схем лечения ГЭРБ у военнослужащих, получивших ранения, вошли 180 человек.

Всем больным проведено комплексное обследование, в ходе которого



наряду с изучением анкетным методом условий профессиональной деятельности и военного быта, жалоб и длительности анамнеза, качества жизни проводились ЭГДС с определением пристеночного рН, суточное мониторирование рН, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Эндоскопическое исследование выполнялось эндоскопом фирмы «OLYMPUS» (модель GIF Q30) по классической схеме, описанной в «Руководстве по клинической эндоскопии» под редакцией Савельева В.С., Буянова В.М., Лукомского Г.И. (1985), а также в «Руководстве по гастроинтестинальной эндоскопии» [Луцевич Э.В. и др., 1990], «Пособии по эндоскопии в лечебных учреждениях Советской Армии и Военно-Морского Флота» (1982) и в методических рекомендациях «Эндоскопическая семиотика заболеваний органов пищеварения в Вооруженных Силах Российской Федерации» (2004).

В работе использованы наряду с эндоскопической оценкой состояния слизистой оболочки пищевода при ГЭРБ и эндоскопические признаки недостаточности кардии.

Суточное мониторирование рН пищевода проводилось с помощью аппарата «Гастроскан - 24».

Нами применялась разработанная в настоящее время схема поэтапного лечения в зависимости от степени выраженности РЭ [Калинин А.В., 1995, 2004]. Курс терапии составил не менее 4 недель.

У всех больных анализ эффективности проводимой терапии проводился на основе изменений клинических проявлений заболевания и эндоскопической картины. Динамика симптомов ГЭРБ оценивалась через 2 недели. от начала лечения, так как у ряда раненых не исключалась возможность эвакуации в центральные госпитали. Эндоскопическая динамика считалась положительной при снижении степени тяжести повреждения или полном заживлении дефектов СО пищевода.

Одновременно с медикаментозным лечением всем раненым и больным участникам БД проводилась психокорректирующая терапия.

Статистическая обработка данных производилась на ПК Pentium-4 с помощью программ Microsoft Excel 2002, БИОСТАТИСТИКА. Определялись: средние значения, мода, медиана, стандартное отклонение, средняя квадратическая ошибка, 95% доверительный интервал. Табличные данные представлены в виде среднеарифметического значения и 95% доверительного интервала. В случае малого числа наблюдений проводили статистическую обработку непараметрическими (ранговыми) методами.

Основным патогенетическим механизмом ГЭРБ является активный заброс желудочного содержимого (кислоты, пепсина, и/или желчи, панкреатических ферментов) в нижнюю треть пищевода при замедленном клиренсе пищевода. Гастроэзофагеальный рефлюкс вызывает появление симптомов. Ведущими симптомами рефлюксной болезни являются: изжога, регургитация желудочного содержимого, боли в подложечной, за грудиной областях и дисфагия.

Среди пациентов исследуемой группы при эрозивно-язвенной форме ГЭРБ изжогу каждый день отмечали 48,72%, в группе с неэрозивной формой - 19,05%, частота изжоги 2 раза в неделю и более составила 33,33% у пациентов с эрозивно-язвенной формой и 54,76% - с НЭРБ.

В исследуемой группе доля военнослужащих с эрозивно-язвенной формой и с изжогой выраженной степени составила 46%, превышая таковую при неэрозивной форме - 26%. Более значимая разница отмечена по изжоге умеренной степени выраженности при неэрозивной форме - 64%, в группе с эрозивно-язвенной формой - 46%.

Как видно из вышеприведенных даны, частота изжоги и степень ее выраженности зависят от формы ГЭРБ.

Таблица 1

**Распространенность основных симптомов ГЭРБ в зависимости от эндоскопических проявлений (%)**

Степень тяжести эзофагита	Изжога	Регургитация	Боль за грудиной	Дисфагия
0 (n=42)	64,3	50,0	14,8	5,0
I (n=20)	60,0	30,0	20,0	7,5
II (n=15)	20,0	33,3	40,0	26,7
III (n=4)	25,0	25,0	50,0	50,

Установлено, что основными симптомами у больных НЭРБ являлись: изжога - в 64,3% и регургитация в - 50% случаев. Боли за грудиной преобладали у больных с II, III степенью повреждения пищевода соответственно в 40 и 50% случаев.

Ведущими факторами в развитии патологии пищевода являются нарушение в питании, психоэмоциональные и психосоциальные нагрузки, вредные привычки (хронические интоксикации).

Нами изучено влияние нескольких параметров факторов питания как одного из наиболее значимых в развитии патологии пищевода. Среди них важное значение имеет регулярность приема пищи.

В изученной группе с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ преобладают лица, питающиеся в разное время - 76,92%, при неэрозивной форме нерегулярно питающихся - 33,3%. При этом изжога у пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ встречается значительно чаще - у 85,7%, чем при эрозивно-язвенной форме - 53,3% у пациентов, нерегулярно принимающих пищу.

Постоянное употребление в пищу острых, жареных блюд, газированных напитков, а также еда всухомятку имеют неблагоприятное значение в патогенезе патологии пищевода.

Контингент пациентов в обеих группах, не соблюдавших никаких ограничений в питании, составляет 76,19 и 76,92% соответственно.

Изжога при неэрозивной форме ГЭРБ преобладает в 94,74% случаев у лиц, не соблюдающих диету, а при эрозивно-язвенной форме этот показатель достигает 90,91% случаев. Однако и при соблюдении диеты при эрозивно-язвенной форме ГЭРБ изжога встречается в 60% случаев, при неэрозивной форме в - 37,5% случаях.

В группе с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ больше пациентов с длительными перерывами между приемом пищи, чем в группе с неэрозивной формой ГЭРБ - 74,36 и 59,52% случаев, что обусловлено характером служебной деятельности, связанной с частыми суточными дежурствами, где полноценное питание не обеспечено.

Изжога в группе с неэрозивной и эрозивно-язвенной формой ГЭРБ при длительных паузах между приемами пищи обнаружена в 79,3 и 76,0% случаев. При отсутствии пауз эти показатели были значительно ниже - соответственно 50,0 и 41,2% случаев.

Как показали результаты проведенных исследований, нерегулярное питание с длительными перерывами (более 8 ч.) с употреблением острой, грубой пищи, газированных напитков, а в ряде случаев еда всухомятку, приводят к росту выраженности симптомов как при неэрозивной, так и при эрозивно-язвенной формах ГЭРБ.

Согласно литературным данным, такая вредная привычка, как табакокурение, приводит к развитию патологии пищевода.

В группе с неэрозивной и эрозивно-язвенной формами ГЭРБ чаще встречаются курящие (80,9 и 79,5% соответственно). Изжога также преобладает у курящих пациентов с неэрозивной и эрозивно-язвенной формами ГЭРБ - более 90% случаев.

Результаты наших исследований подтверждают общеизвестное мнение о неблагоприятном воздействии курения на рост патологии пищевода и выраженность клинической симптоматики ГЭРБ.

Диагностика внепищеводных проявлений ГЭРБ осуществлялась путем углубленного, целенаправленного осмотра пациентов стоматологом.

Данное клиническое обследование позволило обнаружить у больных с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ множественные дефекты эмали зубов в 53,85% случаев. У больных с неэрозивной формой дентальные эрозии выявлялись в 23,81%.

Внепищеводные проявления заболевания, такие как охриплость голоса и кашель, диагностировали в случае наличия кашля при отсутствии заболеваний бронхолегочной системы.

При этом у всех больных возникновение кашля по времени было ассоциировано с гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР). Хронический кашель был выявлен у 74,36% больных с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ.

Анализируя результаты эндоскопического обследования пищевода, можно выделить некоторые особенности для больных ГЭРБ с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта.

У лиц с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ чаще, чем при неэрозивной форме, встречались сопутствующие заболевания, основу их составили хронический гастрит - 89,74%, язвенная болезнь - 5,1% и хронический панкреатит - 5,3% случаев. Можно предположить, что у больных с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ имеется высокая базальная секреция соляной кислоты и пепсина, которые являются патологической основой за кислнения нижней трети части пищевода у больных эрозивным эзофагитом.

Эндоскопическая картина при эрозивно-язвенной форме ГЭРБ характеризовалась наличием недостаточности кардиального сфинктера у 30,77% пациентов, что говорит об относительно значимом влиянии выраженности недостаточности кардиального сфинктера в формировании эрозивного эзофагита. Эндоскопическая картина слизистой оболочки желудка свидетельствует о некотором преобладании поверхностного гастрита над смешанным и атрофическим. Наличие эрозивно-язвенных процессов в гастродуоденальной зоне (в желудке и двенадцатиперстной кишке у 15,2%) свидетельствует об отсутствии строгой зависимости между эрозивным эзофагитом и эрозивно-язвенным процессом в желудке и двенадцатиперстной кишке.

Таким образом, клинические, эндоскопические данные у больных с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ обнаруживают все те признаки заболевания, характерные для лиц с неэрозивной формой. При дифференциации этих двух форм болезни основное значение имеет не только наличие какого-то патогенетического фактора, характерного только для той или иной формы заболевания, но и нарастание частоты встречаемости уже известных факторов агрессии.

24 часовая рН-метрия пищевода проведена 81 военнослужащим, не участвующим в боевых действиях с ГЭРБ.

Показатели общего количества эпизодов рефлюкса больше 5 оказались достоверно повышенными у больных с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ в сравнении с неэрозивной формой. Индекс продолжительности наиболее длительного эпизода рефлюкса значительно повышен у больных с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ в сравнении с неэрозивной формой ( $p < 0,05$ ). Кроме того, выявлено достоверное повышение значения индекса ( $p < 0,05$ ) общего времени с рН меньше 4 у больных с эрозивно-язвенной формой в сравнении с неэрозивной формой. В горизонтальном положении процент времени рН меньше 4 достоверно выше у больных ГЭРБ с эрозивно-язвенной формой в сравнении с неэрозивной формой ( $p < 0,05$ ). С увеличением тяжести ГЭРБ индекс De Meester увеличивается значительно, особенно это видно в группах II и III степени эрозивно-язвенной формы ГЭРБ в сравнении с неэрозивной формой ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2

**Среднее значение основных мониторинговых компонентов и суммарного индекса De Meester**

24-часовая рН-метрия пищевода	Неэрозивная форма (n=42)	Эрозивно-язвенная форма (n=39)
Общее время рН<4, %	15,47±1,1	21,00±3,4*
Общее время вертикально с рН<4, %	13,04±1,2	20,14±3,4
Общее время горизонтально с рН<4, %	9,64±0,9	18,04±3,9
Общее число рефлюксов	83,19±3,9	83,76±7,7*
Число рефлюксов продолжительностью более 5 мин	7,65±0,8	9,95±1,5*
Наиболее продолжительный рефлюкс, мин	21,65±1,3	44,14±9,9
«Составной» показатель	10,83±1,1	21,53±1,3

\*р меньше 0,05 в сравнении с неэрозивной формой ГЭРБ.

Таким образом, анализ структуры клинических симптомов ГЭРБ выявил вариабельность проявлений заболевания и следующие особенности. Из типичных симптомов у военнослужащих, не участвующих в боевых действиях, с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ наиболее часто отмечались: ежедневная изжога - 48,72%, регургитация - 50%, боль за грудиной и дисфагия - 54,8 и 50,0% соответственно.

Экстрапищеводные симптомы ГЭРБ чаще имели место при эрозивно-язвенной форме, чем при неэрозивной форме: дентальные эрозии (53,9 и 23,8%), кашель (74,4 и 47,6%) соответственно.

Анализируя вышеприведенные данные, можно сделать вывод о существовании взаимосвязи между характером питания, вредными привычками и течением различных форм ГЭРБ у военнослужащих. Увеличению проявлений различных форм ГЭРБ способствуют нерегулярное, с длительными перерывами питание с употреблением острой, грубой пищи и газированных напитков, табакокурение.

При эндоскопическом исследовании преобладание симптомов отмечено у больных с недостаточностью кардиального сфинктера.

При проведении суточного рН-мониторинга пищевода у больных с эрозивно-язвенной формой ГЭРБ отмечалось увеличение общего количества эпизодов рефлюкса продолжительностью более 5 мин. и общего времени воздействия соляной кислоты на слизистую пищевода. Выявлено увеличение суммарного индекса De Meester. Наиболее выраженные изменения кислотного рефлюкса оказались у больных со II и III степенью тяжести рефлюкс-эзофагита.

Военнослужащие, принимающие участие в БД, постоянно подвергаются факторам риска, имеющим целый ряд отличительных особенностей. Адаптационные реакции к непривычным климатогеографическим условиям, значительное ухудшение материально-бытовых условий личного состава в командировках, длительное влияние различных факторов (переохлаждение, влажность, перегревание и т.д.), усугубляющихся в зависимости от длительности боевых выходов, отсутствие регулярного, полноценного и сбалансированного питания, особенно при рейдовых и разведывательных операциях, физическое перенапряжение и боевой стресс.

Установлено, что с увеличением длительности командировок до 90-120 сут. в исследуемой группе возрастает доля эрозивно-язвенной формы ГЭРБ с 48,7 до 70,3% ( $p < 0,05$ ). При постоянном месте дислокации в условиях боевых действий отмечался рост количества больных с неэрозивной формой ГЭРБ до

33,3%.

Основными симптомами ГЭРБ у данной категории больных являются при НЭРБ и I степени рефлюкс-эзофагита изжога - 61,5% и регургитация - 56,4% случаев. Аналогичная зависимость выявлена у военнослужащих, не принимавших участие в боевых действиях. Однако распространенность основных симптомов достоверно выше у участников боевых действий при эрозивно-язвенной форме, особенно при III степени ГЭРБ ( $p < 0,05$ ).

Обращает на себя внимание высокий процент случаев первой степени эзофагита как в изучаемой группе - у 78,4%, так и у лиц, не участвовавших в боевых действиях - у 51,3%. Причем процент лиц участвующих в боевых действиях с I и II степенями эзофагита и находящихся в командировке 90 суток достоверно отличался от военнослужащих, постоянно дислоцирующихся в Чеченской Республике ( $\kappa = -0,48$ ;  $p < 0,05$ ). Обращает на себя внимание и коррелирует с длительностью командировок 120 сут. группа пациентов со I и II степенями эзофагита 33,3% и 66,7% соответственно ( $p < 0,05$ ). Результаты проведенного анализа показывают, что с увеличением длительности командировок у воевавших военнослужащих возрастает уровень эрозивно-язвенной формы ГЭРБ, в основном за счет II и III степени рефлюкс-эзофагита.

У военнослужащих, принимавших участие в рейдовых (разведывательных) операциях, преобладают обе формы ГЭРБ. Неэрозивная форма ГЭРБ выявлено у 62,16% военнослужащих этой группы. Эрозивно-язвенная форма - у 48,65%. Эти особенности можно объяснить тем, что в период, особенно, первой Чеченской кампании военнослужащие, участвующие в боевых действиях, получали суточный паек старого образца. При употреблении этого пайка обязательно необходимы разогревательные приборы или приспособления (стационарные или переносные). В условиях оторванности от подразделений тыла, то есть от походных кухонь, военнослужащие употребляли паек всухомятку и без подогрева воды и содержимого пайка. Во время проведения рейдовых операций, особенно при освобождении населенных пунктов, особенностью питания военнослужащих этой группы было употребление



большого количества газированных напитков. Также большое влияние на самочувствие оказывали постоянные психоэмоциональные нагрузки. Особенно тяжело переносилась смерть товарища. Состояние стресса помогало переносить все трудности военного быта, несмотря на плохое состояние здоровья.

Среди военнослужащих, участвующих в рейдовых и разведывательных операциях, отмечается увеличение случаев ГЭРБ со II степенью тяжести у 22,2%, в то время как среди военнослужащих, находящихся в условиях охраны и обороны, - 16,67%. Что подтверждает общую тенденцию к утяжелению эрозивно-язвенной формы ГЭРБ при ведении рейдовых и разведывательных операций.

Нами изучались особенности эндоскопической картины ГЭРБ у раненых, принимавших участие в боевых действиях в Чеченской Республике и эвакуированных в 1602 ОБКГ.

Вне зависимости от периода боевых действий и локализации боевой травмы патология пищевода имела свои закономерности.

Эндоскопические признаки недостаточности кардии выявлялись более чем в 50% случаев: при ранениях в голову в - 76%, грудную полость - в 64%, торакоабдоминальной травме - в 61% и ожогах - в 50%. Это указывает на патогенетическую связь ГЭРБ с травматической болезнью.

На этом фоне развивалось воспаление пищевода, которое наблюдалось чаще всего у раненных в голову, - у 79%, при торакоабдоминальной травме - у 70% и ожогах - у 80% пациентов.

Однако эрозивно-язвенная форма возникала чаще при ожогах в 70% и торакоабдоминальной травме - в 44%. Это объясняется специфическими патогенетическими механизмами ожоговой и травматической болезни.

Следует отметить, что при минно-взрывной травме с локализацией поражения в торакоабдоминальной области поражение пищевода с развитием ГЭРБ развивается достоверно чаще, чем при поражении конечностей (воспаление - 70 и 53%, недостаточность кардии - 61 и 40%, эрозии - 44 и 31% соответственно) ( $p < 0,05$ ).

Эти данные свидетельствуют о важной роли внутрибрюшного давления в патогенезе ГЭРБ, в том числе и у раненых.

Лечение ГЭРБ направлено на предотвращение патологических эпизодов рефлюкса, снижение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищевого клиренса и защитных свойств слизистой оболочки пищевода.

В работе оценено влияние терапии антисекреторными препаратами и их комбинации с прокинетиком на эндоскопические, клинические проявления ГЭРБ у раненых.

У 50% раненых с ГЭРБ, в период боевых действий 1994-1996 гг. получавших ранитидин, альмагель, метоклопрамид, через 2 нед. терапии исчезла изжога, у 60% купировались боли, исчезновение симптомов рефлюкс-эзофагита отмечалось в 10% случаев.

Наилучшая клиническая динамика наблюдалась у раненых с ГЭРБ (1999-2002), получавших комплексную комбинированную терапию фамотидином в/в, омепразолом, альмагелем, домперидоном. Через 2 нед. у 85% раненых полностью исчезла изжога, у 80% - уменьшилась боль за грудиной, отсутствие симптомов отмечалось у 65% раненых.

Динамика эндоскопических проявлений ГЭРБ на фоне лечения различными группами препаратов в различные периоды боевых действий оценивалась через 2 нед. Улучшение эндоскопической картины: воспаление - 15%, эрозии - 10%, недостаточность кардии - 20%, отмечалось у раненых с рефлюкс-эзофагитом, получавших ранитидин, альмагель, метоклопрамид.

При применении комбинации: фамотидин в/в, омепразол, альмагель, домперидон, положительная эндоскопическая динамика наблюдалась у 65% раненых, у которых исчезли воспаление, в 50% - эрозии и в 68% случаев - недостаточность кардии.

Необходимо отметить, что все раненые с ГЭРБ получали курс психокорректирующей терапии, что значительно улучшало их психо-эмоциональное состояние.

Таким образом, наилучшая клиническая и эндоскопическая динамика

наблюдалась у раненых с ГЭРБ: получавших комплексную комбинированную терапию препаратами фамотидин в/в, омепразол, альмагель, домперидон (поступили на снабжение в МО РФ после 1996г).

Результаты нашего исследования убеждают в том, что хороший клинический эффект у раненых с ГЭРБ явился результатом синергизма препаратов различных групп, использующихся для купирования симптомов рефлюкс-эзофагита. Это коррелировало с положительной динамикой эндоскопических проявлений поражения пищевода.

## **ВЫВОДЫ**

1. Клиническая картина гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, развивающаяся в условиях боевой деятельности, существенно отличается от обычной, что проявляется более тяжелым течением, увеличением частоты изжоги, болевого синдрома и дисфагии. Установлено, что выраженность клинических симптомов и длительность их проявления при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни коррелирует с продолжительностью командировок и видом ведения боевых действий.
2. Основными факторами, отягощающими течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у военнослужащих-участников регионального вооруженного конфликта, являются: длительность командировок (90-120 суток) в район боевых действий, при этом доля эрозивно-язвенной формы возрастает с 48,7 до 70% ( $p < 0,05$ ); вид ведения боевых действий, при рейдовых и разведывательных операциях зарегистрировано увеличение случаев гастроэзофагеальной рефлюксной болезни со II степенью тяжести до 22,2% случаев, а среди военнослужащих, находящихся в условиях охраны и обороны, только в 16,67% ( $p < 0,05$ ).
3. У военнослужащих, участвовавших в БД в структуре ГЭРБ преобладает эрозивная форма с более выраженными клиническими проявлениями и эндоскопической картиной. Более тяжелый вариант ГЭРБ у этой группы больных подтверждается данными суточного мониторинга pH – большая

частота рефлюкса с длительным закислением нижнего сегмента пищевода.

4. При закрытых повреждениях брюшной полости после минно-взрывной травмы патологические изменения пищевода при эндоскопическом исследовании выявлены достоверно чаще, чем при ранениях конечностей, что доказывает преобладающее значение повышения внутрибрюшного давления в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у раненых (воспаление в 70 и 50%, недостаточность кардии - в 61 и 40%, эрозии - в 44 и 31% соответственно) ( $p < 0,05$ ).
5. При лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во время вооруженных конфликтов амбулаторно (в подразделении) наибольшая эффективность отмечена у препаратов группы ингибиторов протонной помпы, а у раненых при лечении в стационаре - комплексная одновременная терапия ингибиторами протонной помпы, внутривенным введением  $H_2$ -блокаторов, приемом антацидов и прокинетики, а также проведением психокорректирующей терапии.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В условиях регионального вооруженного конфликта выявление больных с симптомами ГЭРБ, их полноценное обследование и лечение должно быть активным со стороны медицинской службы, поскольку истинная частота ГЭРБ в районе боевых действий значительно превышает данные официальных отчетно-статистических документов.
2. Целесообразно медицинской службе округа и должностным лицам, отвечающим за личный состав, участвующий в боевых действиях, принимать меры для:
  - обеспечения условий для регулярного питания и отдыха военнослужащих, находящихся в постоянных боевых выходах;
  - выделения помещений для отдыха, психоэмоциональной разгрузки.
3. Лечение ГЭРБ в условиях реальной войны следует начинать с ингибиторов протонной помпы в средних терапевтических дозах. Раненым на этапах

эвакуации и лечения показана комплексная комбинированная терапия с обязательным психокорректирующим лечением.

4. При ГЭРБ у военнослужащих вне района боевых действий должно применяться поэтапное лечение в зависимости от степени выраженности рефлюкс-эзофагита, препаратами выбора являются: ингибиторы протонной помпы, H<sub>2</sub>-блокаторы в сочетании с прокинетиками.

5. В перечень обязательных медицинских исследований при ГЭРБ должны быть включены: ЭГДС и суточный мониторинг рН, осуществляемый в базовых госпиталях округа.

6. Целесообразно ввести в перечень тем санитарно-просветительной работы беседы о факторах риска и причинах заболевания ГЭРБ и мерах ее профилактики.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Взаимосвязь факторов военной службы на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь и выбор оптимальных схем лечения // Глав. врач Юга Рос. 2005. - №4.- С.17-18.

2. Оценка эффективности пролонгированной терапии ингибиторами протонной помпы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2005.- Т. XV, Прилож. 26.-С.12.

3. Тактика терапевтической помощи при заболеваниях органов пищеварения раненым и больным в условиях регионального военного конфликта (1994-96, 1999-2000 гг.) // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатолог., колопроктол. - 2005. - Т. XV, Прилож. 26.-С.158 (соавт.: Моисеенко А.И., Цыганкова Л.Г., Ткаченко Л.Э.).

4. Некоторые особенности течения и терапии ГЭРБ у раненых в локальном конфликте // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатолог., колопроктол. - 2006. - Т. XVI, Прилож. 28.- С.11.

**Библиотека литературы по функционально гастроэнтерологии:**

[www.gastroscan.ru/literature/](http://www.gastroscan.ru/literature/)