

Спасова Т.Е., Хитрихеев В.Е., Багудеева Т.И., Соктоева Б.В.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет»
(670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а, Россия)

Целью исследования явилось изучение частоты внепищеводных симптомов у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), а также выявление факторов риска развития внепищеводных симптомов, сравнение показателей качества жизни больных с пищеводными и внепищеводными симптомами на амбулаторном приёме. Критериями включения были: возраст от 18 до 70 лет; отсутствие органической сопутствующей патологии. Пищеводные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни оценивали с помощью шкалы Likert, наличие внепищеводных симптомов диагностировали с помощью рабепразолового теста. Проводили измерение окружности талии, вычисление индекса массы тела, осмотр задней стенки ротоглотки, слизистой полости рта и языка. Всем пациентам проводили эндоскопическое исследование пищевода, оценивали качество жизни с помощью опросника SF-36. Внепищеводные симптомы выявлены у 38 (31,1 %) пациентов, рефлюкс-ларингит – у 14 (9,8 %), рефлюкс-фарингит – у 7 (4,1 %), рефлюкс-кашель – у 11 (7,3 %), кардиальные симптомы – у 6 (3,2 %). 1-ю группу составили больные только с пищеводными симптомами, 2-ю группу – пациенты с наличием внепищеводных симптомов. У пациентов этих групп сравнивали показатели индекса массы тела, окружности талии, стажа курения, показатели качества жизни, выраженность пищеводных симптомов, тяжесть эзофагита. Установлено, что частота внепищеводных симптомов ГЭРБ у амбулаторных пациентов была высокой и составила 31,1 %; наиболее часто встречались оториноларингологические и бронхолёгочные симптомы. У пациентов с внепищеводными симптомами, по сравнению с пациентами, имеющими только пищеводные симптомы, были более высокие показатели окружности талии, более интенсивные симптомы отрыжки и регургитации и более низкие значения психологического компонента качества жизни.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, внепищеводные симптомы, факторы риска, повреждения пищевода, качество жизни

RISK FACTORS FOR EXTRAESOPHAGEAL SYMPTOMS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Spasova T.E., Khitrikheev V.E., Batudaeva T.I., Soktoeva B.V.

Buryat State University
(ul. Smolina 24a, Ulan-Ude 670000, Buryat Republic, Russian Federation)

The aim of the study was to investigate the frequency and nature of extraesophageal symptoms in patients with gastroesophageal reflux disease. 122 patients with GERD without comorbidity have been examined (58 males, 64 females). The anthropometrical survey has been performed; estimated age, duration of the disease and smoking have been taken into account. Extraesophageal symptoms were diagnosed with the rabeprazole test, the frequency and intensity of the symptoms were evaluated using a Likert scale. All patients underwent endoscopic examination and the assessment of quality of life by means of the SF-36 questionnaire. Extraesophageal symptoms of GERD were diagnosed in 38 (31.1 %) patients, reflux laryngitis – in 14 (9.8 %) patients, reflux-pharyngitis – in 7 (4.1 %) patients, reflux cough – in 11 (7.3 %) patients, heart pain – in 6 (3.2 %) patients. In patients with extraesophageal manifestations compared with the patients having only physical symptoms, body mass index and the severity of heartburn on the Likert scale were significantly higher. Other indicators, such as disease duration, smoking, presence of erosive changes in the mucous membrane of the esophagus, hernia hiatal didn't statistically reveal any difference between the groups. When comparing the quality of life it has been revealed that the indicators of physical health had no statistical difference in the two groups, when mental health indices were lower in those with extraesophageal symptoms of GERD.

Key words: gastroesophageal reflux disease, extraesophageal symptoms, risk factors, esophageal damages, quality of life

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в силу своей чрезвычайно высокой распространённости и негативного влияния на качество жизни больных представляет собой серьёзную проблему гастроэнтерологии [1, 3]. Основными симптомами заболевания являются изжога, отрыжка, срыгивание, одинофагия, дисфагия. Повышенное внимание в клинической картине в последние годы уделяется внепищеводным проявлениям ГЭРБ – бронхолёгочным, кардиальным, оториноларингологическим и стоматологическим [7, 8].

Монреальский консенсус (2006), опираясь на принципы доказательной медицины, классифици-

ровал внепищеводные проявления ГЭРБ следующим образом [10]. Доказанные ассоциации: синдром кашля, ассоциированного с рефлюксом; синдром рефлюкс-ларингита; синдром рефлюкс-астмы; синдром зубных рефлюкс-эрозий. Предполагаемые ассоциации: фарингит; синусит; идиопатический лёгочный фиброз; рецидивирующее воспаление среднего уха.

Следует помнить, что в ряде случаев внепищеводные проявления могут выходить в клинической картине на передний план. Более того, в 25 % случаев ГЭРБ протекает только с внепищеводными симптомами. По этой причине знание особенностей клини-

ческого течения ГЭРБ имеет большое значение для врачей общей практики и позволяет правильно построить диагностическую и лечебную тактику [4, 5, 6].

В настоящее время доказаны и изучены факторы риска развития ГЭРБ, такие как курение, избыточный вес, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), однако данных об особенностях факторов риска развития внепищеводных симптомов у больных ГЭРБ, частоте поражений пищевода, характере пищеводных симптомов у больных с внепищеводными симптомами недостаточно.

Целью исследования явилось изучение частоты внепищеводных симптомов у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, а также выявление факторов риска развития внепищеводных симптомов, сравнение показателей качества жизни больных с пищеводными и внепищеводными симптомами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Критерии включения: возраст от 18 до 70 лет; отсутствие органической сопутствующей патологии (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; воспалительные заболевания кишечника; хронический панкреатит; желчнокаменная болезнь; ишемическая болезнь сердца; артериальная гипертензия 2-й и 3-й степени; застойная сердечная недостаточность; хроническая почечная недостаточность; печёночная недостаточность; сахарный диабет; воспалительные заболевания суставов); наличие пищеводных симптомов ГЭРБ (интенсивность оценивали с помощью шкалы Likert); наличие внепищеводных симптомов (оториноларингологические, кардиальные, бронхологические, стоматологические симптомы), которые подтверждали рабепразоловым тестом (рабепразол 20 мг 2 раза в течение 14 дней).

Пациенты были разделены на две группы: 1-ю группу составили больные с пищеводными симптомами, 2-ю группу – больные с внепищеводными симптомами.

У пациентов исследуемых групп сравнивали показатели окружности талии (ОТ), индекса массы тела (ИМТ), эндоскопические признаки эзофагита (с помощью эзофагодуоденоскопии), вредные привычки, стаж заболевания, интенсивность симптомов (по шкале Likert), наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) (выявляли методом рентгеноскопии пищевода), показатели качества жизни (с помощью опросника SF-36), состояние задней стенки ротоглотки, слизистой полости рта и языка.

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере при помощи пакета прикладных программ Statistica v. 6.0 с использованием t-критерия Стьюдента. Вычислялись средняя арифметическая (M), средняя ошибка средней арифметической (m). Статистически значимыми различия считались при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованы 122 человека, из них 58 мужчин и 64 женщины. Среди пищеводных симптомов ГЭРБ наиболее частым является изжога, которая встре-

чается, по данным ряда авторов, у 83 % больных и возникает вследствие длительного контакта кислого ($pH < 4$) желудочного содержимого со слизистой пищевода. В нашем исследовании изжога также явилась самым частым симптомом и встречалась в 85,2 % случаев. Наибольшие затруднения возникают при диагностике внепищеводных симптомов. По данным литературы [5, 6], они наблюдаются в 28–30 % случаев, в нашем исследовании внепищеводные симптомы выявлены у 38 (31,1 %) пациентов.

В настоящем исследовании среди внепищеводных симптомов наиболее частыми оказались оториноларингологические симптомы ГЭРБ: рефлюкс-ларингит, проявляющийся осиплостью голоса, – у 14 (9,8 %) пациентов; рефлюкс-фарингит, характеризующийся болью в горле и гиперемией задней стенки глотки, – у 7 (4,1 %); рефлюкс-кашель – у 11 (7,3 %); боли в области сердца – у 6 (3,2 %). При этом изменений на ЭКГ не отмечали, тест с нитроглицерином был отрицательным. В 3 случаях отмечено сочетание рефлюкс-фарингита и глоссита (жжение, белый налёт слизистой спинки языка, гиперемия боковых поверхностей языка). У 1 пациента выявлен афтозный стоматит в сочетании с рефлюкс-ларингитом.

Пациенты с пищеводными (1-я группа) и внепищеводными (2-я группа) симптомами были сопоставимы по возрасту и полу, в обеих группах преобладали женщины. Индекс курения не отличался в обеих группах, однако число курильщиков было больше в 1-й группе. Общий стаж заболевания был одинаков в обеих группах (табл. 1).

Таблица 1
Частота факторов риска ГЭРБ у пациентов с пищеводными и внепищеводными симптомами
Table 1
Risk factor frequency in gastroesophageal reflux disease (GERD) patients with esophageal and extraesophageal symptoms

Показатели	1-я группа n = 84	2-я группа n = 38
Женщины/мужчины	61/23 (72 % / 28 %)	28/10 (73 % / 27 %)
Стаж заболевания	2,4 ± 1,10	2,8 ± 0,98 $p = 0,141$
Число курильщиков	22 (26 %)	15 (34%)* $p = 0,047$
Средний индекс курения, пачка/лет	6	5
Индекс массы тела, кг/м ²	26,10 ± 1,33	28,30 ± 1,78 $p = 0,005$
Окружность талии, см	98,0 ± 5,2	115,0 ± 9,2* $p = 0,009$
Наличие ГПОД, чел.	7 (8 %)	4 (10 %)

Примечание. * – различия между группами статистически значимы.

Избыточная масса тела и ожирение являются факторами риска развития ГЭРБ. При избыточной массе тела увеличивается количество эпизодов преходящего расслабления нижнего пищеводного сфинктера. Слизистая оболочка дольше подвергается воздействию кислого содержимого. Имеется прямая связь с суточным мониторингом pH [2]. В результате исследования у пациентов с внепищеводными симптомами выявлены статистически значимо более высокие показатели окружности талии и индекса

массы тела, по сравнению с таковыми у пациентов с типичными симптомами (табл. 1).

У пациентов с внепищеводными симптомами более интенсивными оказались типичные симптомы болезни, особенно такие симптомы, как регургитация и отрыжка (табл. 2). По сравнению с показателями 1-й группы, их интенсивность была статистически значимо выше. По данным разных авторов, частота эрозивного эзофагита составляет в среднем 35 % [7]. В нашем исследовании частота эрозивного эзофагита в группах не различалась и составила 56 % у больных 1-й группы и 47,4 % у больных 2-й группы (табл. 3).

Таблица 2
Частота и выраженность пищеводных симптомов ГЭРБ по данным шкалы Likert

Table 2
Frequency and esophageal symptom severity of GERD according to the Likert scale

Показатели интенсивности симптомов в баллах	1-я группа n = 84	2-я группа n = 38	p
Изжога	4,4 ± 0,54	4,1 ± 0,33	0,014
Регургитация	3,2 ± 0,26	4,8 ± 0,84*	0,013
Отрыжка	3,3 ± 0,99	4,5 ± 0,64*	0,008
Ощущение кислого во рту	3,7 ± 0,74	4,1 ± 0,67	0,014
Общая интенсивность симптомов	3,6 ± 0,85	4,4 ± 0,77*	0,007

Примечание. * – различия между группами статистически значимы.

Таблица 3
Распределение больных по стадиям рефлюкс-эзофагита (РЭ), согласно Лос-Анджелесской классификации (1994)

Table 3
Patients divided according to reflux esophagitis stage according Los-Angeles classification (1994)

Эндоскопические формы ГЭРБ	1-я группа n = 84	2-я группа n = 38	p
Неэрозивный РЭ	37 (44,0 %)	20 (52,6 %)	0,141
Эрозивный РЭ	47 (56,0 %)	18 (47,4 %)	0,263
Стадия А	28 (33,3 %)	5 (13,2 %)	0,064
Стадия В	14 (16,7 %)	9 (23,7 %)*	0,037
Стадия С	5 (6,0 %)	4 (10,5 %)*	0,002
Стадия D	–	–	–

Примечание. * – различия между группами статистически значимы.

Важным показателем состояния здоровья является качество жизни. Исследованиями многих авторов показано [9], что качество жизни больных ГЭРБ ниже, чем у больных бронхиальной астмой, гипертонической болезнью. Нарушение психоэмоционального состояния является триггером возникновения резистентной к лечению ГЭРБ. При оценке качества жизни обследованных больных установлено, что показатели физического здоровья не имели статистически значимых различий между двумя группами, тогда как показатели психического здоровья были ниже у лиц с внепищеводными симптомами, по сравнению с таковыми в группе с пищеводными симптомами (табл. 4).

Таблица 4
Показатели качества жизни пациентов с пищеводными и внепищеводными симптомами ГЭРБ

Table 4
Quality of life indicators in patients with esophageal and extraesophageal symptoms of GERD

Показатель	1-я группа n = 84	2-я группа n = 38	p
PF (физическое функционирование – Physical Functioning)	68,2 ± 2,12	71,2 ± 3,60	0,021
RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – Role-Physical Functioning)	74,4 ± 3,47	69,4 ± 0,94	0,084
BP (интенсивность боли – Bodily Pain)	82,1 ± 1,53	80,5 ± 2,34	0,041
GH (общее состояние здоровья – General Health)	63,6 ± 3,85	66,7 ± 1,39	0,036
Физический компонент	71,8 ± 4,91	67,1 ± 2,44	0,019
VT (жизненная активность – Vitality)	77,6 ± 2,56	61,9 ± 1,95	0,084
SF (социальное функционирование – Social Functioning)	85,8 ± 4,87	68,5 ± 1,36*	0,016
RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – Role-Emotional)	75,6 ± 1,03	52,3 ± 1,28*	0,027
MH (психическое здоровье – Mental Health)	62,2 ± 1,67	49,9 ± 0,11*	0,016
Психологический компонент	69,4 ± 1,11	50,7 ± 0,98*	0,012

Примечание. * – различия между группами статистически значимы.

Таким образом, частота внепищеводных симптомов ГЭРБ у амбулаторных пациентов была высокой и составила 31,1 %, наиболее часто встречались оториноларингологические и бронхолегочные симптомы. У пациентов с внепищеводными симптомами, по сравнению с пациентами, имеющими только пищеводные симптомы, были более высокие показатели окружности талии, более интенсивные симптомы отрыжки и регургитации и более низкие значения психологического компонента качества жизни.

**ЛИТЕРАТУРА
REFERENCES**

- Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Шептулин А.А., Баранская Е.К., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Кайбышева В.О. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рекомендации по диагностике и лечению. – 2013. – 20 с. Ivashkin VT, Trukhmanov AS, Sheptulin AA, Baranskaya EK, Lapina TL, Storonova OA, Kaibysheva VO. (2013). Gastroesophageal reflux disease. Recommendations for diagnosis and treatment [Gastroezofageal'naya reflyuksnaya bolezni'. Rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu]. 20 p.
- Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Эволюция представлений о роли нарушений двигательной функции пищевода в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – № 2. – С. 13–20. Ivashkin VT, Trukhmanov AS. (2010). Evolution of ideas on the significance of esophagus motor function in

pathogenesis of gastroesophageal reflux disease [Evolyutsiya predstavlenii o roli narushenii dvigatel'noi funktsii pishchevoda v patogeneze gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*, (2), 13-20.

3. Лазебник Л.Б. Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: проблемы и решения // Терапевтический архив. – 2008. – № 2. – С. 5–11.

Lazebnik LB. (2008). Acid indigestion and gastroesophageal reflux disease: problems and solutions [Izzhoga i gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni: problemy i resheniya]. *Terapevticheskiy arkhiv*, (2), 5-11.

4. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генвалы к Монреалю // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 5. – С. 4–10.

Lazebnik LB, Bordin DS, Masharova AA. (2007). Modern concept of gastroesophageal reflux disease: from Genval to Montreal [Sovremennoe ponimanie gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni: ot Genvaly k Monrealyu]. *Ekspirimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*, (5), 4-10.

5. Лапина Т.Л. Возможности применения омепразола для контроля типичных и нетипичных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 6. – С. 7–10.

Lapina TL. (2005). Possibilities in applying omeprazole to control typical and atypical manifestations of gastroesophageal reflux disease [Vozmozhnosti primeneniya

omeprazole dlya kontrolya tipichnykh i netipichnykh proyavlenii gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni]. *Klinicheskie perspektivy gastroenterologii, gepatologii*, (6), 7-10.

6. Маев И.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. – 2005. – № 5. – С. 56–67.

Maev IV. (2005). Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease [Vneshchevodnye proyavleniya gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni], (5), 56-67.

7. Трухманов А.С., Джахая Н.Л., Кайбышева В.О., Сторонова О.А. Новые аспекты рекомендаций по лечению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Гастроэнтерология и гепатология: новости, мнения, обучение. – 2013. – № 1. – С. 2–9.

Trukhmanov AS, Dzhakhaya NL, Kaibysheva VO, Storonova OA. (2013). New aspects of recommendations on treating the patients with gastroesophageal reflux disease [Novye aspekty rekomendatsii po lecheniyu bol'nykh gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni'yu]. *Gastroenterologiya i gepatologiya: novosti, mneniya, obucheniye*, (1), 2-9.

8. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF. (2008). American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*, 135, 1383-1391.

9. Kulig M, Leodolter A, Vieth M. (2003). Quality of life in relation to symptoms in patients with gastroesophageal reflux disease – an analysis based on the ProGERD initiative. *Aliment Pharmacol Ther*, 18, 767-776.

10. Vakil M. (2006). The Montreal definition and classification of GERD. *Am J Gastroenterol*. 101, 1900-1920.

Сведения об авторах Information about the authors

Спасова Татьяна Евгеньевна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры терапии Медицинского института, ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет» (670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; тел. (3012) 44-82-55; e-mail: tspasova@inbox.ru)

Spasova Tatiana Evgenievna – Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer at the Department of Therapy of Medical Institute, Buryat State University (670002, Ulan-Ude, ul. Oktyabrskaya, 36a; tel. (3012) 44-82-55; e-mail: tspasova@inbox.ru)

Хитрикеев Владимир Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии, директор Медицинского института, ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет» (e-mail: khitrikheev-ve@yandex.ru)

Khitrikheev Vladimir Evgenievich – Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Advanced Level Surgery, Director of Medical Institute, Buryat State University (e-mail: khitrikheev-ve@yandex.ru)

Батудаева Татьяна Ивановна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой терапии Медицинского института, ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет» (e-mail: batudaeva@gmail.com)

Batudaeva Tatiana Ivanovna – Candidate of Medical Sciences, Docent, Head of the Department of Therapy of Medical Institute, Buryat State University (e-mail: batudaeva@gmail.com)

Соктоева Баярма Владимировна – кандидат психологических наук, доцент кафедры иностранных языков Института филологии и массовых коммуникаций, ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет» (670000, г. Улан-Удэ, ул. Ранжурова, 6; тел. (3012) 21-78-35; e-mail: socktoeva@mail.ru)

Soktoeva Bayarma Vladimirovna – Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor at the Department of Foreign Languages of Institute of Philology and Mass Communication, Buryat State University (670000, Ulan-Ude, ul. Ranzhurova, 6; tel. (3012) 21-78-35; e-mail: socktoeva@mail.ru)