

УДК 616.329/.33-008-036

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

С.И. Зверева, ФГБУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск

Зверева Светлана Ивановна – e-mail: svzvereva@mail.ru

Особую актуальность имеет проблема атипичных вариантов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Методом анкетирования обследовано 1400 человек в возрасте от 18 до 86 лет с целью выявления симптомов ГЭРБ. Проведенное исследование показало, что ГЭРБ является широко распространенным заболеванием, нередко характеризующимся развитием не только типичных пищеводных симптомов и осложнений, но и атипичных проявлений, протекающих под «маской» кардиологических, бронхолегочных, отоларингологических заболеваний.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, варианты клинических проявлений.

The problem of the atypical variants of the gastroesophageal reflux disease (GERD) became topical at present. The poll investigation held in 1400 patients aged 18 – 89 was aimed to detect the GERD symptoms. The investigation data showed the high prevalence of the disease that often manifests not only by common esophageal symptoms and complications but also by the atypical symptoms that occur under the mask of cardiac, bronchopulmonary or otolaryngological illness.

Key words: gastroesophageal reflux disease, clinical manifestations variants.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое, склонное к рецидивированию заболевание, обусловленное патологическим рефлюксом желудочного или дуоденального содержимого в пищевод с наличием или без эндоскопически позитивных изменений его дистальных отделов в виде рефлюкс-эзофагита. ГЭРБ является одним из наиболее широко распространенных заболеваний органов пищеварения с длительным течением и угрожающими жизни осложнениями, имеющим большую социальную значимость [1, 2].

По данным недавно проведенного многоцентрового исследования «Эпидемиология Гастроэзофагеальной РЕфлюксной болезни в России» (МЭГРЕ) из 7812 опрошенных изжога с различной частотой и интенсивностью встречалась у 47,5%, частая изжога – у 9% [3].

ГЭРБ является многофакторным заболеванием со сложным патогенезом. Преобладание одного или нескольких патогенетических факторов обуславливает широкое разнообразие клинико-морфологических вариантов этой нозологической формы. Выделяют несколько причин патологического желудочно-пищеводного рефлюкса: несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера (НПС); переходящие расслабления НПС; аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; замедленное опорожнение желудка, которое сопровождается приростом внутрижелудочного или внутрибрюшного давления; прием определенных лекарственных препаратов.

В клинической картине выделяют пищеводные и внепищеводные проявления [4–6]. Наиболее изученными являются пищеводные проявления ГЭРБ, значительно ухудшающие качество жизни пациентов.

В связи с тем, что клинические проявления ГЭРБ отличаются вариабельностью, на последнем Монреальском международном научно обоснованном соглашении принята классификация ГЭРБ (таблица).

ТАБЛИЦА.

Классификация ГЭРБ

Пищеводные синдромы		Внепищеводные синдромы	
Синдромы, проявляющиеся исключительно симптоматически	Синдромы с повреждением пищевода (осложнения ГЭРБ)	Синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена	Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается
1. Классический рефлюксный синдром. 2. Синдром боли в грудной клетке.	1. Рефлюкс-эзофагит. 2. Стриктуры пищевода. 3. Пищевод Барретта. 4. Аденокарцинома.	1. Кашель рефлюксной природы. 2. Ларингит рефлюксной природы. 3. Бронхиальная астма рефлюксной природы. 4. Эрозии зубной эмали рефлюксной природы.	1. Фарингит. 2. Синуситы. 3. Идиопатический фиброз легких. 4. Рецидивирующий средний отит.

Изжога является наиболее частым симптомом, она возникает, как минимум, у 75% больных ГЭРБ. Ее выраженность одинакова у пациентов с эзофагитом и без него [7]. Наиболее часто изжога является следствием патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), при этом ее возникновение, как правило, ассоциировано с воздействием на слизистую оболочку пищевода кислого желудочного или дуоденального содержимого. Кроме того, формирование ощущения изжоги может быть связано с нарушениями моторики пищевода и с повышенной чувствительностью его слизистой вследствие расстройства центральной и периферической иннервации [8].

Монреальское соглашение рекомендовало придерживаться количественных критериев диагностики ГЭРБ клиники Мэйо [9], получивших широкое распространение в качестве инструмента при эпидемиологических исследованиях: наличие изжоги и/или регургитации (кислой отрыжки) как минимум один раз в неделю.

В последние годы большое внимание уделяется внепищеводным проявлениям ГЭРБ. У части больных эти проявления могут превалировать, тем самым меняя клиническую картину заболевания. По этой причине знание особенностей клинического течения ГЭРБ имеет большое значение для врачей общей практики и позволяет правильно построить диагностическую и лечебную тактику.

Нетипичная симптоматика ГЭРБ нередко приводит к несвоевременной постановке диагноза и, соответственно, становится причиной неверного выбора тактики лечения. В этой связи представляется актуальным изучение распространенности и особенности клинических проявлений различных вариантов ГЭРБ. Последнее обусловило **цель настоящего исследования** – определение частоты и особенностей атипичных вариантов клинического течения ГЭРБ.

Материал и методы

Исследование проведено в рамках первого в стране Многоцентрового исследования эпидемиологии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России («МЭГРЕ»). Для объективизации полученной информации применялся метод интервьюирования с использованием переведенной на русский язык и культурально адаптированной анкеты

Клиники Мэйо. Отбор респондентов проводился методом случайной выборки по телефонному справочнику. Статистическая обработка полученных материалов проводилась с применением пакета программ Statistica 6.0 и включала создание базы данных, автоматизированную проверку качества подготовки информации и статистический анализ. Критерием статистической достоверности был уровень $p < 0,05$. Определялись средние значения, стандартные отклонения. Достоверность различий непараметрических данных оценивалась по χ^2 Пирсона.

В исследование вошли 1400 жителей г. Саранска в возрасте от 17 до 75 лет (средний возраст – $35,3 \pm 13,2$ года), в том числе 478 мужчин (средний возраст – $34,8 \pm 13,8$ года) и 922 женщины (средний возраст $32,5 \pm 12,8$ года).

Результаты исследования

Анализ результатов показал, что изжога с разной частотой и степенью выраженности отмечали 49,6% респондентов. Диагностически значимая изжога и/или регургитация с частотой 1 раз в неделю и более в течение последних 12 месяцев выявлена у 139 (9,9%) респондентов.

Основным клиническим проявлением ГЭРБ у респондентов была изжога – 128 человек (92,1%), у 106 респондентов (76,2%) она значительно снижала качество жизни. Частота возникновения изжоги коррелировала со степенью снижения качества жизни ($r = 0,24$, $p < 0,05$).

По данным опроса, респондентов часто беспокоили также и другие типичные проявления ГЭРБ. Ощущение кислоты и/или горечи в горле испытывали 77 человек (60,4%), чувство жжения за грудиной – 84 человека (60,4%), отрыжку воздухом с разной частотой ощущали 86 человек (61,9%), дисфагию – 46 человек (33,1%), одинофагию – 15 человек (10,8%), боль или тяжесть в эпигастриальной области – 103 человека (74,1%), тошноту 94 человека (67,6%) (рис. 1).

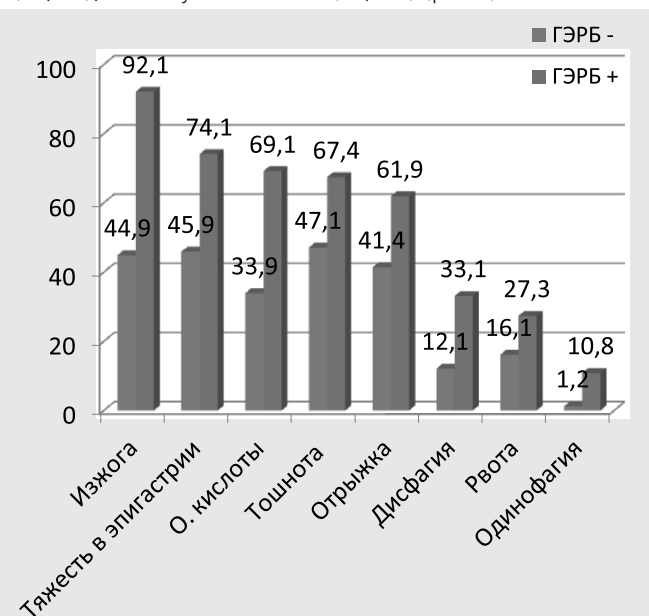


РИС. 1.

Распространенность основных симптомов у респондентов в зависимости от признаков ГЭРБ. * - $p < 0,05$.

Икота с различной частотой отмечалась у 701 респондента (50,1%). В большинстве случаев это была редкая икота

(в сумме менее 3 месяцев за год), которая беспокоила 612 респондентов (43,7%), причем чаще она возникала у респондентов, не имеющих признаков ГЭРБ. В то же время частая икота (в сумме более 3 месяцев за год) чаще беспокоила респондентов с признаками ГЭРБ (10,1%), чем у респондентов без этих признаков (6,0%) ($\chi^2 = 3,41$; $p=0,0651$).

Возникновение рвоты отметил 241 респондент (17,2%), причем рвоту с кровью отмечали 13 человек (0,9%), рвоту с примесью желчи – 117 человек (8,4%). Распространенность данного симптома была достоверно выше среди лиц с признаками ГЭРБ, чем среди лиц без таковых (рис. 2).

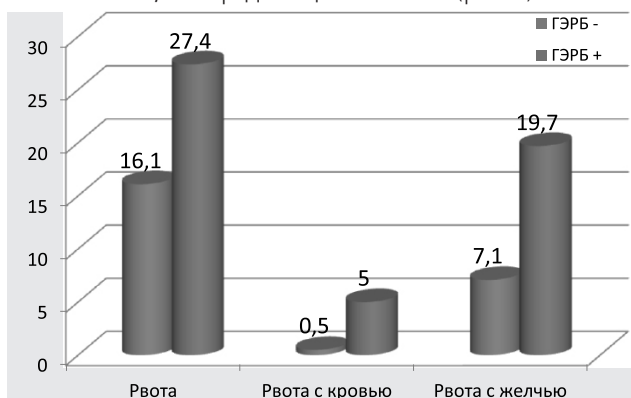


РИС. 2.
Распространенность и особенности рвоты среди респондентов в зависимости от наличия признаков ГЭРБ. * - $p<0,05$.

У части респондентов имели место симптомы, которые могли быть рефлюксассоциированными [10–12]: изменение голоса, хронический кашель, бронхолегочные заболевания и заболевания ЛОР-органов.

Изменение голоса отмечали 418 человек (29,9%), причем редко (в сумме менее 3 месяцев за год) – у 345 человек (31,1%) и часто (в сумме более 3 месяцев за год) – у 73 человек (5,2%). Сравнительный анализ распространенности данного симптома в зависимости от наличия у респондентов признаков ГЭРБ достоверной разницы не выявил (рис. 3).

Кашель беспокоил 817 (58,4%), редкий кашель (в сумме менее 3 месяцев за год) отмечали 640 (45,7%) и частый кашель (в сумме более 3 месяцев за год) – 117 (12,6%) респондентов. Частота возникновения данного симптома, по данным опроса, не зависела от наличия у респондентов признаков ГЭРБ (рис. 3).

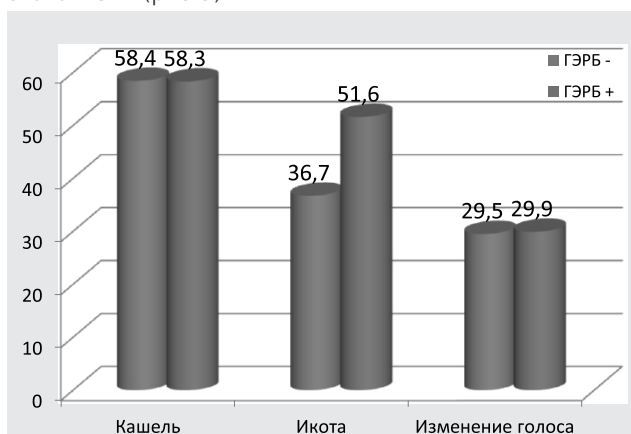


РИС. 3.
Распространенность рефлюксассоциированных симптомов среди респондентов в зависимости от признаков ГЭРБ.

Такие дополнительные исследования, как суточная внутрипищеводная pH-метрия с помощью прибора «Гастроскан 24» и эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), проведены 27 больным с жалобами на частый кашель при отсутствии типичных для ГЭРБ симптомов. Степень поражения слизистой оболочки пищевода (СОП) по данным ЭФГДС оценивали с помощью классификации рефлюкс-эзофагита (Savary-Miller). По результатам внутрипищеводного pH-мониторинга, патологические ГЭР выявлены у 17 человек (62,9%). У 1 больного (3,7%) при проведении эндоскопического исследования диагностировано поражение СОП (1-я степень по Savary-Miller). Таким образом, включение в план обследования пациентов с хроническим кашлем внутрипищеводной pH-метрии и ЭФГДС позволяет своевременно диагностировать кашель рефлюксной природы и правильно определить дальнейшую тактику ведения таких пациентов.

Заболевания ЛОР-органов имелись у 432 опрошенных (30,8%). Ларингит встречался у 77 (5,5%), хронический фарингит – у 183 (13,1%), другие заболевания ЛОР-органов – у 171 (12,2%) респондента. Распространенность этих заболеваний среди респондентов, имеющих признаки ГЭРБ, была несколько выше, чем среди респондентов без признаков заболевания (рис. 4).

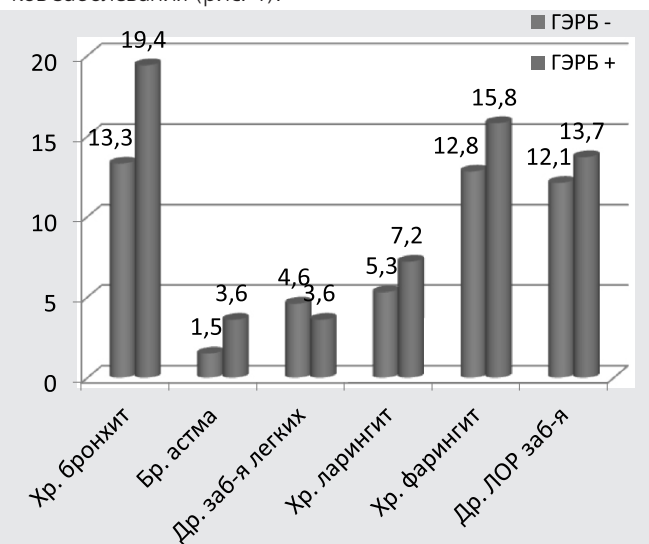


РИС. 4.
Распространенность некоторых заболеваний среди респондентов. * - $p<0,05$.

22 человека из числа опрошенных (1,6%) страдали бронхиальной астмой. У респондентов с признаками ГЭРБ она встречалась чаще (5 чел; 3,4%), чем у респондентов, не имеющих признаки ГЭРБ, (17 чел.; 1,3%) ($\chi^2 = 4,09$; $p=0,0430$).

13,9% (195 человек) всех опрошенных имели в анамнезе хронический бронхит. Среди респондентов с наличием признаков ГЭРБ хронический бронхит встречался в 19,4% случаев (27 человек), среди остальных – в 13,3% случаев (168 человек) ($\chi^2 = 3,89$; $p=0,0486$). Другие заболевания бронхолегочной системы имели 63 человека (4,5%), распространенность которых не зависела от наличия у респондентов симптомов, характерных для ГЭРБ (рис. 4).

Согласно результатам опроса, частота возникновения боли за грудиной у респондентов была различной. В большинстве случаев боль за грудиной возникала редко: у 132 человек

(36,73%) – менее одного раза в месяц, у 63 (17,5%) – 1 раз в месяц и у 73 (20,3%) – несколько раз в месяц. Частые боли за грудиной отмечало меньшее количество испытуемых: у 32 респондентов (8,9%) боли возникали 1 раз в неделю, у 6 респондентов (1,7%) – несколько раз в неделю.

При сопоставлении частоты возникновения кардиальных проявлений и наличия типичных признаков ГЭРБ выявлено, что загрудинные боли более распространены у респондентов, имеющих частую изжогу и/или регургитацию. Достоверная разница выявлена для болей за грудиной, с частотой возникновения от 1 раза в месяц до нескольких в неделю (рис. 5), что дает основание предположить влияние патологических ГЭР на возникновения болевых ощущений за грудиной у респондентов.

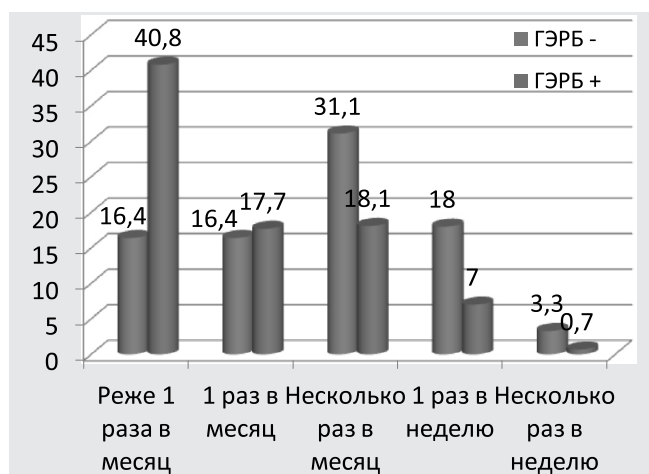


РИС. 5.
Частота возникновения болей за грудиной у респондентов в зависимости от признаков ГЭРБ. * - $p < 0,05$.

Части респондентов ($n=31$) с частыми болями за грудиной и отсутствием в анамнезе ИБС проведено ЭФГДС и одновременное суточное мониторирование внутрипищеводной pH и ЭКГ с помощью прибора «Гастрокардиомонитор». По результатам суточного мониторинга внутрипищеводного значения pH и ЭКГ патологические ГЭР выявлены у 24 человек (77,4%), эпизоды нарушений ритма зарегистрированы в 58,0% случаев. При проведении корреляционного анализа у 20 человек (64,5%) выявлена зависимость между эпизодами боли за грудиной и ГЭР ($r=0,23$, $p<0,05$), у 14 человек (45,2%) – между эпизодами нарушения ритма и ГЭР ($r=0,24$, $p<0,05$). Полученные данные позволили не только диагностировать ГЭРБ, но и подтвердить рефлюксное происхождение загрудинной боли, выявить рефлюкс-ассоциированные эпизоды нарушений ритма.

У большинства опрошенных с признаками ГЭРБ выявлены факторы, предрасполагающие к рефлюксу желудочного и дуоденального содержимого в пищевод: 23 человека (16,5%) отмечали в анамнезе прием лекарственных препаратов, понижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (нитраты, β -блокаторы, спазмолитики, седативные препараты), у 27 человек (19,4%) имелась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, у 37 человек (26,6%) – ожирение, у 49 человек (35,3%) – хронический запор.

Результаты анкетирования выявили низкую обращаемость респондентов, имеющих признаки заболевания, за

медицинской помощью. Всего к врачу с жалобами на изжогу, ощущение кислоты или горечи в горле, срыгивание обращались 125 респондентов (8,9%): 80 человек (6,3%) без признаков ГЭРБ и 45 с признаками ГЭРБ (32,4%). Среди респондентов с признаками ГЭРБ более 10 раз в течение года по поводу изжоги обращались 5 человек (3,6%), от 6 до 10 раз – 1 человек (0,7%), от 3 до 5 раз – 13 человек (9,4%) и 1–2 раза – 26 человек (18,7%) (рис. 6).

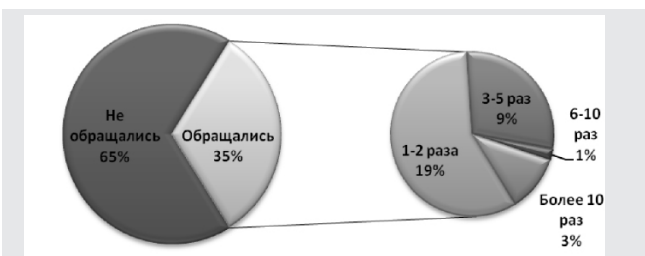


РИС. 6.
Частота обращений респондентов к врачу по поводу симптомов ГЭРБ (%).

Заключение

Проведенное исследование показало, что ГЭРБ является широко распространенным заболеванием среди жителей г. Саранска, нередко проявляющееся развитием не только типичных пищеводных симптомов и осложнений, но и атипичных проявлений, протекающих под «маской» кардиологических, бронхолегочных, отоларингологических заболеваний.

Наиболее распространенными атипичными симптомами ГЭРБ являются боли за грудиной и хронический кашель. Для ранней диагностики ГЭРБ у больных с хронической бронхолегочной патологией в комплексном обследовании целесообразно использовать суточную внутрипищеводную pH-метрию, а у больных с симптомом боли за грудиной – одновременный мониторинг внутрипищеводной pH и ЭКГ.

Врачам разных специальностей необходимо помнить о наличии клинических «масок» ГЭРБ и в диагностическом поиске шире использовать методы, позволяющие выявить наличие патологических ГЭР и изучить состояние слизистой оболочки пищевода. Комплексный подход к анализу клинического варианта заболевания и его функциональных характеристик, разработки стратегии лечения и профилактики заболевания позволит улучшить результаты лечения больных.

МА

ЛИТЕРАТУРА

- Иваников И.О., Исаков В.А., Маев И.В. Рациональная диагностика и терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Тер. арх. 2004. № 2. С. 71-75.
- Рысс Е.С. Некоторые актуальные проблемы функциональной патологии пищевода. Гастроэнтерол. Санкт-Петербурга. 2002. № 1. С. 6-9.
- Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. № 6. С. 4-12.
- Исаков В.А., Иванова О.В., Цодикова О.М., Морозов С.В., Федюлов Д.С. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Диагностика, лечение, профилактика. Болезни органов пищеварения. 2004. С. 2.
- Маев И.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Эксперимент. и клин. гастроэнтерология. 2005. № 5. С. 55-6.
- DeMeester, DeMeester T.R., Bonavina L., Iacone C. et al. Chronic respiratory symptoms and occult gastroesophageal reflux. TR. Ann Surg. 1990. № 211. P. 337-45.

7. Dickman R., Fass R. The pathophysiology of GERD. Gastroesophageal reflux disease. Principles of disease, diagnosis, and treatment. /F.A. Grranderath, T. Kamolz, R. Pointher (Eds.). Wien - NY: Springer. 2006. P. 13-22.
8. B. van Pinxteren, Bonis P.A., Numan M.E. et al. Shortterm treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageai reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. Cochrane Database Syst. Rev. 2004. № 4. CD002095.
9. Bor S., Mandiracioglu A., Kitapcioglu G. et al. Gastroesophageal reflux disease in a low-income region in Turkey. Am. J. Gastroenterol. 2005. № 100. P. 759-765.
10. Wilson J.A. et al. Gastroesophageal reflux and posterior laryngitis. Ann. Otol. Rhinol Laryngol. 1989. № 98. Suppl. 6. P. 405-410.
11. Issing W.J., Tamber S., Folwaczny C., Reichel O. Diagnostic von refluxbedingten Beschwerden im HNO-Bereich mittels 2-Kanal-ph-Metrie. Laryngo-Rhino-Otol. 2003. № 5. P. 347-352.
12. Vaezi M.F., Richter J.E. Twenty-four-hour ambulatory esophageal pH monitoring in the diagnosis of acid reflux-related chronic cough. South Med. J. 1997. № 90. Suppl. 3. P. 305-311.