

В.Э. Кокорина

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), под которой понимают ретроградный ток содержимого желудка в пищевод, посвящено большое количество исследований, в основном направленных на диагностику и коррекцию ее пищеводных проявлений [1-3]. Проблема изучения связи возникновения патологии гортани с рефлюксом желудочного содержимого в настоящее время остается спорной среди ларингологов [3, 4]. Воздействие агрессивного желудочного и пищеводного содержимого на слизистую гортани и трахеи приводит к формированию как функциональных нарушений, так и стойких органических изменений [5, 6, 8].

В последнее время диагноз ГЭРБ устанавливается после проведения комплекса инвазивных и дорогостоящих методов исследования: эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), рентгеноконтрастного исследования пищевода, 24-часового pH-мониторинга, пищеводной манометрии [1, 2, 7].

Учитывая высокий уровень распространения патологии гортани среди оториноларингологических пациентов, актуальными являются исследования, направленные на разработку и внедрение в клиническую практику методик скрининговой диагностики сопутствующего рефлюкса желудочного содержимого.

Целью настоящей работы явилось адаптирование, установление валидности и внедрение в клиническую практику опросника «Индекс симптомов рефлюкса (ИСР)» и критериев эндоскопической диагностики ларингеальных проявлений ГЭРБ.

Материалы и методы

В отделении оториноларингологии МУЗ «Городская больница №2» г. Хабаровска за период с 2004 по 2006 г. находилось под наблюдением 176 пациентов с различной патологией гортани (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от заболевания гортани

Патология гортани	Кол-во больных	%
Постреанимационные рубцовые стенозы гортани трахеи	23	13,07
Хронический ларингит, лейкоплакия, дискератозы	65	36,9
Болезнь Гаяна-Рейнке	7	3,98
Ларингоспазм, функциональные дисфонии	35	19,89
Рак гортани	46	26,16
Всего	176	100

Резюме

Статья посвящена проблеме экспресс-диагностики заболеваний гортани, обусловленных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Автором предложены клинический опросник «Индекс симптомов гастроэзофаголарингеального рефлюкса (ИСР)» и критерии эндоскопической диагностики рефлюкс-ассоциированных ларингеальных изменений.

V.E. Kokorina

DIAGNOSTIC CRITERIA OF THE LARYNGEAL PATHOLOGY ASSOCIATED WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The article is devoted to the problem of the express diagnostics of larynx diseases caused by gastroesophageal reflux disease (GERD). The author offered clinical questionnaire of the Index Reflux symptoms (IRS) and diagnostics criteria of larynx endoscope changes associated with reflux.

Наибольшее количество наблюдений в исследуемой группе приходится на возраст 31-40 лет с преобладанием лиц женского пола во всех возрастах. Длительность основного заболевания составляла от 6 мес. до 9 лет. Большинство пациентов находились неоднократно на лечении по поводу основного заболевания гортани. Рецидивы заболевания возникали после окончания лечения в сроки от 2 нед. до 2 мес. Проходили курс антибактериального лечения 6 пациентов (3,4%) по поводу хронического бронхита — без эффекта. У 10 пациентов (6%) среди сопутствующих заболеваний был выставлен диагноз «бронхиальная астма».

Нами был переведен и адаптирован клинический опросник ИСР, впервые предложенный J.A. Koufman в 2001 г. Преимущество данной скрининговой методики заключается в отражении особенностей клинических симптомов ларингеального проявления ГЭРБ. Выраженность проявлений отражается в балльной системе. При набранной сумме баллов до 9 — рефлюкс желудочного содержимого в гортань и пищевод является сомнительным и может не учитываться при терапии данного пациента; при сумме баллов от 9 до 13 — диагноз ГЭРБ является вероятным и требует подтверждения

дополнительными клиническими методиками, при сумме выше 13 баллов — диагноз ГЭЛР расценивается как несомненный.

Результаты исследования

После проведения статистического анализа анкетных данных и подсчета суммы набранных баллов у 134 чел. (76,1%) сумма набранных баллов превышала 13, что, согласно разработанным J.A. Koufman критериям, позволило выставить диагноз ГЭРБ в этой группе как достоверный. У 22 чел. (12,5%) диагноз был выставлен как вероятный (сумма баллов от 9 до 13). И в 20 случаях (11,4%), при наборе менее 9 баллов, диагноз носил сомнительный характер.

При анализе жалоб, предъявляемых пациентами первых двух групп, жалобы на изжогу и регургитацию, типичные для ГЭРБ-пищеводной формы, встречаются редко — не более чем в 6% случаев. Появление подобной симптоматики в основном отмечается в дневное время суток при вертикальном положении тела, что также кардинально отличается от типичных форм ГЭРБ. Пациенты с гастроэзофаголарингеальным рефлюксом предъявляли жалобы преимущественно на охриплость голоса, ощущение «комка», инородного тела в глотке, стекание слизи по задней стенке глотки, рецидивирующий кашель.

Для установления валидности ИСР пациентам с достоверным и вероятным диагнозом ГЭЛР были проведены дополнительные клинические методики, направленные на верификацию рефлюкса: консультация гастроэнтеролога, рентгеноскопия пищевода и эндоскопическое обследование пищевода с гистологическим исследованием слизистой оболочки.

При рентгенологическом обследовании у 25 чел. (14,2%) была диагностирована хиатальная грыжа. Эндоскопическое обследование пищевода выявило дисфункцию нижнего пищеводного сфинктера у пациентов, предъявляющих жалобы на изжогу. Имеющиеся анатомические нарушения нижнего пищеводного сфинктера в половине случаев сопровождались дисфункцией перистальтики пищевода и морфологическими признаками эзофагита. Подобный высокий уровень распространения дисфункции перистальтики пищевода, вероятно, связан с длительной экспозицией соляной кислоты. Признаки эзофагита при исследовании пищевода были выявлены у 58 пациентов (32,95%). При рентгеноскопии пищевода рефлюкс был подтвержден у 44 пациентов (25%).

Таким образом, результаты гастроэнтерологического обследования с применением ряда тестов для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни были положительными у 127 пациентов (71,2%). Полученные данные инструментального исследования о распространности гастроэзофаголарингеального рефлюкса среди пациентов с патологией гортани практически совпали с данными, полученными при проведении скринингового тестирования опросником «Индекс симптомов рефлюкса (ИСР)» — 134 пациента (76,1%), что подтверждает валидность предложенной методики.

При осмотре гортани (непрямая, прямая ларингоскопия, фиброларингоскопия) пациентов с подтвержденной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, несмотря

Таблица 2

Проявление клинических симптомов

Симптом	Баллы					
Охриплый голос или проблемы с голосом	0	1	2	3	4	5
Необходимость «очистить горло», откашляться	0	1	2	3	4	5
Стекание слизи по задней стенке глотки	0	1	2	3	4	5
Затруднение при глотании жидкости еды, лекарств	0	1	2	3	4	5
Появление кашля после еды и при вертикальном положении тела	0	1	2	3	4	5
Внезапные эпизоды затрудненного дыхания	0	1	2	3	4	5
Приступы беспокоящего кашля	0	1	2	3	4	5
Ощущение комка в горле	0	1	2	3	4	5
Изжога, боль за грудиной, ощущение, что желудочная кислота поднимается вверх	0	1	2	3	4	5

Примечания. 0=не беспокоит, 5=серьезная проблема

на различные виды сформированной патологии гортани, мы отметили комплекс сходных по локализации и степени выраженности изменений:

1. Гипертрофия слизистой оболочки межчерпаловидной области.
2. Диффузный отек слизистой всех этажей гортани.
3. Гиперемия слизистой межчерпаловидной области.
4. Отек голосовых складок.
5. Гиперемия подскладкового отдела гортани.

Выраженность каждого из предложенных признаков мы выражали в баллах от 0 (отсутствие) до 5 (выраженные изменения). При сумме баллов более 20 существует большая вероятность ГЭРБ ассоциированного поражения гортани, что является показателем для направления пациента на консультацию к гастроэнтерологу.

Выводы

1. Таким образом, адаптированный нами клинический опросник «Индекс симптомов рефлюкса (ИСР)» может широко использоваться в клинической практике, не требуя финансовых затрат.

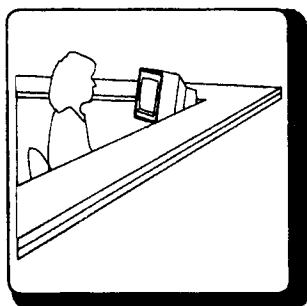
2. Своевременная диагностика рефлюкса желудочного и дуоденального содержимого в гортань при применении предложенных эндоскопических критериев и опросника «Индекс симптомов рефлюкса (ИСР)» позволяет в минимальные сроки, скорректировав терапию, повысить показатели реабилитации пациентов с патологией гортани.

Л и т е р а т у р а

1. Калинин А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. // Рус. мед. журнал. 1996. Т.4. №3. С. 144-148.
2. Рощина Т.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных с бронхиальной астмой: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. 165 с.
3. Рысс Е.С., Фишзон-Рысс Ю.И. // Терапевт. архив. 1994. Т.66. №2. С. 80-83.

4. Allison P. // Surg. Gyn. Obstet. 1951. Vol. 92. P. 419-431.
5. Anvari M. // Surg. Endosc. 1996. Vol. 10. P. 199-201.
6. Bonavina L., Evander T., De Meester et al. // Amer. J. Surg. 1986. Vol. 151, № 1. P. 25-34.

7. Koufman J.A. // Laryngoscope (Suppl. 53). 1991. Vol. 1, P. 1-78.
8. Kuhn J. Toohill R.J., Uvuulp S.O. et al. // Laryngoscope. 1998. Vol. 108, P. 1146-1149.



УДК 340.264.2 : 617.54 - 001-07

А.И. Авдеев, С.В. Козлов

ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТРАВМЫ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ ВНУТРИ САЛОНА АВТОМОБИЛЯ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск*

Значимость проведения судебно-медицинской экспертизы смертельной травмы внутри салона автомобиля в настоящее время все более возрастает, а дифференциальная диагностика и установление лица, управлявшего автомобилем в момент дорожно-транспортного происшествия (особенно в случае смертельной травмы), представляется одной из наиболее сложных и актуальных проблем судебной медицины. В ходе расследования уголовных дел, как следственным путем, так и при помощи проведения судебно-медицинских и автотехнических экспертиз, необходимо установить местонахождение погибших в салоне автомобиля в момент дорожно-транспортного происшествия [3].

Повреждения людей в салоне автомобиля обычно возникают в результате столкновения автомобиля с другим транспортным средством или с неподвижными предметами, а также при опрокидывании автомобиля или его падения с высоты. Резкое снижение скорости автомобиля или его внезапная остановка приводят к смещению пассажиров и водителя в силу инерции вперед и вверх, что способствует соударению головы водителя о потолок, ветровое стекло и выступающие части салона автомобиля, кроме того, происходит удар грудной клеткой и (или) животом о рулевое колесо. Наружные повреждения при данном виде травмы локализуются, как правило, на передней поверхности тела. Водитель при дорожно-транспортном происшествии находится в более выгодном положении, так как его внимание сконцентрировано, а тело более фиксировано упором на педали и рулевое колесо, особенно в последние мгновения перед аварией. Пассажиры находятся преимущественно в отно-

сительно расслабленном состоянии и не всегда успевают понять происходящее и вовремя сконцентрироваться, что ведет к более легкому их смещению по направлению к травмирующим предметам [1]. Это обусловлено тем, что частота смертельных повреждений у водителей и пассажиров неодинакова, пассажиры переднего сиденья погибают в 7 раз чаще водителей и 5,5 раза чаще пассажиров заднего сиденья [5].

На локализацию и характер повреждений оказывает влияние расположение и форма частей салона, скорость движения автомобиля, масса и положение тела пострадавшего и другие факторы. Чем больше скорость движения автомобиля и внезапнее остановка, тем выше сила инерции, а следовательно, и сила удара тела человека о части салона [1, 3-5].

Дифференциальная диагностика травмы лиц, находившихся внутри салона автомобиля в момент дорожно-транспортного происшествия при невыясненных обстоятельствах, представляет значительные трудности [3, 4]. Поскольку одной из основных задач судебно-медицинской экспертизы дорожно-транспортного происшествия является реконструкция событий и установление точного местонахождения лиц в салоне автомобиля, мы поставили перед собой задачу изучить особенности повреждения груди, определить диагностические признаки и их коэффициенты, составить таблицы для дифференцировки рассматриваемых видов травм.

Материалы и методы

Нами было изучено 100 трупов лиц, погибших в салонах автомобилей, из них 50 были лица, управлявшие