



УДК: 616. 22-002: 616. 329

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЮ

В. Э. Кокорина

THE CLINICAL PECULIARITIES OF ENT DISEASE ASSOCIATED WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

V. E. Kokorina

ГОУ ВПО Дальневосточный медицинский университет, г. Хабаровск
(Ректор – проф. В. П. Молочный)

В статье автор анализирует влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на течение заболеваний ЛОР-органов. Разработан алгоритм диагностики рефлюкс-индуцированной патологии ЛОР-органов. Проанализирована динамика ЛОР-заболеваний после проведения коррекции ГЭРБ.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностические критерии, транскраниальная электростимуляция.

Библиография: 9 источников.

In the article the author analyze the connection between gastroesophageal reflux disease and pathology of ENT-organs. The author offered clinical diagnostics criteria of reflux associated ENT-disease. Also, was done the analysis of dynamic of clinical evaluation of GERD associated pathology of after GERD treatment.

Key words: gastroesophageal reflux disease, ENT manifestation, diagnostic criteria, transcranial electrostimulation.

Bibliography: 9 sources.

Проблема изучения связи возникновения патологии ЛОР-органов с рефлюксом желудочного содержимого в настоящее время остается спорной среди оториноларингологов [2,7,4]. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в настоящее время является наиболее частым заболеванием органов пищеварения [1, 9]. Традиционно считается, что изжога и отрыжка кислым являются наиболее характерными симптомами этого заболевания. Однако у некоторых больных клиническая картина ГЭРБ может быть нетипичной и проявляться бронхолегочной, кардиальной, стоматологической и оториноларингологической симптоматикой [3, 7, 8].

Возникновение оториноларингологических проявлений ГЭРБ во многом объясняется взглядом на это заболевание как на патологию, первично вызванную нарушением моторики пищевода и желудка [2]. Мышцы глотки и, особенно, ее гортанного отдела при нарушении своего тонуса способствуют высоким рефлюксным эпизодам с забросом агрессивного желудочного содержимого до уровня носоглотки и полости среднего уха [5, 7].

К рефлюкс-индуцированным поражениям ЛОР-органов относят изменения со стороны полости носа, глотки, слуховой трубы [6, 7, 8]. Наиболее часто патологический заброс желудочного содержимого приводит к формированию патологии гортани – рефлюкс-ларингитов, globus Pharyngeus, хронического кашля, ларингеальных и трахеальных стенозов, ларингеальной карциномы [4, 5].

Причины возникновения внепищеводной, в частности оториноларингологической симптоматики, связывают с двумя механизмами. Агрессивные компоненты, попадающие в пищевод при забросе, стимулируют хеморецепторы дистального отдела пищевода, в ответ на эту стимуляцию развивается ваго-вагальный рефлекс. В результате этого рефлекса, как



правило, развивается ларингоспазм. Имеет место и непосредственное патогенное воздействие рефлюкса, когда вследствие высоких рефлюксных эпизодов рефлюксат напрямую поражает слизистую оболочку глотки, гортани, полости носа и слуховой трубы [5, 7, 9].

Ряд исследований подчеркивали, что хроническая патология ЛОР-органов способствует прогрессированию ГЭРБ, так как хронические заболевания глотки и гортани, вызывают раздражение слизистой оболочки у места перехода гортаноглотки в пищевод, способствуя изменениям в частоте глотательных движений, что снижает клиренс пищевода [2, 7]. Однако в последние годы появляется все больше работ, подтверждающих то, что сама хроническая ЛОР-патология у многих пациентов сформировалась, как следствие ГЭРБ [7, 9]. Причем у этих пациентов отмечается особый вариант гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – оториноларингологическая форма [7]. Подобный вариант течения ГЭРБ часто недооценивается врачами, что приводит к ошибкам в диагностике и недостаточно эффективному лечению заболеваний ЛОР-органов [3, 5].

Целью настоящей работы являлось установление частоты распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни среди пациентов с ЛОР-заболеваниями и оценка эффективности различных методик лечения рефлюкс-индуцированной ЛОР-патологии.

Пациенты и методы

Рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование основано на анализе результатов обследования и лечения 678 пациентов с различной патологией ЛОР-органов с неясной этиологией патологического процесса, находившихся на лечении в ЛОР-клинике МУЗ ГБ №2 г. Хабаровска за период с 2002 по 2009 год. Большинство из них уже неоднократно находились на обследовании и лечении в отделениях оториноларингологии, однако применяемые традиционные схемы терапии оказывались малоэффективны. У всех пациентов, принявших участие в работе, отсутствовали установленные очаги хронической инфекции, и данные о возможной аллергической этиологии сформировавшейся патологии ЛОР-органов, с отсутствием объективной причины для рецидивирования патологического процесса. Исследование проводилось после получения разрешения от локального этического комитета, с получением информированного согласия на участие в нем от каждого пациента.

Средний возраст больных $38,7 \pm 5,4$ лет с максимальным количеством наблюдений в возрастной период от 40 до 50 лет среди лиц мужского пола, что вероятно связано с нарушениями тонуса пищеводных сфинктеров на фоне погрешностей в питании, повышении массы тела. В возрастной период от 30 до 40 лет относительное преобладание лиц женского пола вероятно связано с беременностью и связанными с нею функциональными и гормональными перестройками организма: высокое стояние диафрагмы, значительное снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера под влиянием высокого уровня прогестерона.

Длительность основного заболевания составляла от 6 месяцев до 9 лет. Рецидивы заболевания возникали после окончания лечения в сроки от 2 недель до 2 месяцев.

Все пациенты с патологией ЛОР-органов наряду с оториноларингологическим, прошли комплексное обследование на предмет выявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В период до начала лечения и после его окончания в обследование пациентов входило заполнение клинического опросника индекса симптомов рефлюкса (ИСР), эндоскопическое исследование пищевода с биопсией слизистой оболочки, изучение секреторной функции желудка, 24-часовое двойное рН мониторирование и эзофагоманометрия. Удовлетворенность пациентов результатами лечения и качество их жизни по адаптированной визуально-аналоговой шкале по Савари-Миллеру оценивались спустя 15 дней; 3,6, 12 и 24 месяца.

Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование гортани, полости носа, глотки, комплексное аудиологическое обследование с проведением импедансометрии. Степень тяжести хронического ларингита оценивалась по шкале Williams [9]: 0 степень – отсутствие признаков воспаления, I степень (легкая) характеризовалась гиперемией и/или отеком в области черпаловидных хрящей и межчерпаловидного пространства, II степень (средней тяжести) – распространением гиперемии и/или отека за пределы области черпаловидных хрящей и межчерпаловидного пространства, III степень (тяжелая) – наличием



изъязвлений в области черпаловидных хрящей и межчерпаловидного пространства или распространением воспалительного процесса в подскладочный отдел гортани.

Результаты и обсуждение

Сопутствующий диагноз ГЭРБ был установлен у 398(58,7%) пациентов, из них: 329(75,6%) – с патологией гортани; 49(46,2%) человек – с патологией глотки; 9(12,3%) с патологией носа и ОНП; 11(17,2%) с патологией среднего уха и слуховой трубы.

Для изучения картины оториноларингологических манифестаций ГЭРБ и особенности течения ЛОРзаболеваний на фоне сопутствующей ГЭРБ остальные 280 пациентов с различной ЛОР патологией без ГЭРБ составили группу сравнения (табл.).

Таблица

Распределение больных основной и контрольной групп по характеру ЛОР-патологии

Возраст	Патология гортани	Патология глотки	Патология носа	Патология уха
Основная группа (n=398)	329 (75,6 %)	49 (46,2 %)	9 (12,3 %)	11 (17,2 %)
Контрольная группа (n=280)	106 (24,4 %)	57 (53,8 %)	64 (87,7 %)	53 (82,8 %)
Всего	435 (100 %)	106 (100 %)	73 (100 %)	64 (100 %)

В основной группе пациентов исследовалась эффективность различных методик лечения ГЭРБ и их влияния на ларингеальные ее проявления. В связи с этим, в основной клинической группе было выделено 4 подгруппы: I (n=110) – в которой применялось комплексное лечение (ингибиторы протонной помпы (ИПП) и сеансы транскраниальной электростимуляции – ТЭС); II (n=98)– с использованием монотерапии ТЭС; III (n=100)– с использованием монотерапии ИПП; IV– с приемом плацебо (N =90). Выделение больных в клинические подгруппы производилось путем случайной рандомизации.

У ряда пациентов основной группы комплексное оториноларингологическое обследование выявило сочетанную ЛОР-патологию. Так у большинства пациентов с патологией гортани выявлены признаки хронического фарингита и риносинусита, однако доминирующая ларингеальная симптоматика маскировала патологию других ЛОРорганов. Наибольшая распространенность ГЭРБ была отмечена среди пациентов с патологией гортани, что вероятно связано с анатомическими взаимоотношениями гортани и пищевода с аспирацией желудочного сока при каждом высоком рефлюксном эпизоде. В связи с этим, в данной статье проводится анализ динамики преимущественно заболеваний гортани при коррекции ГЭРБ.

При 24 часовой двойной рН-метрии у пациентов основной группы отмечено резкое увеличение общего числа кислотных высоких (достигающих проксимальных отделов пищевода) рефлюксов и числа рефлюксных эпизодов продолжительностью более 5 минут в отличие от группы сравнения. Увеличение показателей времени $pH < 4$ в вертикальном положении отмечалась у 290(73%) пациентов, при этом ацидификация при горизонтальном положении тела отмечалась преимущественно в проксимальном отделе пищевода в 327(82,1%), что фиксировалось модифицированным положением второго датчика. При анализе итогового параметра рН-метрии индекса De Meester в основной группе зарегистрировано достоверное увеличение индекса De Meester в отличие от группы контроля – ($p < 0,001$). Достоверной разницы с показателями второй группы отмечено не было.

При анализе функций пищеводных сфинктеров у пациентов основной группы было отмечено значительное снижение уровня давления покоя верхнего пищеводного сфинктера на фоне значительного повышения длительности его релаксации, и статистически значимое снижение величины фарингеального давления ($p < 0,01$).



У большинства пациентов основной группы 311(78,1%) в пробе по Г. И. Лукомскому на слизистой оболочке ЛОР-органов выявлялись участки, окрашенные в голубой цвет, что являлось прямым доказательством рефлюкса. Краситель преимущественно локализовался в области черпаловидных хрящей гортани и межчерпаловидного пространства – 264 (66,3%) в 112 (28,1%) случаях – в гортаноглотке (в области грушевидных синусов), у 63 (15,8%) – на слизистой оболочке задней стенки ротоглотки и на поверхности небных миндалин, и только у 32 (8%) больных следы красителя были обнаружены в носоглотке. В группе сравнения проба с метиленовым синим у всех пациентов была негативной. Отсутствие красителя опровергало возможную связь формирования заболеваний ЛОР-органов с патологическим забросом желудочного содержимого.

Пациенты, с подтвержденным диагнозом ГЭРБ, в течение трех месяцев получали ингибитор протонной помпы ежедневно в два приема с оценкой клинического эффекта, определением в динамике индекса симптомов рефлюкса и уровня качества жизни.

В связи с тем, что ведущим в клинической картине оториноларингологической формы ГЭРБ является характерный спектр жалоб (ощущение комка в глотке, ощущение стекания слизи по задней стенке глотки, эпизоды внезапного кашля), то именно их динамика при проведении антирефлюксной терапии оценивалась в основных исследуемых группах. Положительный эффект антирефлюксного лечения на клиническую картину заболеваний гортани косвенно подтверждал их этиологическую связь с забросом агрессивного желудочного содержимого на слизистую оболочку ЛОР-органов. Немедленный выраженный положительный эффект имел место при терапии ГЭРБ с применением ингибиторов протонной помпы (омепразол 40 мг в сутки), с коррекцией ЛОР-проявлений ГЭРБ у 71(78,8%) пациентов к концу трехмесячной терапии. Однако при монотерапии ИПП после прекращения приема препаратов через 3 месяца у 56 (62,2%) пациентов отмечается возобновление симптомов ГЭРБ, что определяет пожизненный прием заместительной фармакотерапии при данном виде коррекции рефлюкса.

При монотерапии ТЭС достоверное уменьшение симптомов ЛОР-формы ГЭРБ отмечается только через месяц у 56 (62,2%) после начала лечения. И только к концу второго месяца терапии положительную динамику с регрессом характерной симптоматики отметили 64 (71,1%) пациентов. Постепенный эффект от проводимых курсов ТЭС при ГЭРБ объясняется опосредованным эффектом увеличения продукции эндогенных эндорфинов. Наблюдение в течении года отметила сохранение стойкого эффекта от проведенной терапии у 52 (57,7%) пациентов.

При сочетании ТЭС-терапии с омепразолом и уже после первой недели терапии отмечалось значительное уменьшение выраженности основных симптомов при динамическом скрининговом тестировании. Раньше всего у пациентов I подгруппы исчезало ощущение комка в глотке и чувство стекания слизи по задней стенке глотки. Исчезновение симптомов ЛОР-проявлений ГЭРБ после трех месяцев сочетанной терапии отмечено у 78 (86,7%) пациентов I подгруппы. Стойкая ремиссия на протяжении года в данной подгруппе отмечена у 76 (84,4%) даже через один год после проведения курса терапии. Эффект ТЭС-терапии позволяет уже прекратить прием ингибиторов протонной помпы через два месяца терапии, и тем самым уменьшить фармакологическую нагрузку на организм, на треть сократить стоимость курса лечения. Положительный эффект в группе плацебо 23(25,5%) вероятно объясняется фактором самовнушения. Применение антирефлюксных оперативных вмешательств при рефлюкс-индуцированной патологии ЛОР-органов на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов V подгруппы позволило добиться стойкого положительного эффекта в 30 (78,9%) случаев уже через один месяц после выполнения вмешательства. В то же время, хирургическое лечение не позволяет воздействовать на верхний пищеводный сфинктер, играющий ведущую роль в этиопатогенезе оториноларингологической формы ГЭРБ, поэтому оно должно дополняться курсом транскраниальной электростимуляции для коррекции верхнего пищеводного сфинктера.



При осмотре гортани, по результатам фиброларингоскопии, у пациентов с подтвержденной ГЭРБ в основной группе I степень тяжести хронического ларингита установлена у 75(18,8%), II степень тяжести – у 125(31,4%), III степень тяжести – у 198 (49,7%). В группе сравнения I степень тяжести хронического ларингита установлена у 195 больных (69,6%), II степень тяжести – у 67 больных (23,9%), III степень тяжести – у 18 (6,4%). Повторное обследование с проведением фиброларингоскопии после проведенного в течение трех месяцев лечения ИПП в суточной дозе 40 мг установило наличие в первой группе 0 степени у 156 больных (39,1%), I степени тяжести хронического ларингита у 211 больных (53%), II степени тяжести – у 21(5,2%), III степень тяжести – у 10 (2,5%). В группе сравнения проведенный курс лечения препаратами ИПП распределения пациентов в зависимости от степени тяжести ларингитов не изменил.

Качество жизни пациентов по визуально-аналоговой шкале в основной группе до лечения пациентами оценивалось в среднем 8,9 баллов, после проведения курса антирефлюксной терапии этот показатель составил 4,5 балла. В группе сравнения подобная положительная динамика отсутствовала, и эти показатели составили соответственно 5,9–5,2 балла.

Выводы:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с патологическим забросом агрессивного желудочного содержимого может вызвать формирование различной патологии ЛОР-органов с преимущественным поражением гортани.
2. Применение препаратов из группы ингибиторов протонной помпы у пациентов с рефлюкс-индуцированной патологией гортани позволяет добиться стойкого положительного эффекта у 78,8% больных, однако в течение года рецидив заболевания был отмечен у 62,2% пациентов.
3. Монотерапия ТЭС дает положительный эффект у 71,1% пациентов с сохранением эффекта лечения до года у 52(57,7%) пациентов. Эффект от сочетанной терапии ТЭС и ингибиторами протонной помпы отмечен у 78 (86,7%) пациентов. Стойкая ремиссия на протяжении года в данной подгруппе отмечена у 76 (84,4%). Применение антирефлюксных оперативных вмешательств при грыже пищеводного отверстия диафрагмы позволяет добиться стойкого положительного эффекта в 78,9% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеенко С. А. Алгоритмы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Фарматека. – 2006. – №1 – С. 48–49.
2. Бронхолегочная и орофарингеальная патология и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / С. Г. Бурков [и др.] // Клин. перспект. гастроэнтерол. гепатол. 2007. 1: 35–41.
3. Belafsky P. C., Postma G. N., Koufman J. A. Validity and reliability of the Reflux Symptom Index (RSI) // J. Voice. 2002. 16: 274–277.
4. Cherry J., Margulies S. I. Contact ulcer of the larynx // Laryngoscope. 1968. 78: 1937–1940. 5. Chronic laryngitis associated with gastroesophageal reflux: prospective assessment of differences in practice patterns between gastroenterologists and ENT physicians / T. F. Ahmed [et al.] // Am. J. Gastroenterol. 2006. 101: 470–478.
5. ENT and GI specialists interpretation of possible reflux laryngitis-coalition or confusion? / D. A. Johnson [et al.] // Gastroenterology. 1992. 102: A91.
6. Koufman J. A. The otolaryngologic manifestation of reflux disease. A clinical investigation of 225 patients hour pH monitoring and an experimental investigation pepsin in the development of laryngeal injury // Laryngoscope. 1991. 101(Suppl. 53): 1–78.
7. Manifestations of gastroesophageal reflux and response to omeprazole therapy in patients with chronic posterior laryngitis: an evaluation based on clinical practice / V. Garrigues V. [et al.] // Dig. Dis. Sci. 2003. 48: 2117–2123.
8. Montreal definition and classification of Gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vaki [et al.] // Am. J. Gastroenterol. –2006. –V. 101. –P. 1900–1920.

Кокорина Виктория Эдуардовна

Кандидат медицинских наук,
доцент кафедры оториноларингологии ГОУ ВПО ДВГМУ
680000 г. Хабаровск ул. Муравьева-Амурского 35
тел. (4212) 30–60–99, e-mail: k_lor@mail.fesmu.ru