

УДК 616.329 – 072.1

Н.И. Шевченко, Н.А. Нестерова

Влияние гастроэзофагорейфлюксной болезни на развитие хронического ларингофарингита у лиц, работающих на железнодорожном транспорте

*НУЗ «Узловая больница на станции Уссурийск открытого акционерного общества «Российские железные дороги», Уссурийск
Контактная информация: Н.И.Шевченк, e-mail: peternag@mail.ru*

Резюме

Статья посвящена комплексному исследованию взаимосвязи ГЭРБ с хроническим фарингитом у работников железнодорожного транспорта. На основании исследования отоларингологических симптомов ГЭРБ и их подробного анализа автор приходит к выводу, что совместные усилия отоларингологов, гастроэнтерологов, диетологов, эндоскопистов могут улучшить качество жизни больным, страдающим ГЭРБ, привести к полному выздоровлению.

Ключевые слова: гастроэзофагеальный рефлюкс, ларингофарингеальный синдром.

N.I. Shevchenko, N.A. Nesterova

The influence of gastroesophageal reflux disease on the development of chronic laryngopharyngitis in workers of the railway transport

*"Nodal Hospital station Ussurijsk Open Joint Stock Company" Russian Railways, Ussurijsk
e-mail: peternag@mail.ru*

Summary

The article is devoted the complex research of relationship of GERD with chronic pharyngitis in workers of railway transport. Based on the research otolaryngology symptoms of GERD and their detailed analysis the author comes to the conclusion, joint efforts of otolaryngologists, gastroenterologists, nutritionists, endoscopists can improve the quality of life of patients who suffer from GERD and lead to complete recovery.

Key words: gastroesophageal reflux disease, laryngofaringealny syndrome

Введение

Гастроэзофагорейфлюксная болезнь (ГЭРБ) в течение последних десятилетий является медико - социальной

проблемой, так как при заболеваниях в среднем 40-45% жителей индустриально развитых стран отмечают ведущий симптом ГЭРБ - периодически возникающую изжогу. Например:

Управление качеством медицинской помощи Н.И. Шевченко, Н.А. Нестерова 2
Сельское здравоохранение: особенности функционирования, дифференцированный подход ...
в США около 45% жителей испытывают изжогу не менее одного раза в месяц, а примерно 7%- ежедневно среди жителей различных регионов России. В России распространенность ГЭРБ составляет 40-60% [1, 3].

ГЭРБ - хроническое рецидивирующее заболевание, обладающее характерными пищеводными и вне пищеводными проявлениями и разнообразными морфологическими изменениями слизистой пищевода, вызванные ретроградным забросом в него желудочного и желудочно-кишечного содержимого. Непосредственной причиной ГЭРБ является гастроэзофагеальный рефлюкс. ГЭР - это непроизвольный заброс желудочного или желудочно-кишечного содержимого в пищевод. Различают две формы рефлюкса-физиологический ГЭР, не вызывающий эзофагит, и патологический ГЭР, который ведет к повреждению слизистой пищевода с развитием рефлюкс эзофагита [1, 3].

В настоящее время ГЭРБ рассматривают как заболевание, связанное с нарушением моторики пищевода и желудка. Ведущее место в патогенезе ГЭРБ принадлежит ослаблению функции антирефлюксного барьера нижнего пищеводного сфинктера в связи со снижением его тонуса или повышением эпизодов его спонтанного расслабления. Другими факторами развития заболевания явля-

ются нарушение химического и объемного клиренса пищевода, т.е. способности его к самоочищению от кислотного содержимого желудка, а также повреждающее действие на слизистую оболочку самого желудочного рефлюктанта (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты). Развитию ГЭРБ способствует: ожирение, стресс, повышение внутрибрюшного давления (при беременности), длительное вынужденное положение тела, особенности питания (употребление жирной пищи, алкоголя, шоколада, напитков, содержащих кофеин), применение лекарственных препаратов, снижающих тонус гладких мышц (нитраты, блокаторы кальциевых каналов, β адренергические средства, теофиллин и др.)

Клинические проявления ГЭРБ разделяются на пищеводные и внепищеводные. К пищеводным относят: изжогу, отрыжку, срыгивание, боль в эпигастрии или за грудиной, дисфагию, одинофагию. Изжога наиболее характерный симптом, встречающийся у 83% больных, вследствие длительного воздействия желудочного содержимого ($\text{pH} < 4$), усиливающийся в результате изменения положения тела (наклон вперед, лежа). Реже встречаются такие симптомы как чувство тяжести, переполнения желудка, раннего насыщения, вздутие живота после приема пищи.

Внепищеводные (атипичные) симптомы в основном представлены жалобами, свидетельствующими о вовлечении в процесс бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем и лор-органов.

К бронхолегочным проявлениям относят хронический кашель, особенно в ночное время, обструктивную болезнь легких, пневмонии, пароксизм ночного апноэ. Многочисленные зарубежные и отечественные исследования показали повышение риска заболевания бронхиальной астмой, а также тяжести ее у больных с ГЭРБ, что вызвано развитием бронхоспазма из-за микроаспирации и нейрорефлекторного характера. К кардиоваскулярным проявлениям ГЭРБ относят боли в грудной клетке, подобные стенокардитическим, возникающие вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторичного эзофагоспазма)

Признаками ГЭРБ при ларингофарингеальном синдроме могут быть: функциональная дисфония, грубый лающий кашель, ларингит, редко ларингеальный круп, язвы, гранулемы, полипы голосовых связок, подглоточный стеноз гортани, рак гортани, средний отит, оталгии, ринит, ощущение комка в горле [1, 3].

Говоря о ларингофарингеальных проявлениях рефлюксной болезни, следует сказать, что изменения слизистой оболочки глотки и гортани встречаются у пациентов с ГЭРБ в 1,5-2 раза чаще, чем у пациентов без таковой. Наиболее частой формой поражения служит *laryngitis posterior*, так называемый задний ларингит, при котором ларингоско-

пически в области задней трети голосовых связок обнаруживают отек, гиперемию, эрозии и воспалительные гранулемы.

В основе этих клинических симптомов и патологических состояний лежит заброс из желудка в пищевод. Чувство комка в горле появляется компенсаторно при повышении тонуса верхнего пищеводного сфинктера. Причиной ларингита является эзофагофарингеальный рефлюкс, присоединяющийся к дистальному пищеводному рефлюксу. Как осложнение кислотозависимого состояния у некоторых больных описано возникновение подглоточного стеноза вследствие развития рубцовой ткани в ответ на повреждение слизистой оболочки гортани, что приводит к появлению стридорозного дыхания.

Эти патологические состояния, ассоциированные с ГЭРБ, как правило, диагноз исключения. Они могут быть установлены при проведении специфических исследований в ларингологии без получения подтверждения наличия патологических изменений. Диагноз ГЭРБ подтверждается исследованиями для выявления ГЭР и проведением курса лечения антисекреторными препаратами, на фоне которых исчезают или уменьшаются клинические симптомы.

Отоларингологические симптомы ГЭРБ наиболее многочисленны и разнообразны [2]. К ним относят ощущение боли, кома, инородного тела в глотке, першение, желание «прочистить горло», охриплость, приступообразный кашель. Кроме того ГЭРБ может

Управление качеством медицинской помощи Н.И. Шевченко, Н.А. Нестерова 4
Сельское здравоохранение: особенности функционирования, дифференцированный подход ...
являются причиной рецидивирующих синуситов, средних отитов, фарингитов, ларингитов, не поддающихся стандартной терапии. В то же время у многих больных ГЭРБ протекает не типично, что вызывает трудности в постановке диагноза, так и ошибки в терапии. Большинство этих больных обращаются к отоларингологам или терапевтам с жалобами, характерными для хронической отоларингологической, кардиальной или бронхопульмональной патологии, при этом у них отсутствуют жалобы на изжогу, регургитацию, боли в сердце и другие, позволяющие заподозрить ГЭРБ. Это связано с наличием другой формы заболевания, получившей название фаринголарингеальный рефлюкс, причиной которого является ГЭР, проникающий проксимально через верхний пищеводный сфинктер

Эпителий глотки и гортани наиболее чувствителен к повреждающему действию желудочного секрета и менее защищен в сравнении с эпителием пищевода. Существование физиологического барьера защищает верхние дыхательные пути от повреждающего действия рефлюкса: нижний пищеводный сфинктер, клиренс пищевода, тканевая резистентность пищевода, верхний пищеводный сфинктер, а также наличие в пищеводе фермента карбоангидразы, который практически отсутствует в горта-

ни. В результате кислое содержимое, находясь в глотке и гортани, практически не инактивируется. В связи с этим ГЭР, проникает через верхний пищеводный сфинктер, никогда не будет считаться физиологическим, поэтому даже один эпизод снижения pH < 4 в гортаноглотке диагностируется как фаринголарингеальный рефлюкс [4, 5, 6].

Цель: выявить взаимосвязь ГЭРБ с хроническим фарингитом у работников железнодорожного транспорта.

Методы и материалы

За прошедшие три года проведено ЭГДС 82 пациентам. Все они были направлены на ЭГДС врачами отоларингологами с диагнозом хронический фарингит, исключить ГЭРБ. Среди них были больные с различными формами фарингита: гипертрофический, катаральный, грануляционный, атрофический и боковой, неясной этиологии. Всем пациентам указанной группы, было проведено лечение хронического фарингита противовоспалительными средствами, антисептическими, антибактериальными, иммуномодулирующими и физиотерапевтическое лечение. Поводом для направления на ЭГДС врачом отоларингологом было отсутствие эффекта от проводимой терапии.

В работе мы использовали классификацию, принятую на X Всемирном съезде гастроэнтерологов в 1994 году в Лос-Анджелесе:

- не эрозивная рефлюксная болезнь (эндоскопически негативная ГЭРБ);

- эрозивная рефлюксная болезнь (эндоскопически позитивная рефлюксная болезнь)

КЛАСС А - изолированные эрозии $d < 5$ мм, т.е. ограниченные пределами складки слизистой оболочки;

КЛАСС В - одна (или более) эрозивных поражений слизистой оболочки между двух складок;

КЛАСС С - поражение слизистой оболочки, распространяющееся на две или более складок, но занимающее менее 70% окружности пищевода;

КЛАСС Д - эрозивное поражение слизистой оболочки на 75% и более окружности пищевода;

- осложнения ГЭРБ - язва, стриктура, пищевод Барретта.

Обсуждение результатов

По возрастному составу всех 82 пациентов можно было распределить следующим образом: в возрасте 26-35 лет обследовано 12 человек (14,63%); 36-45 лет - 28 человек (34,15%); 46-55 лет - 38 человек (46,34%); 56-65 лет - 4 пациента (4,88%).

Абсолютное большинство в обследуемой группе составили пациенты трудоспособного возраста (95,21%); около половины (46,34%) - в возрасте 46-55 лет. Менее всего было лиц старше 56 лет (диаграмма 1). Из 82 пациентов 41,46%

или 34 пациента - женщины и 58,54% или 48 пациентов - мужчины,

После проведенной ЭГДС в контрольной группе у 5 пациентов (6,1%) патологии в пищеводе не выявлено, а также отсутствовала клиническая симптоматика ГЭРБ; у 14 человек (17,1%), имевших жалобы на периодическую изжогу выявлена не эрозивная рефлюксная болезнь (эндоскопически негативная). Далее с эрозивными поражениями слизистой оболочки получены следующие результаты:

КЛАСС А - 15 человек - 18,3%;

КЛАСС В - 20 человек - 24,4%;

КЛАСС С - 19 человек - 23,2%;

КЛАСС Д - 6 человек - 7,3%.

Осложнения ГЭРБ, как с одной, так и более язвами пищевода выявлено у двоих пациентов (2,4%); стриктур в контрольной группе не выявлено; пищевод Барретта - у одного пациента (1,2%).

На основе этих наблюдений можно сделать выводы, что у большей части больных с различными формами хронического фарингита, работающих на железнодорожном транспорте при эндоскопии выявлены эрозивные формы ГЭРБ.

Каждому второму пациенту контрольной группы (48 человек - 58,5%) у которого выявлены различные степени ГЭРБ, эндоскопистом были сделаны дополнительное обследование на глубокий кандидоз слизистой. Визуальных эндоскопических признаков кандидоза у них не выявлено, но был сопутствующий длительный кашель, резистентный к ле-

Управление качеством медицинской помощи Н.И. Шевченко, Н.А. Нестерова 6
Сельское здравоохранение: особенности функционирования, дифференцированный подход ...
чению, сахарный диабет, различные формы аллергозов, ослабление иммунитета, проявляющееся частыми простудными заболеваниями.

У четырех (8,3%) пациентов этой группы цитологических проявлений кандидоза не выявлено, у 44 больных (91,7%) в мазках выявлены многочисленные нити мицелия, споры *Candida* с активным почкованием. Контрольное обследование на кандидоз после лечения антифунгицидными препаратами, Н₂ блокаторами из 48 человек проведено 29 (60,4%) пациентам.

После лечения в мазках патологии не выявлялось или были одиночные обрывки мицелия *Candida*. Только у двух пациентов выявлены вновь нити мицелия, что связано с неадекватно назначенной антифунгицидной терапией (от 1-ой до 3-х капсул флюконазола).

Заключение

1. За последние годы значительно увеличилось количество больных ГЭРБ.
2. У более, чем половины (73,2±5,7%) обследованных больных с различными формами хронического фарингита, работающих на железнодорожном транспорте при эндоскопии выявлены эрозивные формы ГЭРБ.
3. Большинство пациентов обращается первично не к гастроэнтерологу, так как отсутствуют жалобы рефлюксной болезни, а к пульмонологу, аллергологу, отоларингологу.
4. ГЭРБ, при отсутствии лечения может вызывать различные формы хро-

нических фарингитов, резистентных к назначениям ЛОР-врачей.

5. Длительный ГЭР вызывает ослабление местной иммунной реакции слизистой оболочки, что приводит к появлению грибковой флоры слизистой пищевода.

6. Среди лиц, работающих на железнодорожном транспорте наиболее часто рефлюксная болезнь развивается у работников локомотивных бригад и монтеров пути.

7. Выявлены негативные последствия воздействия на здоровье локомотивных бригад - вынужденная поза, отсутствия графика приема пищи и временной разницы между приемом пищи и сном, а также ожирение.

8. Практически не встречается эрозивная форма рефлюксной болезни у работников локомотивных бригад, работающих по графику.

9. Основной причиной развития рефлюксной болезни у монтеров пути является работа, связанная с напряжением брюшного пресса приводящего к повышению внутрибрюшного давления и рефлюксу.

10. Мероприятия, проводимые работникам локомотивных бригад и монтерам пути, позволили вернуть их к поездной работе и на пути в кратчайшие сроки без осложнений ГЭРБ, без значительных нарушений в состоянии здоровья и без отрицательных последствий для безопасности движения поездов.

11. Совместные усилия отоларингологов, гастроэнтерологов, диетологов, эндоскопистов могут улучшить качество жизни больных, страдающих ГЭРБ, привести к полному выздоровлению.

Список литературы

1. Солдатский Ю.Л. Отоларингологические проявления ГЭРБ // Болезни органов пищеварения. - 2007г., Т.9. - С. 42 - 47.
2. Маев И.В., Юренев Г.Л., Сергеева Т.А. Бронхолегочные и отофарингиальные про-

URL:

http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30780369.

3. Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. К.: СП ЗАО «Интерфарма-Киев», 2000. — с. 175.
4. Билхарц Л.И. Осложнения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Триада - X, 1998 г. - Т.8. - С. 69-76.
5. Ивашкин В.Т. Патофизиология первичных расстройств двигательной функции пищевода / Триада-X, 2000 г. - С. 8-17.
6. Заболотный Д.И., Митин Ю.В., Безшапочный С.Б. Оториноларингология. - Киев, ВСИ «Медицина» 2010. — 498 с.