



Факторы риска и клинические проявления гастроэзофагеальной болезни на фоне соматической патологии

С.Х. Асадуллаев, С.А. Бадалова, Ихаб Шамсилдин, Ф.Т. Олимов, Ш.Ф. Одинаев
Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

У 104 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) на фоне соматической патологии изучены факторы риска и клинические проявления во взаимосвязи с нарушением вегетативной нервной системы.

Наиболее частыми внепищеводными клиническими проявлениями ГЭРБ являются боли в грудной клетке, бронхолёгочные симптомы, «желание прочистить глотку», ночная аспирация, осиплость голоса. Одышка, головные боли отмечаются исключительно у больных ИБС, артериальной гипертензией (АГ) и хроническими обструктивными заболеваниями органов дыхания.

Преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) отмечается при сопутствующей ИБС и АГ. Преобладание тонуса симпатического отдела ВНС (симпатикотония) наблюдается значительно реже по сравнению с группой больных с ИБС и АГ, бронхиальной астмой.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, вегетативная нервная система, симпатикотония

Актуальность. Исследования ряда авторов показали большую распространённость гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Кроме того, ГЭРБ по частоте занимает одно из первых мест в ряду гастроэнтерологических заболеваний [1-3].

Нередко ГЭРБ протекает с кардиальным или лёгочным синдромом, что затрудняет дифференциальный поиск. Сложность оценки степени влияния ГЭРБ на течение и прогрессирование кардиоваскулярной и обструктивной патологии лёгких, которая обусловлена как схожестью некоторых признаков болезни, так и возможным влиянием действия ряда сосудорасширяющих препаратов на тонус гастроэзофагеального сфинктера. Это обстоятельство делает актуальными исследования, связанные с течением коморбидных заболеваний, риском развития сердечно-сосудистых и гастроэнтерологических осложнений.

Следует также отметить возможность влияния клинических проявлений ГЭРБ на показатели нервно-психического и соматического реагирования больных, и изучение этого вопроса может иметь определённое значение в профилактике заболеваний или его осложнений. Однако эти исследования малочисленны и их результаты разноречивы [5,6].

Цель исследования: изучение факторов риска, клинических проявлений и их взаимосвязи с на-

рушением вегетативной нервной системы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне соматической патологии.

Материал и методы. Дифференциальный диагноз непищеводных проявлений ГЭРБ (боли в грудной клетке, в том числе напоминающие боли при стенокардии, хронический кашель, пневмонии, бронхиальная астма, обструктивные болезни лёгких, дисфония, ларингит) строился на комплексной клинико-инструментальной оценке.

Для анализа возможной взаимосвязи клинических проявлений ГЭРБ с выраженностью нарушений вегетативной нервной системы на фоне кардиальной патологии и обструктивных заболеваний органов дыхания оценивали состояние вегетативной регуляции методом изучения variability сердечного ритма (ВСР), зарегистрированной за 5-минутный период времени, с определением индекса Кэрдо (ИК). При этом учитывали, что «+ИК» характерен для преобладания тонуса симпатического отдела, «-ИК» - для парасимпатического, а значения ИК близкие к нулю свидетельствуют о состоянии вегетативного равновесия – эйтонии [4].

Диагноз ГЭРБ был верифицирован у 104 пациентов, среди которых было 35 мужчин и 69 женщин. У 74 (71,2%) из них диагностирована фоновая соматиче-



ская патология: ИБС, АГ, обструктивные заболевания органов дыхания. В обследование не включались лица, имеющие онкологическую настороженность.

Больные ГЭРБ были разделены на 2 группы наблюдения: в первую группу вошли 30 больных ГЭРБ без сопутствующей соматической патологии; во вторую группу – 74 больных ГЭРБ с сопутствующей кардиоваскулярной патологией. В свою очередь, 2-я группа по характеру соматической патологии была разделена на 4 подгруппы: в подгруппу 2а включены 18 больных ГЭРБ в сочетании с ИБС; 2б – 16 пациентов с признаками застойной сердечной недостаточности; 2в – 20 больных на фоне артериальной гипертензии; 2г – 20 больных с хроническими обструктивными заболеваниями органов дыхания.

Обработку материала проводили методами описательной статистики: вычисляли среднюю величину (M), стандартные отклонения (σ) и стандартную ошибку (m). Достоверность различий между средними показателями вычисляли по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Данные изучения наиболее распространенных факторов риска развития патологии пищевода и желудка представлены в таблице 1.

Анализ представленных данных свидетельствует, что у больных с ГЭРБ частота таких факторов риска, как стресс, длительные запоры, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и употребление острых приправ значительно преобладают над частотой

употребления жиров, приёмом лекарств, курением, беременностью. Частота употребления шоколада, кофе, алкоголя, соков, курения насвая (носового) и ожирения, как предрасполагающие факторы ГЭРБ – была незначительной.

Частота факторов риска в различных возрастных группах (28-40, 41-50, 51-58 лет) достоверно не различались.

Следует отметить, что получилось более 50 комбинаций, в которых неблагоприятные факторы у больных ГЭРБ сочетались между собой. Наиболее часто встречаемыми вариантами оказались следующие: повторяющиеся стрессы (в анамнезе), длительные запоры и употребление жиров; повторяющиеся стрессы, длительные запоры, употребление острых приправ; длительные запоры, грыжа пищеводного отверстия, курение сигарет, употребление жиров, шоколада; повторяющиеся стрессы, беременность, употребление острых приправ, длительные запоры; ожирение, длительные запоры, алкоголь и т.д.

Наиболее частыми жалобами у наблюдавшихся нами пациентов (104 чел.) были: отрыжка воздухом (86,73% – 90 чел.), отрыжка кислым (78,8% – 82 чел.), изжога (76,9% – 80 чел.), боли в эпигастрии (62,5% – 65 чел.), чувство жжения за грудиной и боли в грудной клетке (70,1% – 73 чел.), срыгивание (43,2% – 45 чел.), одышка (25% – 26 чел.), затруднение при глотании (29,8% – 31 чел.), тошнота (19,2% – 20 чел.), кашель (26,9% – 28 чел.), жжение во рту (8,6% – 9 чел.), запоры (61,5% – 64 чел.), желание

ТАБЛИЦА 1. ЧАСТОТА НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ГЭРБ

Факторы риска	Частота факторов риска ГЭРБ	
	Абсолютная	Относительная
Повторяющиеся стрессы (в анамнезе)	67	64,4%
Длительные запоры	64	61,5%
Употребление острых приправ	52	50%
Грыжа пищеводного отверстия	52	50%
Употребление жиров	32	30,1%
Курение сигарет	16	15,3%
Беременность	12	11,6%
Употребление шоколада	12	11,6%
Приём лекарств (НПВП, кортикостероиды, эуфиллин)	21	20,2%
Употребление кофе	8	7,6%
Алкоголь	8	7,6%
Ожирение	8	7,6%
Частое употребление фруктовых соков	4	3,8%
Курение насвая (носового)	4	3,8%



прочистить глотку (24% – 25 чел.), ночная аспирация (11,5% – 12 чел.), осиплость голоса (9,6% – 10 чел.).

Клинические проявления ГЭРБ у обследованных больных были обусловлены не только гастроэзофагеальным рефлюксом, но и фоновой патологией ЖКТ, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В этой связи следует отметить, что у части больных специфическая симптоматика ГЭРБ сопровождалась рядом нехарактерных для данной патологии симптомов: одышка отмечалась в 36,5% случаев (38 человек, из них 23 – с ИБС и 14 – с хроническими обструктивными заболеваниями органов дыхания, 1 – с АГ), головные боли – в 26,9% случаев (28 человек, из них 20 – с АГ, 3 – с ХОЗЛ, 3 – с ИБС и 2 больных без сопутствующей кардио-респираторной патологии).

Боли за грудиной, чаще всего в нижней трети, во время или после приёма пищи, наблюдались у большинства больных и по характеру напоминали стенокардию: чувство жжения, нередко с иррадиацией в левую руку, лопатку. Диагноз ишемическая болезнь сердца считался более возможным на фоне возникновения аритмий. Однако только у 34 (54%) больных с болями за грудиной (жжение за грудиной) верифицирован диагноз ишемической болезни сердца (32,7% от общего числа больных) и у 19 (55,9%) из них отмечались аритмии.

Частота и выраженность жалоб в различных возрастных группах (28-40, 41-50, 51-58 лет) достоверно не различались, хотя отмечена тенденция к учащению болей за грудиной и аритмий у лиц старше 50 лет.

В исследуемой нами группе пациентов значительно часто наблюдалась отрыжка воздухом и отрыжка кислым, что может быть объяснено тем, что от-

рыжка воздухом является характерным симптомом инфекции *H. pylori* (за счёт продукции аммиака и углекислого газа в желудке, вследствие избыточного гидролиза мочевины).

Небольшая частота таких симптомов как жжение во рту и кашель, возможно, связано с тем, что эти симптомы чаще встречаются при более тяжёлых стадиях ГЭРБ, в то время как у наших пациентов, видимо, преобладали более лёгкие стадии заболевания.

Взаимосвязь клинических проявлений ГЭРБ с выраженностью нарушений вегетативной нервной системы на фоне соматической патологии показана в таблице 2.

Согласно данным таблицы, различия в частоте эйтонии, т.е. вегетативного равновесия, в обследованных группах больных с ГЭРБ, несущественны и составляют примерно 1/6 часть (от 5% до 16,7%) обследованных.

Ваготония у больных ГЭРБ отмечалась чаще, особенно в контрольной группе, т.е. при отсутствии сопутствующей соматической патологии. Преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы отмечалось реже как при сопутствующей ИБС и артериальной гипертензии ($p < 0,05$), так и при бронхиальной астме ($p > 0,05$).

Преобладание тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (симпатикотония) в контрольной группе, т.е. больных ГЭРБ без сопутствующей соматической патологии, наблюдалось значительно реже как при сравнении с группой больных с сопутствующей ИБС и артериальной гипертензией, так и бронхиальной астмой ($p < 0,05$).

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЭРБ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА (АБС./%)

Исходный вегетативный тонус	1 группа (n=30)	2 группа (n=74)	2 группа (подгруппы)			
			2а (n=18)	2б (n=16)	2в (n=20)	2г (n=20)
Эйтония	5 (16,7)	5 (6,75) $P_{1-2} > 0,05$	2(11,1) $P_{2а-б} > 0,05$ $P_{2а-в} > 0,05$ $P_{2а-г} > 0,05$	1 (6,25) $P_{2б-в} > 0,05$ $P_{2б-г} > 0,05$	1 (5) $P_{2в-г} > 0,05$	1 (5)
Ваготония	22 (73,3)	26 (35,1) $P_{1-2} < 0,05$	7 (38,9*) $P_{2а-б} > 0,05$ $P_{2а-в} > 0,05$ $P_{2а-г} > 0,05$	5 (31,25*) $P_{2б-в} > 0,05$ $P_{2б-г} > 0,05$	4 (20*) $P_{2в-г} < 0,05$	10 (50)
Симпатикотония	3 (10)	43 (58,1) $P_{1-2} < 0,05$	9 (50*) $P_{2а-б} > 0,05$ $P_{2а-в} > 0,05$ $P_{2а-г} > 0,05$	10 (62,5*) $P_{2б-в} > 0,05$ $P_{2б-г} > 0,05$	15 (75*) $P_{2в-г} < 0,05$	9 (45*)

Примечание: * - статистически значимые различия по отношению к контрольной группе



Сопоставление данных групп больных с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией показало, что в этих группах чаще отмечается симпатикотония и реже – ваготония. Значимые различия получены при сравнении групп больных ГЭРБ на фоне артериальной гипертензии и обструктивных заболеваний органов дыхания: ваготония чаще отмечена при обструктивных заболеваниях органов дыхания, а симпатикотония – при артериальной гипертензии ($p < 0,05$).

На фоне кислого гастроэзофагеального рефлюкса у 63 пациентов отмечалась ваготония и несколько реже – симпатикотония (58,7% и 41,4%, соответственно).

При анализе полученных данных установлено, что индекс Кердо был отрицательным, т.е. преобладал парасимпатический отдел вегетативной нервной системы, всего у 48 (45,1%) обследованных больных, среди них мужчин было 27 (56,25%), женщин – 21 (43,75%). Следует отметить, что в группах больных с сопутствующей соматической патологией (всего 74 пациента) ваготония отмечена у 26 (35,1%) из них.

Среди 104 больных ГЭРБ у 46 (44,2%) – индекс Кердо был положительным, что свидетельствует о преобладании тонуса симпатического отдела ВНС. Среди них мужчин было 25 (54,4%), женщин – 21 (45,6%). В группах больных с сопутствующей соматической патологией (всего 74 пациента) симпатикотония отмечена у 46 (62,2%) пациентов.

Таким образом, ГЭРБ, при сочетании с ИБС, артериальной гипертензией и обструктивными заболеваниями органов дыхания, часто сопровождается повышением активности симпатического отдела ВНС, тогда как при отсутствии сопутствующей соматической сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии ГЭРБ протекает у 3/4 больных с преобладанием тонуса парасимпатического отдела, т.е. ваготонией.

Наиболее частыми факторами риска ГЭРБ являются стресс, запоры, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и употребление острых приправ. Эти данные указывают на необходимость проведения более глубокого анализа образа жизни больных ГЭРБ с целью его модификации.

Среди внепищеводных проявлений ГЭРБ наиболее часто встречаются боли в грудной клетке, подобные таковым при стенокардии, и бронхолегочные симптомы, такие как «желание прочистить глотку», ночная аспирация, осиплость голоса. Одышка и головные боли отмечаются, почти исключительно, у больных ИБС, АГ и хроническими обструктивными заболеваниями органов дыхания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Звенигородская Л.А. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пожилых больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца /Л.А. Звенигородская, Ю.В. Таранченко//Тер. архив.-2006.- №2.- С. 45-48
2. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник, В.Н. Дроздов.- М.: Анархис.-2003.-158с.
3. Рысс Е.С. Новая медицинская энциклопедия /Е.С.Рысс//Мир медицины.- 1998.- №6.-С.6-9
4. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение /под ред. Вейна А.М. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 2003.-752 с.
5. Dent J. Initial and long-term management of gastroesophageal reflux disease /J. Dent N.J. Talley // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2003. -№77 (suppl 1).- P. 53-57
6. Unsolved problems in the management of patients with gastroesophageal reflux disease/ V. Stanghellini [et al.] // Digest. Liver Dis. -2002. - №34. – P.843-848



Summary

Risk factors and clinical manifestations of gastroesophageal reflux disease due to somatic diseases

S.H. Asadullayev, S.A. Badalova, Ihab Shamsildin, F.T. Olimov, Sh.F. Odinaev

Chair of Internal Medicine №1 Avicenna TSMU

In 104 patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) due to somatic diseases risk factors and clinical manifestations in relation to violation of autonomic nervous system is studied.

The most common extraesophageal clinical manifestations of GERD are a pain in the chest, bronchopulmonary symptoms, «the desire to clear the throat,» nocturnal aspiration, hoarseness. Shortness of breath, headaches is noted exceptionally in patients with IHD, arterial hypertension (AH) and chronic obstructive respiratory diseases.

The predominance of parasympathetic tone of the autonomic nervous system (VNS) is noted with concomitant IHD and AH. The predominance of sympathetic tone VNS occurs much less compared to the group of patients with coronary artery disease and hypertension, bronchial asthma.

Key words: gastroesophageal reflux disease, autonomic nervous system, sympathicotonia

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Асадуллаев Самад Хидоятovich –
профессор кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
E-mail: folimi@mail.ru