

УДК 616.33–005.17

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
С НЕКОРОНАРОГЕННЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ  
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ  
БОЛЕЗНИ**

Шабанова Наталья Евгеньевна – к.м.н.  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,  
профессор  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;  
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,  
профессор  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;  
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия

Свечкарь Игорь Юрьевич – к.м.н.  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Веселенко Марина Игоревна – к.м.н.  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Тлехурай Руслан Махмудович  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Рябчун Вадим Валерьевич – к.м.н.  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Сиюхов Руслан Шумафович – к.м.н.  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

Беретарь Руслан Батырбиевич  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия

В статье представлены данные обследования и  
лечения пациентов с внепищеводными проявлениями  
гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.  
Всем больным выполнена лапароскопическая  
антирефлюксная операция. В ходе проведенного  
анализа у данной категории пациентов после  
хирургического вмешательства было выявлено  
уменьшение и (или) исчезновение ведущих  
клинических симптомов рефлюкс-эзофагита.

Ключевые слова: ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ  
РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ, ФОРМИРОВАНИЕ  
АРЕФЛЮКСНОЙ КАРДИИ, ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ  
ПРОЯВЛЕНИЯ

UDC 616.33–005.17

**THE TREATMENT TACTICS FOR PATIENTS  
WITH NON-CORONAR SYMPTOMES  
OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

Shabanova Natalia Evgenievna – MD  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

Korochanskaya Natalya Vsevolodovna – MD,  
professor  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;  
SBEA HPE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar, Russia

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, professor  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;  
SBEA HPE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar, Russia

Svechkar' Igor' Yurievich – MD  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

Veselenko Marina Igorevna – MD  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

Tlekhurai Ruslan Makhmudovich  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

Ryabchun Vadim Valerievich – MD  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

Siyukhov Ruslan Shumafovich – MD  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

Beretar' Ruslan Batyirbievich  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia

The article presents the data of examination and  
treatment of patients with extra-esophageal symptoms  
of gastro esophageal reflux disease. All patients  
underwent anti-reflux laparoscopy. The decreasing and  
(or) absence of main clinic reflux-esophagitis  
symptoms were observed in this group of patients  
during the analysis.

Key words: GASTROESOPHAGEAL REFLUX  
DISEASE, AREFLUX CARDIA FORMATION,  
EXTRA-ESOPHAGEAL SYMPTOMES

## **Введение**

Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и рефлюкс-эзофагита (РЭ) обусловлена высокой степенью их распространенности, наличием как типичных клинических проявлений, так и атипичных симптомов, которые затрудняют диагностику и выбор адекватного лечения данной нозологии [Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., 2005]. В ряде клинических исследований подтверждена взаимосвязь ГЭРБ и патологий других органов и систем [Malagelada J. R., 2004; Fass R. et al., 2004; Маев И. В. и соавт., 2007, Maher M., Darwish A., 2010].

К большой группе так называемых внепищеводных проявлений ГЭРБ относят: бронхопульмональные, оториноларингологические, кардиальные и стоматологические.

Из обширного перечня патологий наиболее вероятными причинами возникновения и проявления гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) являются: бронхиальная астма (БА), хронический кашель (ХК), некоронарогенные боли в грудной клетке (НКБГ), хронический фарингит (ХФ) и хронический ларингит (ХЛ) [Vakil N. et al., 2006; Katz P. O. et al., 2013].

В ряде работ анализируется взаимосвязь патогенеза ГЭРБ и указанных заболеваний и оценивается влияние кислотоснижающей терапии на их течение, однако показания к операции и результаты хирургического антирефлюксного лечения недостаточно изучены [Киприанис В. А. и соавт., 2007; Солдатский Ю. Л.; Parsons J. P., Mastronade J. G., 2010; Vaezi M. F., 2010].

Выделяют большую группу так называемых атипичных или внепищеводных проявлений РЭ: бронхопульмональные, оториноларингологические, кардиальные и стоматологические «маски» заболевания.

Боли, возникающие в левой половине грудной клетки, симулирующие кардиальные (псевдокардиальные или некоронарогенные), являются нередким внепищеводным проявлением РЭ. В отечественной медицинской литературе указанная симптоматика описывается как «коронарная маска» РЭ. Сильные загрудинные боли могут симулировать приступ стенокардии или инфаркт миокарда [Циммерман Я. С., Вологжанина Л. Г., 2005]. Установлено, более чем у половины больных с НКБГ наблюдаются характерные для РЭ изменения при выполнении эндоскопии и суточной рН-метрии [Иванова О. В., Исаков В. А., 2004]. По разным данным, 22–66 % госпитализированных пациентов с болью в области сердца не имеют признаков поражения коронарных артерий [Dobrzyski S., 2005; Киприанис В. А. и соавт., 2007]. В 50–70 % случаев загрудинная боль, не связанная с ишемической болезнью сердца (ИБС), обусловлена РЭ [Циммерман Я. С., Вологжанина Л. Г., 2005]. Из всесторонне обследованных больных с РЭ атипичная кардиальная симптоматика отмечалась у 29,4 % [Кузьмина А. Ю., 2004].

Таким образом, истинные масштабы распространенности РЭ в популяции установить сложно по причине, во-первых, частой «выборочности» проведения эндоскопии именно у лиц с характерными жалобами, а, во-вторых, недостаточного количества крупных рандомизированных исследований по данной проблеме.

**Цель исследования:** оптимизировать тактику диагностики и лечения пациентов с некоронарогенными проявлениями РЭ.

### **Материал и методы**

Обследовано 473 больных с РЭ, которым в 2008–2015 гг. проводилось лечение в хирургических и гастроэнтерологическом отделениях ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» г. Краснодара. Возраст пациентов колебался от 18 до 79 лет, средний возраст составлял  $47,3 \pm 7,4$  лет. Всем больным был назначен и проведен комплекс

обследований: эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с помощью видеоинформационной системы с цифровым анализатором изображения «Olimpus» (GIF-160 EVIS EXERA, CV-70); полипозиционная контрастная рентгенография рентген-аппаратом «Вассара» с электронно-оптическим преобразователем фирмы «Apelet» (Франция). Для определения характера, частоты и продолжительности ГЭР проводили суточное рН-мониторирование пищевода с помощью прибора «Гастроскан-24» фирмы «Исток-система» (г. Фрязино, Россия) с использованием откалиброванного непосредственно перед исследованием трансназального рН-метрического зонда с тремя сурьмяными электродами и накожным хлорсеребряным электродом сравнения, который закрепляли на коже пациента в подключичной области. По полученным данным оценивали: среднее значение рН, общее время с  $\text{pH} < 4$ , число продолжительных рефлюксов более 5 мин (рефл./сут), наибольшую продолжительность рефлюкса (мин), обобщенный показатель De Meester.

Среди больных была выделена группа, состоящая из 77 (16,3 %) человек с предположительными внепищеводными проявлениями РЭ. При выборе пациентов останавливались на тех нозологиях, связь которых с РЭ имеет высокую степень вероятности: бронхиальная астма, хронический кашель, НКБГ, хроническая форма фарингита и ларингита. Распределение больных по установленным внепищеводным проявлениям отражено в таблице 1.

Согласно представленным данным, НКБГ отмечались в группе у 21 (13,1 %) пациента. В данной группе 14 (66,7 %) больных были женщины; меньше было мужчин – 7 (33,3 %), средний возраст составил  $45,3 \pm 3,3$  лет. Длительность НКБГ колебалась от 1 до 21 года, в среднем –  $8,9 \pm 1,3$  лет. Всем пациентам с загрудинными болями для исключения истинных ишемических процессов в миокарде, помимо ЭКГ, по показаниям

проводили: ультразвуковое исследование сердца (ЭХО-КС), велоэргометрию, холтеровское мониторирование.

Таблица 1 – Распределение больных по установленным внепищеводным проявлениям рефлюкс-эзофagита

Внепищеводная патология	Количество больных <i>n</i> , %
Неаллергическая астма	11 (6,9)
– легкая персистирующая	3 (1,9)
– средней тяжести персистирующая	6 (3,7)
– тяжелая	2 (1,2)
Хронический кашель	45 (28,1)
Хронический ларингит	19 (11,9)
Хронический фарингит	18 (11,2)
Боли в области сердца некоронарогенной природы	21 (13,1)
Сочетание внепищеводных симптомов	31 (19,4)
Всего	77 (100)

Всем больным была назначена консультация кардиолога. Если диагноз ишемической болезни сердца не подтверждался и по данным суточной рН-метрии были установлены патологические ГЭР, то пациенты включались в основную группу. У трех пациентов в связи со сложностью дифференциальной диагностики (до поступления их в клинику на оперативное лечение) проводили коронарографию в условиях специализированного отделения. Ни у одного больного патологии коронарных сосудов выявлено не было.

В динамике у всех обследованных оценивали выраженность и частоту эпизодов загрудинных болей в течение суток с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) симптома. Далее вычисляли показатель интенсивности симптома (ПИНС) в виде произведения выраженности симптома загрудинной боли (в баллах по ВАШ) на частоту повторений данного симптома в течение суток. Заполнение ВАШ и расчет

ПИНС проводили перед операцией; в послеоперационном периоде – через 1, 6, 12 месяцев, затем – с интервалом в один год.

Эффективность лечения оценивали, ориентируясь на динамику симптомов по результатам опроса пациентов, заполнения ВАШ и расчета ПИНС при НКБГ. Результаты лечения условно разделили на: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Если после операции удалось добиться полного купирования болевого симптома, характерного для НКБГ, результат считали хорошим; уменьшение количества симптомов и показателя ПИНС не менее чем в 2 раза – удовлетворительным; при сохранении или усилении данной симптоматики после проведенного вмешательства – неудовлетворительным.

Всем больным с некоронарогенными проявлениями РЭ была выполнена лапароскопическая антирефлюксная операция по разработанной в клинике оригинальной методике (патент на изобретение RU 2525732).

Статистическую обработку полученных данных производили на IBM – совместимом компьютере на базе Intel Pentium IV с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel и программы «Статистика–7.0» для Windows XP (версия 2002).

### **Результаты и их обсуждение**

Жалобы на периодические боли за грудиной или в левой половине грудной клетки продолжительностью не менее года предъявляли все больные с некоронарогенными проявлениями РЭ, из них 17 (81 %) человек отметили клиническую взаимосвязь приступов НКБГ с симптомами ГЭР (изжога, отрыжка, горечь во рту).

По наличию «типичной» симптоматики ГЭР, данным ЭГДС, полипозиционной рентгенографии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и суточной рН-метрии показатели группы больных не

отличались от аналогичных параметров у остальных пациентов с РЭ. У 10 (47 %) пациентов был выявлен эрозивный эзофагит, и выраженность кардиальной внепищеводной симптоматики по ПИНС у них была в среднем выше на 7,7 %, по сравнению с лицами, имеющими катаральную форму эзофагита. Анализ рентгенологической картины свидетельствует о том, что аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) была выявлена у 21 пациента (100 %) с преобладанием ее нефиксированных и кардиальных форм.

Медиана частоты приступов НКБГ до операции составила 7 (6; 7,5) эпизодов в сутки. При оценке результатов предоперационной суточной рН-метрии с одновременной хронологической фиксацией пациентами эпизодов НКБГ подсчитан субъективный симптомный индекс (СИ). СИ НКБГ в среднем составил 85 %, что свидетельствует о его высоковероятной связи с эпизодами ГЭР. Медиана показателя выраженности симптома НКБГ, согласно ВАШ, составила 4 (3,5; 5) балла; интенсивности симптома НКБГ по группе – 28 (22,5; 32,5) баллов. Таким образом, у больных с внепищеводными псевдокардиальными проявлениями РЭ отмечаются клиническая связь (у 81 %) с симптоматикой ГЭР, высокий симптомный индекс (85 %) по данным суточной рН-метрии. Полученные результаты свидетельствуют о высокой вероятности клинической и патогенетической связи между РЭ и НКБГ.

Результаты операции после проведенного хирургического лечения оценивались в течение первого года наблюдения у всех пациентов, через два года – у 20 человек. Через месяц после хирургического вмешательства типичной симптоматики РЭ не наблюдалось ни у одного больного. Результаты контрольных эндоскопического и рентгенологического исследований показали надежную арефлюксную функцию созданной фундопликационной манжеты. Дальнейшее диспансерное наблюдение проводили в сроки 6 месяцев и через год после операции, при этом картина

не изменялась. В ходе контрольной суточной рН-метрии через 6 месяцев после операции были подтверждены отсутствие патологических ГЭР и нормализация показателей рН в пищеводе. Через 2 года один (4,7 %) пациент предъявлял жалобы на возобновление изжоги, отрыжки и горечи во рту. У пациента при контрольной эзофагофиброгастродуоденоскопии (ЭФГДС) и рентгенологическом исследовании был выявлен рецидив ГПОД и РЭ, произошедший вследствие развертывания и дальнейшей аксиальной проксимальной дислокации фундопликационной манжеты с потерей ее арефлюксных качеств.

Эффективность хирургического антирефлюксного лечения относительно внепищеводного компонента (НКБГ) оценивали по изменению частоты болевых эпизодов, динамике выраженности симптома по ВАШ и ПИНС (таблица 2, рисунок 1).

Таблица 2 – Показатели основных клинических индексов у пациентов с некоронарогенными болями в грудной клетке в зависимости от сроков послеоперационного наблюдения

Клинический индекс	Показатель, Ме (Q25; Q75)				
	до операции (n = 21)	через 1 месяц (n = 21)	через 6 месяцев (n = 21)	через 1 год (n = 21)	через 2 года (n = 20)
Количество приступов в сутки	7 (6; 7,5)	2 (2; 3)*	1 (1; 2) *	1 (0; 2)*	1 (0; 2)*
Выраженность некоронарогенной боли в грудной клетке по визуально-аналоговой шкале, баллы	4 (3,5; 5)	2 (2; 2)*	2 (1; 2)*	1 (0; 2)*	1 (0,5; 1,5)*
Показатель интенсивности симптома некоронарогенной боли в грудной клетке, баллы	28 (22,5; 32,5)	4 (2; 5)*	2 (1; 4)*	1 (0; 4)*	1 (0,5; 1,5)*
Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с показателями до операции.					



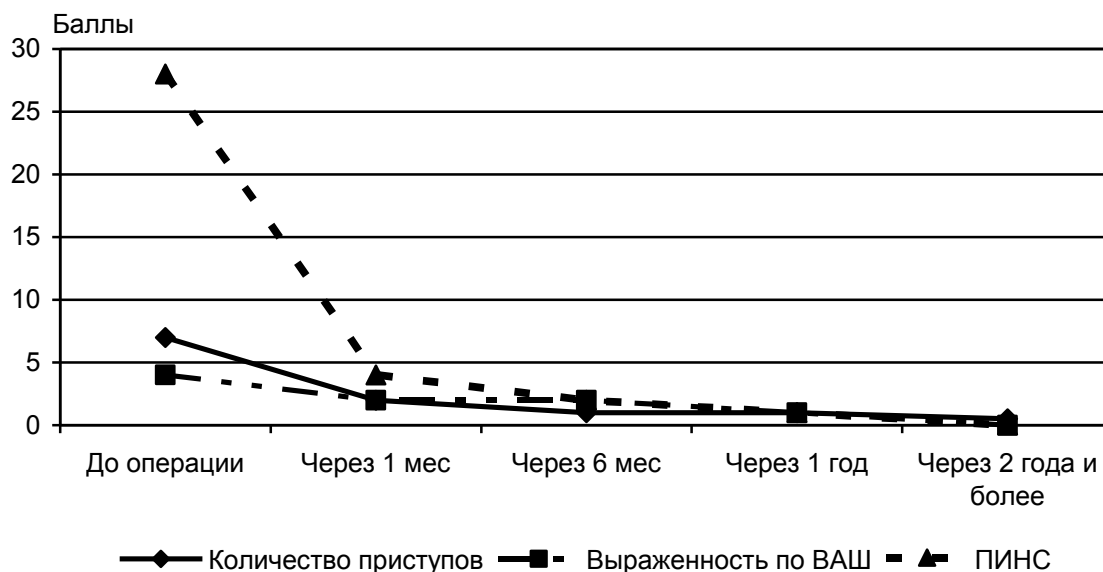


Рисунок 1 – Динамика основных клинических индексов у пациентов с некоронарогенными болями в грудной клетке в зависимости от сроков послеоперационного наблюдения

Через месяц после операции отмечается статистически достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение всех оцениваемых показателей. Число приступов НКБГ в группе пациентов через месяц снизилось более чем в 3 раза, через 6 месяцев – в 7 раз по сравнению с исходными данными. При дальнейшем наблюдении обнаружено отсутствие клинической симптоматики у 11 и минимальное количество симптомов – у 9 больных. Выявлено снижение выраженности НКБГ по ВАШ – интенсивность болевого симптома снизилась в 2 раза через месяц, с дальнейшим понижением до минимального уровня в сроки наблюдения один год и более после оперативного вмешательства. Отмечено также снижение медианы значения ПИНС НКБГ – с 28 (22,5; 32,5) до 4 (2; 5) баллов через месяц и до минимального уровня через год и более после операции,  $p < 0,05$ .

Представляет интерес тот факт, что у больного с выявленным рецидивом ГПОД и РЭ показатели частоты приступов, выраженности НКБГ по ВАШ и ПИНС при контрольном исследовании оказались практически идентичны дооперационным. Этому пациенту дополнительно

была проведена контрольная рН-метрия, зафиксированы множественные кислые рефлюксы, клинически связанные с эпизодами НКБГ, индекс симптома составил 91 %.

Таким образом, через два года послеоперационного динамического наблюдения за 20 пациентами положительный результат в виде полного купирования НКБГ зафиксирован у 10 (47 %) обследованных; удовлетворительный результат отмечен у 7 (38 %) человек. Неудовлетворительными результаты признаны у 3-х (15 %) больных, у них клинические симптомы соответствовали показателям, отмеченным до операции.

### **Заключение**

Согласно проведенным исследованиям, своевременное хирургическое антирефлюксное лечение у пациентов с «псевдокардиальной маской» РЭ – некоронарогенными болями в грудной клетке оказывает положительное воздействие на клиническую симптоматику, что проявляется в уменьшении количества и интенсивности болевых эпизодов у 85 % исследованных больных.

### Список литературы

1. *Иванова, О. В.* Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О. В. Иванова, В. А. Исаков, С. В. Морозов // *Болезни органов пищеварения.* – 2004. – № 2. – С. 15–21.
2. *Ивашкин, В. Т.* Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (пособие для врачей) / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин. – М.: ММА им. И. М. Сеченова, 2005. – 30 с.
3. *Киприанис, В. А.* Сравнительная оценка эффективности применения ингибиторов протонной помпы при лечении внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (по результатам мета-анализа) / В. А. Киприанис, А. А. Шептулин, В. Т. Ивашкин // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.* – 2007. – Т. 17, № 6. – С. 22–29.
4. *Кузьмина, А. Ю.* Состояние сердечно-сосудистой системы при патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта / А. Ю. Кузьмина // *Лечащий врач.* – 2004. – № 4. – С. 4–7.
5. *Маев, И. В.* Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И. В. Маев, Г. Л. Юренев, С. Г. Бурков // *Терапевтический архив.* – 2007. – Т. 79, № 3. – С. 57–66.
6. *Циммерман, Я. С.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенез, клиника, диагностика и лечение / Я. С. Циммерман, Л. Г. Вологжанина // *Клиническая медицина.* – 2005. – № 9. – С. 16–24.
7. *Dobrzycki, S.* Does gastroesophageal reflux provoke the myocardial ischemia in patients with CAD? / S. Dobrzycki, A. Baniukiewicz, J. Korecki [et al.] // *Int. J. Cardiol.* – 2005. – Vol. 104. – P. 67–72.
8. *Fass, R.* Review article: supra-oesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux disease and the role of night-time gastro-oesophageal reflux / R. Fass, S. R. Achem, S. Harding [et.al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2004. – Vol. 20 (Suppl. 9). – P. 26–38.
9. *Katz, P. O.* Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease / P. O. Katz, L. B. Gerson, M. F. Vela // *Am. J. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 108. – P. 308–328.
10. *Maher, M. M.* Study of respiratory disorders in endoscopically negative and positive gastroesophageal reflux disease / M. M. Maher, A. A. Darwish // *Saudi. J. Gastroenterol.* – 2010. – Vol. 16. – P. 275–283.
11. *Malagelada, J. R.* Review article: supraoesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease / J. R. Malagelada // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2004. – Vol. 19, suppl. 1. – P. 43–48.
12. *Vaezi, M. F.* Benefit of acid-suppressive therapy in chronic laryngitis: The devil is in the details / M. F. Vaezi // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2010. – Vol. 8. – P. 741–747.
13. *Vakil, N.* Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil, S. V. van Zanten, P. Kahrilas [et al.]: the Global Consensus Group // *Am. J. Gastroenterol.* – 2006. – V. 101. – P. 1900–1920.
14. *Parson, J. P.* Gastroesophageal reflux disease and asthma / J. P. Parsons, J. G. Mastronade // *Curr. Opin. Pulm. Med.* – 2010. – Vol. 16. – P. 60–63.