Скорляков В.В., Бабиев В.Ф., Кещян С.С.
*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России
Ростов-на-Дону, Россия*

doi: 10.18411/lj-31-05-2017-43
idsp 000001:lj-31-05-2017-43

Вегетативная дистония как предиктор развития хронической ЛОР патологии у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это комплекс клинических симптомов и/или морфологических изменений, которые возникают в результате рефлюкса содержимого желудка в пищевод [1]. В настоящее время количество больных с ГЭРБ неуклонно растет [2, 3, 4, 5]. В то же время при ГЭРБ воздействие рефлюксата может распространяться и на вышележащие отделы — слизистую ЛОР-органов, вызывая такие заболевания как хронический ларингит, хронический фарингит, синусит, рак гортани и глотки, др. [6, 7, 8]. В связи с этим проявления ГЭРБ принято делить на пищеводные и внепищеводные, при этом последние подразделяются на те, связь которых с рефлюксом установлена, и те, у которых эта связь предполагается [9, 10], так как установить такую взаимосвязь бывает достаточно сложно. Доказано, что вегетативная дистония по типу асимпатикотонии усугубляет течение ГЭРБ и может являться предрасполагающим фактором для развития внепищеводных проявлений [11, 12, 13]. В настоящее время в патогенезе развития хронических заболеваний ЛОР-органов большое внимание уделяется функциональному состоянию вегетативной нервной системы [14, 15, 16, 17]. Вегетативная нервная система относится к числу интегративных регулирующих систем. Именно ЛОР органы представляют собой периферические отделы тех исполнительных функциональных систем, которые тесно связаны с внешней средой и первыми реагируют на любые ее изменения [18, 19].

Целью работы явилось определение роли вегетативной дистонии в прогнозировании развития ЛОР-проявлений ГЭРБ.

Материалы и методы. Обследовано 104 больных с ГЭРБ в возрасте от 18 до 81 года. Средний возраст больных составил $44,4 \pm 0,65$ лет. Среди них мужчин было 50 (48 %), женщин — 54 (52 %). Критериями включения были больные с ГЭРБ, сопровождающимся присутствием и отсутствием ЛОР-проявлений. Критериями исключения стали аллергические заболевания ЛОР органов, сопутствующие хронические заболевания. Контрольную группу составили 32 практически здоровых человека в возрасте от 20 до 32 лет. По наличию ЛОР-проявлений ГЭРБ больные были распределены на 2 группы. 1-я группа — больные с хроническим фарингитом, хроническим ларингитом, хроническим риносинуситом на фоне ГЭРБ. 2-я группа — больные без патологии ЛОР-органов на фоне ГЭРБ. Всем больным проведено полное клиническое обследование, включающее сбор жалоб и анамнеза, осмотр, эндоскопию ЛОР органов, эндоскопическое исследование с оценкой изменений слизистой оболочки пищевода и суточная рН-метрия для верификации ГЭРБ. Исследование вегетативного статуса проводили с помощью тестирования по программе «АнтиБоль 1.06» [20, 21]. В программе тестирования с помощью многомерного вербально-цветового болевого теста заложена оценка уровня болевого поведения по шкале невротизации. Эта шкала позволяет выявить вегетативную дистонию, тревожность, депрессию, ипохондрию. Качественный анализ выбранных ответов по шкале невротизации позволил оценить наличие у больных вегетативной дистонии. Низкий уровень невротизации расценивался в 1–2 балла; средний уровень — 2–4 балла; высокий уровень — 4–6 баллов.

Результаты. У больных 1-й группы уровень невротизации составил $5,098 \pm 0,048$ баллов, что достоверно превысило уровень невротизации у больных 2-й группы равный $1,954 \pm 0,183$ баллов. Для определения наиболее значимых показателей уровня невротизации с точки зрения разделения больных по дифференциальному разделительному значению, был использован ROC-анализ. Диагностической точкой разделения уровня невротизации, при превышении которой возникает необходимость использования дополнительного лечения, была величина 3,4 балла. При достижении этой величины чувствительность метода соответствовала 83 %, а специфичность — 91 %. Площадь под ROC-кривой (AUC) имела высокое значение $0,914 \pm 0,024$ (z statistic 7,7 при $p < 0,0001$) при выраженной доверительной вероятности. Вегетативная дистония выявлена у 77 больных, что составило 74,2 %. Степень выраженности вегетативной

дистонии не зависела от активности ГЭРБ. При корреляционном анализе показателей ранжированного вегетативного индекса и показателей рН-метрии выявлено отсутствие прямых связей пороговых значений кислотности с выраженностью вегетативной дистонии: $r = -0,0613$; $p = 0,169$. У больных 1-й группы с патологией ЛОР-органов вегетативная дистония выявлена у 66,8 % больных. При отсутствии ЛОР патологии у больных 2-й группы вегетативная дистония выявлена у только у 37,8 % больных.

У 74,8 % больных 1-й группы выявлена вегетативная дистония в виде асимпатикотонии, у 20,5 % больных — эйтония, у 4,7 % — симпатикотонии. Во 2-й группе вегетативная дистония в виде асимпатикотонии у 38,3 % больных; у 48,1 % больных — эйтония, симпатикотония — у 13,6 %.

При проведении корреляционного анализа ранжированных показателей уровня рН у больных 1-й группы прослеживается прямая статистически значимая связь с показателями вегетативной дистонии: $r = 0,3922$; $p < 0,001$. При корреляционном анализе ранжированных показателей ВИ и уровня рН прямая связь этих показателей отсутствует: $r = -0,0771$; $p = 0,084$. Эффект взаимного влияния воспалительных изменений в слизистой оболочке верхних дыхательных путей и тонуса ВНС не однозначен [22, 23, 24]. Структурные перестройки, имеющие поначалу компенсаторно-приспособительный характер и являющиеся обратимыми, постепенно закрепляются, переходят в патологические и на основе обратных связей включаются в «порочный круг» заболевания [25]. Функциональное состояние ВНС зависит от длительности воспалительного процесса, а исследование параметров вегетативного индекса может служить критерием оценки и прогнозирования развития воспалительных заболеваний ЛОР органов при ГЭРБ. Таким образом, определение уровня невротизации у больных с ГЭРБ позволяет выявить степень влияния нарушения функционирования ВНС. Пациентам с высоким уровнем невротизации необходимо в алгоритм лечения включать средства и методы, направленные на нормализацию вегетативного статуса. Наличие расстройств функционирования ВНС влияет на патогенез ГЭРБ, определяя её клинические проявления в виде внепищеводной патологии. Поражения слизистой оболочки ЛОР-органов при ГЭРБ в большинстве случаев сочетается с вегетативной дистонией в виде асимпатикотонии и может служить в качестве предиктора развития заболеваний ЛОР-органов.

***

1. Морозов С. В., Гибадуллина Л. В., Епанчинцева А. С., Исаков В. А., Свистушкин В. М. Оптимизация диагностики взаимосвязи заболеваний лор органов и ГЭРБ // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011. № 8. С. 8–18.
2. Скорляков В. В., Дударев И. В., Кещян С. С., Подина М. В. Лечение больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями. В сб: Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом. Сборник научтр по итогам междунауч-практконф. 2015. С. 171–174.
3. Кещян С. С. Комплексное лечение острых язвенных гастродуоденальных кровотечений в зависимости от архитектоники сосудистого русла в зоне локализации язвы. Автореф. на соиск...канд. мед наук. Ставрополь, 2012.
4. Чернов В. Н., Скорляков В. В., Маслов А. И. Диагностика и лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Вестник эксперим. и клин.хирургии. 2014. № 1. С. 82. Скорляков В. В., Маслов А. И., Бароков Э. М. Тактика лечения больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями // Вестник эксперим. и клин.хирургии. 2010. Т.3 № 1. С. 52–55.
5. Бойко Н. В., Калинкина М. И., Горшкова Г. И. Консервативное лечение хронического тонзиллита // Детская оториноларингология. 2012. № 3. С. 22–24.
6. Бойко Н. В. Головокружение в практике врача-терапевта // Лечащий врач. 2010. № 4. С. 86. Бойко Н. В., Шатохин Ю. В. Патогенез носовых кровотечений у больных с артериальной гипертензией // Вестник оторинолар. 2015. Т. 80. № 5. С. 41–45.
7. Стагниева И.В., Гукасян Е.Л., Сагакянц А.Б.Нарушение нейроиммунной реактивности у больных риносинуситом. Российская ринология. 2015. Т. 23. № 1. С. 25-28.
8. Волков А.Г., Стагниева И.В.Головная боль в области лба с точки зрения оториноларинголога. Российская ринология. 2007. № 4. С. 29-34.
9. Бабиев В. Ф. Прогнозирование и контроль течения острых хирургических заболеваний, осложненных перитонитом. Автореф. на соиск...канд. мед наук. Ростов-на-Дону, 1996.
10. Чернов В. Н., Скорляков В. В., Кещян С. С. Терапия и хирургия осложненных форм язвенной болезни // Рос.журнал гастроэнтер., гепатол., колопроктол. 2010. Т. 20 № 5. С. 40.
11. Чернов В. Н., Скорляков В. В., Баев О. В. Лечение перфоративной язвы гастродуоденальной зоны. Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2006. № 1. С. 79.
12. Бойко Н. В., Колмакова Т. С. Исследование биогенных аминов у больных с носовыми кровотечениями на фоне вегетативной дисфункции // FoliaOtorhinolar. etPatholRes. 2015. Т 21. № 2. С. 27–29.
13. Бойко Н. В., Колмакова Т. С., Быкова В. В. Биохимические показатели компенсации постгеморрагической анемии у больных с носовыми кровотечениями // Вестник оторинолар. 2010. № 4. С. 13–16.
14. Стагниева И. В. Вегетативная дисфункция в проявлении прозопалгий у больных с риносинуситами // Медицинский вестник Юга России. 2012. № 2. С. 67–69.
15. Стагниева И. В. Роль субстанции Р в патогенезе лицевой боли при риносинусите // Российская ринология. 2015. Т. 23. № 1. С. 33–35.
16. Стагниева И. В., Симбирцев А. С. Значение цитокинового профиля в проявлении болевого симптома при риносинусите // Цитокины и воспаление. 2015. Т. 14. № 4. С. 29–34.

17. Стагниева И. В. Лечение лицевой боли при риносинусите // Медицинский вестник Юга России. 2015. № 1. С. 82–85.
18. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Роль цитокинов в патогенезе лицевой боли при риносинусите // Медицинская иммунология. 2015. Т. 17. № 5. С. 319.
19. Стагниева И. В. Иммунотропная терапия в лечении рецидивирующего риносинусита // В мире научных открытий. 2017. Т. 9. № 1. С. 56–65.
20. Стагниева И. В., Бойко Н. В. Головная и лицевая боль при риносинусите // Медицинский вестник Юга России. 2014. № 3. С. 55–59.
21. Быкова В.В., Залесский А.Ю. Редкая причина рецидивирующего носового кровотечения. Российская ринология. 2015. Т. 23. № 1. С. 52-54.
22. Волков А.Г., Гюсан А.О., Боджоков А.Р., Стагниева И.В., Хохлачев С.М., Узденова Р.Х., Давыдова Л.С. Анализ орбитальных и внутричерепных осложнений синуситов по некоторым стационарам Северного Кавказа // Российская оториноларингология. 2008. № 4. С. 57-61.
23. Бойко Н.В., Стагниева И.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей // Российская ринология. 2012. Т. 20. № 4. С. 39-41.
24. Стагниева И.В., Бойко Н.В. Головная и лицевая боль при риносинусите // Медицинский вестник Юга России. 2014. № 3. С. 55-59.
25. Стагниева И.В., Сагакянц А.Б. Лицевая боль как проявление заболеваний носа и околоносовых пазух // Российский журнал боли. 2014. № 3-4. С. 40-44.