

В.П. Пиджимян, О.В. Дудина, Н.Л. Шапорова,
В.Н. Яблонская, С.Р. Саркисян,
А.Е. Ахмедова, Е.О. Овчинникова

Курящий пациент, страдающий гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: особенности клинической картины, статуса курения и мотивации к отказу от него

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Резюме. Рассматривается проблема влияния табакокурения на особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Обследованы 72 курящих пациента, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Диагноз был установлен согласно Монреальскому определению и подтвержден при эзофагогастродуоденоскопии (выявлены признаки рефлюкс-эзофагита). Всем пациентам кроме стандартного клинко-инструментального обследования, рассчитывался индекс курильщика, определялись степень никотиновой зависимости и мотивации отказа от курения. Для оценки пищеводных и внепищеводных жалоб использовался разработанный нами опросник. Выявлены особенности клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у курящих пациентов. Наиболее частыми пищеводными жалобами курящих пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, были изжога, отрыжка воздухом, кислая отрыжка и боль в эпигастриальной области, увеличение частоты которых соответствовало повышению интенсивности курения ($r > 0,9$). Частотная характеристика основных жалоб у курящих больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, находилась в пределах данных ранее проведенных исследований. Показано, что частота пищеводных и внепищеводных жалоб у курящих пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, зависит от интенсивности курения в большей степени, чем от стажа курения. При высоком значении индекса курильщика пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью наблюдается высокий уровень никотиновой зависимости и наоборот. В то же время у пациентов параллельно с повышением значения индекса курильщика наблюдается уменьшение степени мотивации к отказу от курения.

Ключевые слова: табакокурение, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, кислотный рефлюкс, индекс курильщика, методика Фагерстрема, мотивация к отказу от курения, пищеводные жалобы, внепищеводные жалобы.

Введение. Монреальское соглашение [16] определяет гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) как «состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений». Диагноз ГЭРБ может быть установлен при наличии двух из трех признаков: связь с этиологическим фактором (факторами); характерная клиническая картина; наличие анатомических изменений, обуславливающих симптомы и признаки.

Значительная распространенность и неуклонный рост ГЭРБ обуславливают высокий интерес к данной нозологической единице [5, 6, 9]. Пациенты с установленным диагнозом ГЭРБ в 56–83% случаев жаловались на изжогу, в 37–60% – кислую отрыжку, в 37% – боль в эпигастрии, 18% – тошноту, рвоту, в 35–60% – вздутие живота и в 15–60% на боль за грудиной [1, 3, 4].

В настоящее время активно изучается влияние курения на развитие и прогрессирование ГЭРБ. Считается, что табакокурение не только усугубляет течение заболевания, но и может спровоцировать его возникновение [2, 7, 8, 9–11, 13–15]. Более того, согласно данным, полученным Иранскими учеными, у

детей при воздействии окружающего табачного дыма повышается риск развития эзофагита [12].

В качестве механизмов влияния табачного дыма на развитие ГЭРБ рассматриваются транзитная релаксация нижнего пищеводного сфинктера (НПС), возникающего при растяжении желудка, что провоцирует гастроэзофагеальный рефлюкс, уменьшение слюноотделения в качестве раствора, нейтрализующего кислотный рефлюктат, увеличение контакта желудочного содержимого с пищеводом [2, 8]. Транзитные релаксации НПС наблюдаются у курильщиков табака в 1,7 раз чаще, что так же выявляется при подкожном введении никотина [2, 3, 8].

Цель исследования. Определить особенности жалоб, статус курения, степень никотиновой зависимости, особенности курительного поведения и мотивацию к отказу от курения у пациентов, страдающих ГЭРБ.

Материалы и методы. Обследованы 72 курящих пациента, страдающих ГЭРБ – 22 мужчин в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст 51,2±8,4 года) и 50 женщин в возрасте от 19 до 63 лет (средний возраст 42,4±7,2 года). Диагноз ГЭРБ у всех пациентов был

установлен согласно Монреальскому определению и подтвержден при эзофагогастродуоденоскопии (выявлены признаки рефлюкс-эзофагита).

Кроме стандартного клинико-инструментального обследования всем больным был предложен разработанный нами опросник для курящих пациентов, страдающих ГЭРБ, в котором учитывались пищеводные и внепищеводные жалобы. Согласно методическим рекомендациям Минздравсоцразвития Российской Федерации [4], оценивались степень никотиновой зависимости в баллах с помощью теста Фагерстрема, степень мотивации отказа от курения в баллах с помощью 2 вопросов (бросили бы вы курить, если бы это было легко и как сильно вы хотите бросить курить) и индекс курильщика (ИК), в условных единицах (у. е.) по формуле [4, 7]:

$$ИК = \frac{\text{стаж курения (лет)} \times \text{количество сигарет в день (шт.)}}{20}$$

В зависимости от значения ИК пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – 34 пациента со значением ИК до 10 у. е. ($6,02 \pm 0,45$), 2-я группа – 18 пациентов – от 11 до 20 у. е. ($14,2 \pm 0,5$), 3-я группа – 20 пациентов – более 20 у. е. ($39,3 \pm 2,24$) при ДИ 95%. Группы были сравнимы как по половым, так и по возрастным характеристикам. Для статистической обработки в качестве программного обеспечения использованы средства анализа данных Excel MS Office, критический уровень достоверности нулевой гипотезы различий принимали равным 0,05, статистическую взаимосвязь величин определяли с помощью коэффициента корреляции (r).

Результаты и их обсуждение. Показано, что больше половины курящих пациентов, страдающих ГЭРБ, из пищеводных жалоб отмечали изжогу, отрыжку, боль в эпигастральной области и кислую отрыжку. Из внепищеводных жалоб чаще всего курящих пациентов беспокоили кашель (78%) и вздутие живота (67%). Достаточно распространены были жалобы на боли за грудиной, одышку и охриплость голоса (табл. 1).

Таблица 1
Жалобы курящих пациентов, страдающих ГЭРБ

| Пищеводные жалобы | Абс. | % |
|--|------|------|
| Изжога | 59 | 81,9 |
| Кислая отрыжка | 38 | 52,8 |
| Отрыжка воздухом | 54 | 75,0 |
| Затрудненное глотание (дисфагия) | 26 | 36,1 |
| Болезненное глотание (одинофагия) | 7 | 9,7 |
| Ощущение кома в горле | 38 | 52,8 |
| Боль в эпигастральной области | 44 | 61,1 |
| Внепищеводные жалобы | | |
| Кашель | 56 | 77,8 |
| Боль за грудиной | 32 | 44,4 |
| Охриплость голоса | 31 | 43,1 |
| Одышка, часто возникающая в положении лежа | 30 | 41,7 |
| Слюнотечение | 23 | 31,9 |
| Эрозии в ротовой полости | 7 | 9,7 |
| Вздутие живота | 48 | 66,7 |
| Тошнота | 33 | 45,8 |
| Рвота | 12 | 16,7 |

Среди обследованных, у пациентов с ИК до 10 у. е. ($6,02 \pm 0,45$) средний уровень никотиновой зависимости составил $2,47 \pm 0,3$ балла, в группе пациентов с ИК от 11 до 20 у. е. ($14,2 \pm 0,5$) – $3,27 \pm 0,4$ балла и в группе с ИК более 20 у. е. ($39,3 \pm 2,24$) – $6,3 \pm 0,4$ балла. При этом была выявлена очень высокая ($r=0,98$) корреляционная взаимосвязь между показателями уровня никотиновой зависимости и ИК. Чем меньше значение ИК, тем ниже уровень никотиновой зависимости и наоборот. Высокий уровень никотиновой зависимости (58%) был зарегистрирован только в группе пациентов с ИК более 20 у. е. В группе с ИК до 10 у. е. 64% пациентов отмечали низкий уровень никотиновой зависимости (рис. 1).

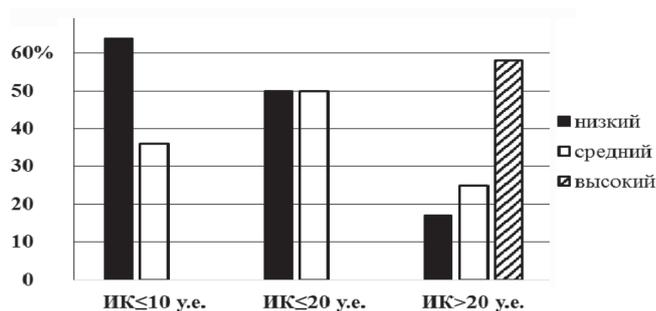


Рис. 1. Уровень никотиновой зависимости у пациентов, страдающих ГЭРБ с различным ИК

Средний показатель степени мотивации отказа от курения в группе с ИК до 10 у. е. составил $5,88 \pm 0,26$ балла, с ИК от 11 до 20 у. е. – $5,72 \pm 0,37$ балла, с ИК более 20 у. е. – $4,3 \pm 0,46$ балла.

Очень высокая отрицательная корреляционная связь ($r=-0,95$) выявлена между показателями степени мотивации отказа от курения и ИК, что проявлялось постепенным уменьшением частоты встречаемости высокой степени мотивации (от 50 до 8%) по мере увеличения ИК. Отсутствие мотивации отказа от курения отмечено только у 3 пациентов 3-й группы, в других группах данный феномен не зафиксирован. Наибольшая мотивация отказа от курения зафиксирована в 1-й группе (рис. 2).

Очень высокая положительная корреляционная связь выявлена также между динамикой ИК и оди-

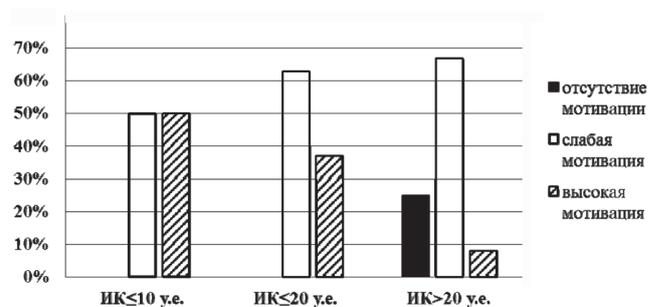


Рис. 2. Степень мотивации отказа от курения в зависимости от индекса курильщика у пациентов, страдающих ГЭРБ

нофагией (болезненное глотание), средняя – с изжогой и болью за грудиной, а с большинством жалоб хорошая и высокая отрицательная корреляционная связь (табл. 2).

Таблица 2

Количество жалоб и выраженность корреляционных связей между жалобами и ИК у больных ГЭРБ

| Жалобы | ИК, у. е. | | | r |
|---|-----------|-------|----------|-------|
| | До 10 | 11–20 | Более 20 | |
| Изжога | 61,76 | 100 | 100 | 0,69 |
| Кислая отрыжка | 52,7 | 12,5 | 70 | 0,55 |
| Отрыжка воздухом | 76,4 | 44,4 | 100 | 0,66 |
| Затрудненное глотание (дисфагия) | 29,4 | 77,7 | 10 | -0,53 |
| Болезненное глотание (одинофагия) | 5,9 | 16,7 | 10 | 0,09 |
| Ощущение кома в горле | 64,7 | 55,5 | 30 | -0,99 |
| Боль в эпигастральной области, возникающая после еды, при наклонах, ночью | 52,9 | 33,3 | 100 | 0,86 |
| Кашель | 64,7 | 88,9 | 90 | 0,71 |
| Боль за грудиной, связанная с приемом пищи | 35,3 | 33,3 | 70 | 0,95 |
| Охриплость голоса | 52,9 | 38,9 | 30 | -0,91 |
| Одышка, возникающая в положении лежа | 47 | 44,4 | 30 | -0,99 |
| Слюнотечение | 35,3 | 38,9 | 20 | -0,91 |
| Эрозии в ротовой полости | 11,8 | 16,6 | 0 | -0,86 |
| Вздутие живота | 76,4 | 33,3 | 80 | 0,34 |
| Тошнота | 47 | 27,8 | 60 | 0,64 |
| Рвота | 20 | 0 | 20 | 0,28 |

В зависимости от интенсивности курения все пациенты были разделены также на 3 группы: группа А – 33 пациента выкуривали от 1 до 10 сигарет в день ($6,9 \pm 0,33$), группа Б – 25 пациента выкуривали от 11 до 20 сигарет в день ($15,5 \pm 0,26$) и группа В – 14 пациента выкуривали более 20 сигарет в день ($25,0 \pm 0,25$) при ДИ 95%.

Установлено, что с увеличением количества выкуренных сигарет в день наблюдалось учащение жалоб на изжогу, кислую отрыжку, отрыжку воздухом и боль в эпигастральной области по проекции мечевидного отростка. При этом теснота корреляционных связей между этими показателями была достаточно высокой ($r > 0,9$). Напротив, частота жалоб на дисфагию, одинофагию и ощущение кома в горле меньше зависели от количества выкуренных сигарет в день. Корреляционная связь при этом была хорошей и выше, но отрицательной.

С количеством выкуренных сигарет в день были ассоциированы следующие внепищеводные жалобы – кашель, боль за грудиной связанная с приемом пищи и тошнота, теснота корреляционных связей которых также была высокой ($r > 0,8$), (табл. 3).

Таблица 3

Число жалоб пациентов, страдающих ГЭРБ, в зависимости от количества выкуриваемых сигарет в день и их корреляционная взаимосвязь

| Жалобы | Группы | | | r |
|---|--------|----|------|-------|
| | А | Б | В | |
| Изжога | 72,7 | 76 | 85,7 | 0,97 |
| Кислая отрыжка | 51,3 | 56 | 71,4 | 0,96 |
| Отрыжка воздухом | 63,6 | 80 | 85,7 | 0,96 |
| Затрудненное глотание (дисфагия) | 39,4 | 44 | 14,3 | -0,8 |
| Болезненное глотание (одинофагия) | 6,0 | 12 | 14,2 | 0,96 |
| Ощущение кома в горле | 51,5 | 68 | 28,6 | -0,6 |
| Боль в эпигастральной области, возникающая после еды, при наклонах, ночью | 36,3 | 72 | 100 | 0,99 |
| Кашель | 69,7 | 84 | 85,7 | 0,9 |
| Боль за грудиной, связанная с приемом пищи | 36,3 | 32 | 85,7 | 0,83 |
| Охриплость голоса | 51,5 | 32 | 42,8 | -0,43 |
| Одышка, возникающая в положении лежа | 48,5 | 40 | 42,8 | -0,64 |
| Слюнотечение | 33,3 | 32 | 28,6 | -0,97 |
| Эрозии в ротовой полости | 15,1 | 12 | 0 | -0,95 |
| Вздутие живота | 69,7 | 60 | 71,4 | 0,15 |
| Тошнота | 30 | 52 | 71,4 | 0,99 |
| Рвота | 6,0 | 28 | 14,3 | 0,35 |

В целом, наиболее частыми пищеводными жалобами курящих пациентов, страдающих ГЭРБ, были изжога, отрыжка воздухом, кислая отрыжка и боль в эпигастральной области (по проекции мечевидного отростка), увеличение частоты которых соответствовало повышению интенсивности курения ($r > 0,9$).

Жалобы на дисфагию, одинофагию и ощущение кома в горле, возможно, связаны с выраженностью эзофагита, а не с дисфункцией желудочно-кишечного тракта, возникающей на фоне табакокурения, что требует дополнительных исследований. Следовательно, частотная характеристика основных жалоб у курящих больных, страдающих ГЭРБ находилась в пределах данных ранее проведенных исследований [1, 2, 7].

Закключение. Показано, что курящие пациенты имеют особенности диспептических жалоб и внепищеводных проявлений ГЭРБ, причем, основное влияние оказывает интенсивность, а не стаж курения. Все программы, рекомендованные для борьбы с табакокурением, направленные на уменьшение интенсивности курения будут, по-видимому, оказывать положительное влияние на течение и клинические проявления ГЭРБ.

Литература

1. Абдулхаков, С.Р. Распространенность симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в г. Казани / С.Р. Абдулхаков, Р.А. Абдулхаков // Практическая медицина. – 2011. – № 1. – С. 82–85.

2. Васильев, Ю.В. Язвенная болезнь, *Helicobacter pylori* и табакокурение: патогенетические аспекты и лечение больных / Ю.В. Васильев // Эксперим. и клин. Гастроэнтерология – 2008. – № 8. – С. 12–18.
3. Васильев, Ю.В. Табакокурение и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенетические аспекты / Ю.В. Васильев // Consilium medicum. – Гастроэнтерология. – Прилож. – 2011. – № 8. – С. 5–8.
4. Гамбарян, М.Б. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения: методические рекомендации / М.Г. Гамбарян, А.М. Калинина // М.: – ФГБУ ГНИЦ ПМ. – 2012. 37 с.
5. Калягин, А.Н. Гевискон в ведении больных с внепищеводными проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.Н. Калягин, Т.В. Аснер // Consilium medicum. – Гастроэнтерология. – Прилож. – 2013. – № 1. – С. 14–17.
6. Лазебник, Л.Б. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генваля к Монреалю / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин, А.А. Машарова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 5. – С. 4–10.
7. Мокина, Н.А. Оценка распространенности и статуса табакокурения среди студентов старших курсов медико-профилактического и лечебного факультетов САМГМУ / Н.А. Мокина, О.М. Аверина // Саратовский научн.-мед. журн. – 2011. – № 2, т. 7. – С. – 497–501.
8. Al Talalwah, N. Gastrooesophageal reflux. Part 1: smoking and alcohol reduction / N. Al Talalwah, S. Woodward // Br. J. Nurs. – 2013. – Vol. 22 (3). – P. 140–142, 144–146.
9. Çela, L. Lifestyle Characteristics and Gastroesophageal Reflux Disease: A Population-Based Study in Albania / L. Çela [et al.] // Gastroenterology Research and Practice. – 2013. Article ID 936792. – 7 p.
10. Friedenber, F.K. Prevalence and risk factors for gastroesophageal reflux disease in an impoverished minority population / F.K. Friedenber [et al.] // Obes Res Clin Pract. – 2010. Vol. 4 (4). – P. 261–269.
11. Fujiwara, Y. Intern Med / Y. Fujiwara [et al.]. – 2011. – Vol. 50 (21). – P. 2443–2447.
12. Monajemzadeh, M. Is There any Association Between Passive Smoking and Esophagitis in Pediatrics? / M. Monajemzadeh [et al.] // Iran J. Pediatr. – 2013. Vol. 23 (2). – P. 194–198.
13. Mansour-Ghanaei, F. The epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a survey on the prevalence and the associated factors in a random sample of the general population in the Northern part of Iran / F. Mansour-Ghanaei [et al.] // Int. J. Epidemio. I Genet. – 2013. Vol. 4 (3). – P. 175–182.
14. Matsuki, N. Lifestyle factors associated with gastroesophageal reflux disease in the Japanese population / N. Matsuki [et al.] // J. Gastroenterol. – 2013. Vol. 48 (3). – P. 340–349.
15. Ness-Jensen, E. Tobacco smoking cessation and improved gastroesophageal reflux: a prospective population-based cohort study: the HUNT study / E. Ness-Jensen [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2014. Vol. 109 (2). – P. 171–177.
16. Vakil, N. And the Global Concensus Group. Montreal definition and classification of gastgoesofageal reflux disease: a global evidence – based consensus / N. Vakil, S.V. van Zanten, P. Kahrilas // Am. J. Gastroenterolo. – 2006. – Vol. 101. – P 1900–1920.

V.P. Pidjimyán, O.V. Dudina, N.L. Shaporova, V.N. Yablonskaya, S.R. Sarkisyan, A.E. Akhmedova, E.O. Ovchinnikova

Smoking patients with gastroesophageal reflux disease: features of clinical picture, smoking status and motivation to smoking cessation

Abstract. We considered the problem of the effect of smoking on the course of gastroesophageal reflux disease. The study included 72 smoking patients suffering from gastroesophageal reflux disease. The diagnosis was established following the Montreal definition and confirmed by esophagogastroduodenoscopy (showed signs of reflux esophagitis). All patients except for standard clinical and instrumental examination, calculated the smoking index, determines the degree of nicotine dependence and motivation of quitting. To assess the esophageal and extraesophageal complaints used a developed by us questionnaire. The peculiarities of the clinical course of gastroesophageal reflux disease in patients who smoke. The most common esophageal complaints smoking patients suffering from gastroesophageal reflux disease were heartburn, belching air, acid regurgitation and epigastric pain, which corresponded to an increase in frequency raising the intensity of smoking ($r > 0,9$). The frequency response of the main complaints in smoking patients with gastroesophageal reflux disease was within these earlier studies. It is shown that the incidence of esophageal and extraesophageal complaints in smoking patients suffering from gastroesophageal reflux disease, is dependent on the intensity of smoke to a greater extent than on the smoking history. When a high index smoker patients with gastroesophageal reflux disease observed a high level of nicotine, and vice versa. At the same time patients in parallel with the rise in the smoking index was observed a decrease in the degree of the motivation to quit smoking

Key words: tobacco smoking, gastroesophageal reflux disease, acid reflux, smoking index, Fagerstrom test, motivation to quit smoking, esophageal complaints, extraesophageal complaints.

Контактный телефон: 8-931-297-31-32; email: dr.vpidzhimyan@mail.ru