

BOALA DE REFLUX GASTROESOFAGIAN MANIFESTATĂ PRIN SIMPTOME DE PATOLOGIE ALE CĂILOR RESPIRATORII SUPERIOARE

Eugen Guţu – prof. univ., dr. hab. în. med., şef catedră,

Eduard Cerneţchi* – chirurg-endoscopist,

Iurii Gafenco* – medic-otorinolaringolog,

Catedra Chirurgie Generală-Semiologie nr. 3, IP USMF „Nicolae Testemiţanu”,

*Direcţia Medicală, Serviciul de Informaţie şi Securitate, Republica Moldova

Tel: +373 79142209, email: cernetsky.e@yandex.ru

Rezumat

Studiul prezent reflectă rezultatele utilizării unor criterii endoscopice pentru stabilirea caracterului secundar al inflamaţiei căilor respiratorii superioare la pacienţii cu boală de reflux gastroesofagian. Acest fapt este dovedit prin: determinarea la toţi pacienţii din studiu a semnelor endoscopice ale acestor patologii; caracterul neinfecţios al inflamaţiei căilor respiratorii superioare; răspuns la tratament anti-reflux. Pentru obiectivizarea rezultatelor comparate s-au elaborat două sisteme de scor, bazate pe sumarea semnelor endoscopice cu valoare neechivalentă pentru stabilirea diagnosticului atât în examenul tractului digestiv superior cât şi a căilor respiratorii superioare. La 18 pacienţi cu boala de reflux gastroesofagian, manifestată prin simptome de patologie a căilor respiratorii superioare s-a stabilit o rată de confirmare endoscopică de 61,1% a bolii de reflux, asociindu-se în 55,6% cazuri cu confirmarea endoscopică a inflamaţiei căilor respiratorii superioare. Aceasta indică la necesitatea fibroesofagogastroduodenoscopiei pacienţilor cu inflamaţie frecventă a căilor respiratorii superioare, rezistentă la tratament convenţional.

Cuvinte-cheie: BRGE, FEGDS, semne endoscopice, inflamaţia căilor respiratorii superioare, laringoscopia

Summary. Gastroesophageal reflux disease manifested through upper respiratory tracts pathological symptoms

The presented study reflects the results of endoscopic criteria employment to determine the secondary inflammation of the upper respiratory tract in patients with gastroesophageal reflux disease. This is demonstrated by: determination of the endoscopic signs of aforementioned diseases in all patients; non-infectious nature of inflammation of the upper respiratory tract; the effectiveness of anti-reflux treatment. Two scoring systems were worked out to objectify the compared results. The scoring systems were based on summing up of endoscopic signs of non-equivalent value and were used for diagnostic assessment of both the upper digestive tract and upper respiratory tract as well. Endoscopic confirmation rate of 61,1% was determined in 18 patients with gastroesophageal reflux disease with clinical manifestation of inflammation of the upper respiratory tract, endoscopically confirmed in 55,6%. At this stage, this confirms the necessity of fibrogastroscopy in patients with frequent inflammation of the upper respiratory tract resistant to the conventional treatment.

Key words: GERD, endoscopy, endoscopic signs, inflammation of the upper respiratory tract, laryngoscopy

Резюме. Болезнь гастро-эзофагеального рефлюкса, проявляющаяся симптомами заболеваний верхних дыхательных путей

В настоящем исследовании представлены результаты использования эндоскопических критериев для выявления вторичного воспаления верхних дыхательных путей у больных с гастро-эзофагеальным рефлюксом. Доводами служат: эндоскопические признаки этих заболеваний у всех исследуемых; неинфекционный характер воспаления верхних дыхательных путей; эффективность антирефлюксного лечения. Для объективизации сравнимых результатов были разработаны две системы подсчета баллов, полученные на основании оценки неравнозначных для установления диагноза эндоскопических признаков при исследовании как верхнего пищеварительного тракта, так и верхних дыхательных путей. У 18 пациентов с гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью, проявляющейся симптомами заболеваний верхних дыхательных путей эндоскопически подтвердилась рефлюксная болезнь у 61,1% больных, а в 55,6% случаев сочеталась с эндоскопическим подтверждением воспаления верхних дыхательных путей, факты указывающие на необходимость выполнения фиброэзофагогастродуоденоскопии всем пациентам с частыми воспалениями верхних дыхательных путей, стойким к стандартному лечению.

Ключевые слова: ГЭРБ, эндоскопия, эндоскопические признаки, воспаление верхних дыхательных путей, ларингоскопия

Introducere. Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) afectează până la 40% populaţie [1,2]. Cu toate că complicaţiile se întâlnesc relativ rar – 8%, această patologie determină diminuarea calităţii vieţii [3]. Diagnosticul de BRGE se instalează în baza acuzelor prezentate de pacient şi rezultatele investigaţii-

ilor instrumentale: fibroesofagogastroduodenoscopia (FEGDS), radiologice, pH-metria [4]. Totuşi, destul de frecvent tabloul clinic nu este confirmat prin rezultatele investigaţiilor, sau, din diverse motive pacientul nu totdeauna este investigat, utilizând întregul algoritm de examenări. Cea mai informativă şi acce-

sibilă metodă rămâne FEGDS, deoarece prezintă date atât despre modificarea structurilor anatomice, dereglări funcționale și morfopatologice ale mucoasei tractului digestiv superior, oferind posibilitatea și de a prelua endobiopsii [5]. Acuzele prezentate de pacienți în majoritatea cazurilor sunt polimorfe, fapt cauzat de particularitățile inervației vegetative ale organelor mediastinului și în special ale regiunii joncțiunii Eso-gastrice. Simptomele pot fi clasificate după criteriul localizării în esofagiene și extraesofagiene. La rândul său cele extraesofagiene pot fi similare celor din patologia cardiacă, pulmonară, inflamatorie a căilor respiratorii superioare (ICRS) și a coloanei vertebrale [2]. Din acest motiv pacienții se adresează primar la specialiștii din domeniul respectiv, unde se tratează timp îndelungat și cel mai des ineficient. Diagnosticul diferenciat al BRGE cu simptome extraesofagiene de patologii menționate se face în baza rezultatelor examenărilor instrumentale.

În lista patologiilor ce necesită diagnostic diferenciat cu BRGE sunt incluse și ICRS. Totodată, BRGE poate servi cauză a ICRS datorită atât contactului direct al conținutului gastric agresiv cu mucoasa esofagului superior, faringelui, laringelui în timpul refluxurilor, cât și mecanismelor reflectorii și alergice [6]. Tratamentul patologiei ICRS de origine infecțioasă sau alergică include utilizarea RAINS, antibioticelor, preparatelor antihistaminice și decongestionante. Pe fondul unui astfel de tratament evoluția ICRS provocată de BRGE nu se ameliorează sau chiar se agravează, reacționând pozitiv în schimb la terapie anti-reflux. Diagnosticul diferenciat al acestora poate fi efectuat în baza rezultatelor endoscopice obținute la examenarea atât a tractului digestiv superior cât și a căilor respiratorii superioare. Deaceia este foarte importantă identificarea unor parametri endoscopici de bază pentru stabilirea precisă a diagnozei și respectiv, indicarea corectă a tratamentului.

Scopul. Scopul studiului de față a fost determinarea unor criterii endoscopice, în examenrea tractului digestiv superior, care pot fi utilizate pentru stabilirea caracterului secundar al ICRS la bolnavii cu BRGE.

Material și metode. Am efectuat analiza retrospectivă a bazei de date menținute prospectiv a pacienților cu BRGE diagnosticați și tratați în Clinica de Chirurgie Generală-semiologie nr.3, IMSP Spitalul Clinic Municipal N1, Chișinău, Republica Moldova și Direcția Medicală SIS RM din 2008 până în 2016. Din bază au fost selectați pacienții îndreptați la FEGDS primară de către medicul otorinolaringolog. Criterii de includere în studiu au servit: (1) evidența la medicul otorinolaringolog cu ICRS (faringite, laringite, sinusite); (2) evoluția cronică a ICRS, cu durata de la 0,5 la 5 ani; (3) lipsa efectului de la tratamentul

complex al ICRS (antibioticoterapie, antiinflamatorii nesteroidiene, antihistaminice, decongestionante); (4) remisia simptomelor ICRS la tratamentul complex al BRGE (antisecretorii, antacide, prokinetice). Criterii de excludere au servit: (1) dereglarea anatomiei rino-faringelui (devieri de sept nazal, intervenții chirurgicale în antecedente); (2) fumatul; (3) contact cu noxe; (4) adresare la medic exclusiv în perioadele cu fon alergic pronunțat (polinoze); (5) sarcina.

Pacienților incluși în studiu li s-au efectuat examenările clinice, de laborator și endoscopice. Examenul clinic al medicului chirurg a inclus evaluarea acuzelor, anamneza cu stabilirea necesității examenărilor ulterioare. Au fost stabilite și evaluate următoarele acuze: pirozismul – senzații de arsuri retrosternale ascendente, însoțite de apariția gustului acid sau amar; congestia rino-faringelui – senzații de iritare sau corp străin în gât; halena – miros fetid din cavitatea bucală; tuse uscată; salivatie excesivă; disfonia; glosalgia – senzații de iritare, arsuri sau dureri a suprafeței limbii.

Pentru stabilirea factorului etiologic al inflamației s-au preluat frotiuri din rino-faringe și laringe și s-a evaluat creșterea florei patogene și saprofite după în-sămânțarea primară pe medii dense, conform metodei standard [7]. Laringoscopia directă a fost efectuată de către medicul otorinolaringolog, iar cea indirectă de otorinolaringolog în comun cu chirurgul-endoscopist. S-a utilizat fibrobronhoscopul OLYMPUS BF-XT 40. Reșind din momentul intensității maxime a acuzelor, laringoscopia era efectuată dimineața la prima oră. La laringoscopia indirectă și directă s-a evaluat starea mucoasei faringelui, laringelui vestibular, coardelor vocale și cavității infraglotice. Starea mucoasei a fost evaluată după semnele clasice ale inflamației și unii parametri specifici: culoarea, luciul, grosimea mucoasei, edem, exudat. Investigatia FEGDS a fost efectuată, utilizând endoscopul OLYMPUS GIF XQ 40. Sursa de lumină în ambele investigații a servit OLYMPUS CLE 10 cu lămpi halogen standard. La FEGDS s-au evaluat următoarele semne endoscopice: semnul „cupolei”, prolabarea la eructații a mucoasei gastrice în lumenul esofagean, prezența deformării piloro-bulbare, beanța cardiacă la intrare, semne certe de hernie hiatală, prezența semnelor de afectare a mucoasei esofagului distal – esofagită de reflux.

Cu scopul obiectivizării rezultatelor endoscopice în diagnosticarea atât a BRGE cât și a ICRS a fost elaborat câte un scor, respectiv pentru FEGDS și laringoscopie. Luând în considerație neechivalența semnelor endoscopice pentru confirmarea diagnosticului, scorul s-a bazat pe metoda analizei ierarhice [8]. Am utilizat principiile de bază a metodei, adaptate la necesitățile studiului: (1) prioritizarea – stabilirea importanței unui semn endoscopic față de altul;

(2) ranjarea – repartizarea semnelor endoscopice conform gradului de importanță. Au fost prioritizate și ranjate conform importanței semnele endoscopice respectînd următoarele criterii: ponderea pentru stabilirea diagnozei, certitudinea cu care poate fi evocat semnul endoscopic, dependența stabilirii și evaluării parametrului de abilitățile profesionale ale operatorului. Semnele endoscopice stabilite au fost împărțiți în două grupuri de importanță. Semnele cu grad mai mic de certitudine al enunțului, cu valoare mai mică sau cu influență indirectă pentru stabilirea diagnosticului au fost apreciate cu câte 1 punct. Semnele evocate cu certitudine mai mare, cu valoare mai mare pentru diagnostic, sau mai puțin operator-dependente au fost apreciate cu 2 puncte.

La FEGDS s-au evaluat următoarele semne endoscopice, apreciindu-le cu 1 sau 2 puncte conform valorii pentru stabilirea diagnosticului de BRGE endoscopic confirmată: semnul „cupolei” (C) – vizualizarea în retroflexie a regiunii cardiale a stomacului cu stabilirea beaței considerabile a joncțiunii esogastrice, dar cu adiacența cardiei propriu-zise pe endoscop; prolabarea la eructații a mucoasei gastrice în lumenul esofagean (P); prezența deformării piloro-bulbare (presupune deficit de tranzit gastro-duodenal și creșterea presiunii intragastrice, semn indirect) (DPB) – fiecare câte 1 punct; beața cardiei la intrare cu insuflare minimă (BC); semne certe de hernie hiatală (HH); prezența semnelor de afectare ale mucoasei esofagului distal (ER) – fiecare câte 2 puncte. Pentru fiecare pacient în rezultatul examenului endoscopic punctajul poate varia de la 0 până la 9 (tab.1). Semnele cu valoare minimă sunt indirecte și stabilite chiar combinat nu indică obligator la BRGE endoscopic confirmată. Prezența unui singur semn cu valoare maximă nu este suficientă pentru confirmarea veridică a BRGE, deoarece fiecare din ele își păstrează caracterul operator-dependent într-o măsură oarecare – ca hernia hiatală de exemplu, iar esofagita și beața cardiei pot fi manifestare a unui alt sindrom sau patologie (intoxicație, insuficiență hepatică, diabet zaharat, dereglări neurologice). Determinarea la FEGDS a unui semn cu valoare maximă și a unui semn cu valoare minimă acumulează 3 puncte, punctaj nu întotdeauna peste limita confirmării, de exemplu: prolabarea mucoasei asociată cu beața cardiei sau esofagită combinată cu deformare piloro-bulbară. Acumularea scorului ≥ 4 puncte presupune determinarea endoscopică a cel puțin două semne cu valoare maximă sau a tuturor semnelor cu valoare minimă, asociate cu cel puțin un semn cu valoare maximă. Exemple: esofagita de reflux stabilită în asociere cu beața cardiei; combinația semnelor endoscopice de hernie hiatală cu beața cardiei sau esofagita de reflux vorbesc despre persistența

de lungă durată a dereglării neuro-musculare a joncțiunii eso-gastrice, cu dereglări morfologice și funcționale, ce permite conform definiției OMS a considera BRGE confirmată endoscopic. Astfel, limita confirmării a fost stabilită de 4 puncte.

Pentru examenarea căilor respiratorii superioare s-au analizat următorii parametri: modificarea luciului, modificarea culorii, modificarea aspectului paternului vascular (grosimea mucoasei) – fiecare câte 1 punct; prezența edemului sau exudatului – fiecare câte 2 puncte (caracterizează preponderent spațiul supraglotic și coardele vocale). Punctajul maxim, care poate fi acumulat de pacientul cu ICRS este de 7 puncte (Tab.1). ICRS, diagnosticată de medicul ORL este confirmată sau neconfirmată în dependență de punctaj. Acumularea scorului de ≤ 3 puncte presupune prezența a până la trei semne cu valoare minimă, ce nu ating limită confirmării deoarece pot fi manifestarea unei reacții locale la particularitățile termice și chimice ale bolului alimentar, fonație excesivă, a variabilității diurne a suprafeței mucoasei. Teoretic ar mai acumula acest scor și asocierea dintre un semn cu valoare minimă și unul cu valoare maximă, care poate confirma endoscopic ICRS, dar o astfel de asociere în studiul prezent nu s-a determinat. Astfel, limita confirmării ICRS a constituit 4 puncte.

Tabelul 1

Scor endoscopic unificat

FEGDS		Laringoscopia	
HH	2	Edem	2
ER	2	Exudat	2
DPB	1	Culoare	1
BC	1	Luciu	1
C	1	Patern vascular	1
P	1	Total	
Total			

Datele obținute au fost înregistrate și analizate cu ajutorul statisticii descriptive. Valorile absolute sunt prezentate ca medii \pm DS, cele relative în procente. Pentru comparația valorilor relative a fost utilizat testul exact Fisher.

Rezultate. Din baza de date au fost selectați conform criteriilor enumerate 18 pacienți. Din ei bărbați – 15, femei – 3. Vârsta pacienților a variat între 26 și 62 ani, media fiind $40,6 \pm 11,01$ ani.

Rezultatele examenului bacteriologic au indicat lipsa florei patogene în toate cazurile. Creșterea concentrației florei saprofite, așa numitei florei „rezidente” – *Neiseria*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus haemoliticus* în concentrația până la $\times 10^6$ s-a stabilit la 8 pacienți, toți 8 acumulând punctaj endoscopic peste limita confirmării ICRS.

Din semnele clinice prevalau congestia rino-farin-

gelui, halena, tuse uscată, salivăție excesivă, disfonia, glosalgia asociate sau nu cu pirozitul (tab. 2).

Tabelul 2

Repartizarea semnelor clinice

Semne clinice	Pacienți n (%)
Congestia rino-faringelui	11 (61,1%)
Pirozis	9 (50%)
Halena	8 (44,4%)
Tuse uscată	8 (44,4%)
Salivăție excesivă	5 (27,8%)
Disfonia	5 (27,8%)
Glosalgia	3 (16,7%)

Pirozitul reprezintă cel mai caracteristic simptom pentru BRGE, și din alte semne clinice s-a asociat cel mai frecvent cu tusea – în 5/9 cazuri. Conform scorului bazat pe semne laringoscopice, reprezentate în tabelul 3, pacienții au acumulat de la 2 până la 7 puncte.

Tabelul 3

Repartizarea semnelor laringoscopice

Semne endoscopice	Pacienți n (%)
Edem	15 (83,3%)
Modificări de luciu	12 (66,7%)
Modificări de culoare	11 (61,1%)
Caracteristica paternului vascular	9 (50%)
Exudat	9 (50%)

Punctajul mediu a constituit $4,5 \pm 1,4$. Astfel, ICRS a fost diagnosticată clinic în toate cazurile, dar sub limita confirmării endoscopice au fost 3 pacienți, ei acumulând până la 3 puncte, în mediu $2,3 \pm 0,5$ puncte. 15 pacienți au acumulat de la 4 la 7 puncte – în mediu $4,9 \pm 0,99$, ICRS diagnosticată clinic fiind confirmată endoscopic.

Semne endoscopice de BRGE s-au determinat deasemenea în toate cazurile (tab. 4).

Tabelul 4

Repartizarea semnelor FEGDS

Semne endoscopice	Pacienți n (%)
Beața	14 (77,8%)
Semnul cupolei	11 (61,1%)
Esofagită de reflux	9 (50,0%)
Hernie hiatală	6 (33,3%)
Prolabarea mucoasei	6 (33,3%)
Deformația piloro-bulbară	5 (27,8%)

Scorul bazat pe aceste semne clinice a variat de la 2 până la 7 puncte, media constituind $4,4 \pm 1,5$. Au depășit limita confirmării BRGE de 4 puncte 11/18 bolnavi – 61,1%, cu punctajul $5,5 \pm 0,98$. BRGE neconfirmată a rămas la 7/18 – 38,9% pacienți cu punctajul $2,9 \pm 0,4$. Astfel, asocierea între BRGE și ICRS confirmate s-a stabilit la 10/18 bolnavi – 55,6%. BRGE confirmată și ICRS neconfirmată – la 1/18 bol-

nav – 5,5%. BRGE neconfirmată și ICRS confirmată s-a stabilit la 5/18 – 27,8%. BRGE neconfirmată și ICRS confirmată la 2/18 – 11,1% pacienți. Conform rezultatelor FEGDS pacienții au fost repartizați în 2 grupuri: cu confirmare a BRGE și cu scor endoscopic insuficient pentru confirmarea BRGE (tab. 5). În grupul cu BRGE confirmată ICRS se determină mai frecvent, decât în grupul cu BRGE neconfirmat, diferența fiind statistic nesemnificativă, probabil din cauza numărului relativ mic de cazuri studiate.

Tabelul 5

Repartizarea ICRS în grupurile cu BRGE confirmată și neconfirmată

	ICRS c	ICRS nc	Total	Valoarea p
BRGE c	10(90,9%)	1(9,1%)	11(100%)	>0,05
BRGE nc	5(71,4%)	2(28,6%)	7(100%)	

Discuții. Există, multiple relatări despre lipsa corelației dintre manifestările clinice ale BRGE și rezultatele investigațiilor instrumentale ale tractului digestiv superior [9, 10]. Acest fapt este explicat prin imperfecțiunea metodelor diagnostice, polimorfismul acuzelor, particularități individuale fiziologice sau morfologice ale pacientului. Neajunsurile FEGDS pentru diagnosticarea BRGE sunt cauzate de caracterul operator-dependent al investigației și respectiv, divergențe diagnostice, care implică evaluarea subiectivă a patologiei mai puțin grave, sau a schimbărilor morfopatologice mai puțin manifeste [11]. Aceeași afirmație este corectă și pentru examinările căilor respiratorii superioare. Astfel, la toți pacienții din studiu a apărut necesitatea evaluării semnelor endoscopice obținute atât la FEGDS cât și laringoscopie sub aspectul veridicității diagnostice. În scorul endoscopic FEGDS s-au luat în considerație semnele care indică direct sau indirect la BRGE. Semnele endoscopice, nefiind echivalente au fost prioritizate și ranjate în două grupuri: cu valoare maximă și minimă, apreciate respectiv cu 2 și 1 puncte. Valoarea unghiului His în patogeneza BRGE este evocată de mai mulți autori [12,13]. Semnul „cupolei” – presupune incompetența „valvei” unghiului His, dar competența cardiacă. Atunci când unghiul devine obtuz funcția de „valvă” dispăre. Pentru evaluarea acestui semn este necesară respectarea următoarei condiții: efectuarea retroflexiei la începutul examenării și nu la ieșire, cu insuflare minimă – o manevră subiectivă. Chiar la îndeplinirea corectă a acesteia rămâne subiectivă aprecierea diametrului joncțiunii esogastrice comparativ cu dimensiunile endoscopului. Mobilitatea excesivă a unghiului His se manifestă la endoscopie prin prolabare la efort vomitiv a mucoasei gastrice în lumenul esofagean presupune deasemenea pierderea

funcţiei de „valvă”. Aceste semne au fost apreciate cu câte 1 punct din motivul caracterului operator-dependent. Deformarea piloro-bulbară presupune deficitul de tranzit gastro-duodenal şi, ca urmare, o creştere a presiunii intragastrice cu suprasolicitaarea cardiei. Acest semn a fost apreciat cu 1 punct, fiind indirect. La debutul investigaţiei, în timpul avansării cu endoscopul prin esofag în condiţii de insuflare minimă cardia trebuie să fie închisă, sau să se închidă complet în ritmul undei peristaltice. Beanţa cardiei la intrare sau închiderea incompletă indică la o dereglare de inervaţie vegetativă la acest nivel [14]. În studiul prezent beanţa a fost evaluată cu 2 puncte din cauza ponderii pentru instalarea diagnosticului de BRGE şi dependenţei mai mici de abilităţile endoscopistului. Semnele certe de hernie hiatală: deformarea severă a joncţiunii eso-gastrice, determinarea certă a hiatului esofagian distal de joncţiunea eso-gastrică, adică pe regiunea cardială a stomacului, deformarea „în filet” a regiunii cardio-fundale au fost apreciate cu 2 puncte, reunind toate trei criteriile de evaluare. La fel şi esofagită de reflux sau transformarea fibroasă a liniei „Z” au obţinut 2 puncte.

Pentru confirmarea ICRS au fost evaluate semnele endoscopice de bază obţinute la laringoscopie. Culoarea mucoasei a fost descrisă ca roz-perlată, roz-pală, roşie, hiperemiată intens, cianotică. Culoarea este un parametru perceput subiectiv şi variabil în normă pe parcursul zilei, deaceia are o certitudine mică de enunţ, la fel ca şi luciul mucoasei. Luciul mucoasei a fost descris ca scăzut, obișnuit şi aspect „lăcuit”. Aspectul „lăcuit” al mucoasei vestibulului laringelui, fără alte afecţiuni indică, dar nu obligator o atrofie a mucoasei. Luciul scăzut indică la o uscare a mucoasei sau o îngroşare a ei. Grosimea mucoasei a fost apreciată şi conform vizualizării paternului vascular: nu se vizualizează, se vizualizează incert, reţea vasculară obișnuită, injectarea vaselor. Injectarea vaselor submucosale poate fi provocată de o multitudine de factori, nu neapărat fiind semn de ICRS, deci acest semn are o pondere redusă pentru instalarea diagnosticului. Despre subţierea mucoasei mai mărturiseşte evidenţierea tuberculelor corniculate (Santorini) pe cartilajul aritenoid şi cuneiforme (Wrisberg) în grosimea plicii ariteno-epiglotică (inflamaţie cronică subatrofică, atrofică). Însă, aceste formaţiuni anatomice frecvent nu sunt dezvoltate în normă, deci au o valoare diagnostică mică. Astfel, semnele descrise au fost apreciate cu câte 1 punct. Edemul se determină ca micşorare a lumenelor fiziologice, ştergerea conturului cartilajelor, micşorarea mobilităţii, modificarea formei şi mărirea uvulei. Deasemenea, edemul mucoasei laringiene împiedică închiderea uniformă a coardelor vocale la fonaţie. Acest semn a fost apreciat

cu 2 puncte, datorită certitudinii de evocare şi valorii pentru instalarea diagnosticului. Depunerile de exudat albicios pe peretele posterior al faringelui, plicele vestibulare, arcurile palatine, tonzile, epiglotă pot fi evocate cert şi ponderea acestui semn pentru confirmarea ICRS este mare, el fiind apreciat cu 2 puncte.

Din semnele clinice determinate la pacienţi cel mai frecvent s-a înregistrat congestia rino-faringelui 61,1%, fiindcă reprezintă probabil o acuză polignostică. Pirozismul este un semn patognomonic pentru refluxul gastro-esofageal. Incidenţa pirozismului în calitate de semn clinic al BRGE în publicaţii de specialitate este similară cu rezultatul prezentului studiu – 50% [15]. Astfel, pirozismul din 9 cazuri se asociază mai frecvent cu tusea uscată – la 5 pacienţi, rezultat ce argumentează formularea mai ţintită a întrebărilor puse pacientului cu ICRS pentru diagnosticarea BRGE. Halena şi tusea uscată se determină relativ frecvent în acest studiu – 44,4%, ce le dovedeşte ca simptome caracteristice nu numai pentru ICRS, dar şi pentru BRGE.

Scorul FEGDS propus în acest studiu nu este aplicabil pentru stabilirea indicaţiilor preoperatorii la BRGE. Aici este necesară elaborarea unui scor mai amplu, care să includă datele anamnezei, statutului neurologic, rezultatele altor investigaţii instrumentale. Astfel, veridicitatea confirmării BRGE corelează cu veridicitatea confirmării patologiei ICRS, caracterul neinfecţios al procesului ICRS fiind dovedit în toate cazurile incluse în studiu. Aceasta ne face să presupunem concludent BRGE în calitate de cauză a modificărilor morfopatologice ICRS. Mecanismele de acţiune pot fi de contact, alergice sau altele descrise [6]. Tratamentul complex indicat pentru BRGE a rezultat prin ameliorarea clinicii de ICRS, fapt care a servit criteriu de includere în studiu, şi a exclus o coincidenţă a BRGE cu o patologie a căilor respiratorii la acelaşi pacient. Aşadar, pacienţii cu patologia ICRS cu substrat morfopatologic confirmat endoscopic, cu caracter neinfecţios, rezistentă la tratament specific cu RAINS şi antibiotice, necesită a fi suspecţi la simptomatologia extraesofageană a BRGE cu introducerea FEGDS în algoritmul diagnosticului diferenciat.

Concluzii

1. Pacienţii ORL cu patologie ICRS frecventă, rezistentă la tratament specific necesită investigaţia FEGDS cu scopul determinării BRGE eventuale.

2. Simptomele extraesofagiene ORL ale BRGE sunt de fapt manifestarea patologiei inflamatorii a căilor respiratorii superioare, provocate de refluxul gastro-esofagean cronic.

3. În lipsa schimbărilor morfopatologice severe FEGDS nu asigură obiectivizarea diagnosticului din cauza lipsei evaluării standartizate a semnelor en-

doscopice, deaceea este utilă aplicarea în practică a scorului endoscopic cu scopul confirmării veridice a diagnosticului de BRGE.

Bibliografie

1. Pia Luedtke, *Diagnosis of Benign Esophageal Strictures: A Pattern Approach*, Radiologic. RadioGraphics, 2003; 23: 897–909.
2. Григорьев П.Я., *Клиническая гастроэнтерология*, Мед. информ. агентство, 2004; 768.
3. Hahn EG., *Klinische Gastroenterologie*, 2000; 218; Kopp, I. *Gastroenterologie compact*, 2001; 392.
4. Валитова Э.Р., *Функциональные методы исследования пищевода*, Эксперим. и клин. Гастроэнтерология, 2010; 310:71–74.
5. Капралов Н.В., *Внутрипищеводный рН-мониторинг в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с хронической бронхолегочной патологией*, М-лы республ. науч.-практ. конф. „Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь”, 2008, 28–30.
6. Лярская Н.В., *Современные аспекты этиологии, патогенеза и клиники гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей*, Вестн. ВГМУ., 2008; 7, 2: 1–11.
7. Vanderpitte J., *Basic laboratory procedures in clinical bacteriology*, Geneva, 2003; 8-12.
8. Saaty L. Thomas, *Relative Measurement and its Generalization in a Decision Making: Why Pairwise Comparisons are Central in Mathematics for the Measurement of intangible Factors*, Rev. R. Acad. Cien. Serie A. Mat, 2008; 102: 251-318.
9. Dent J., *An evidence-based appraisal of reflux disease management – the Genval Workshop report*, Gut., 1999; 44: 1–16.
10. Лазебник Л.Б., *Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генваля к Монреалю*, Эксперим. и клин. гастроэнтерол., 2007, 5: 4–10.
11. Валитова Э.Р., *Функциональные методы исследования пищевода*, Эксперим. и клин. гастроэнтерология., 2010, 310: 71–74.
12. Ефимов Н. П., *Замыкательная функция пищеварительного тракта*, 1994, 100 – 119.
13. Зиновьева И. Е., *Конституционно-морфологические особенности пищевода-желудочно-го перехода*, Морфология, 1998, 113, 3: 51.
14. Paterson WG., *The lower esophageal sphincter*, Clin.and Invest.Med., 2002, 25, 1-2: 47 – 53.
15. Бабак О. Я., *Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь*, 2000, 175.