

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНОСИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ*Ирина Васильевна Темникова¹, Мария Владимировна Субботина²,
Елена Владимировна Онучина³*

(¹Дорожная клиническая больница на станции Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД», гл. врач — к.м.н. Е.А. Семенищева; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра оториноларингологии, зав. — к.м.н. М.В. Субботина; ³Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра терапии и кардиологии, зав. — д.м.н., проф. С.Г. Ку克林)

Резюме. Цель работы — оценить качество жизни пациентов с хроническим риносинуситом (ХРС), ассоциированным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Авторами были обследованы 140 человек в возрасте от 18 до 81 года с затруднением носового дыхания различной этиологии, а также 30 здоровых людей с помощью анкеты SF-36. Сравнение количественных показателей проводили U-тестом Манна-Уитни. Качество жизни по всем параметрам физического (РН) и компонентам психологического здоровья (МН) было достоверно ниже у пациентов с ХРС, ассоциированным с ГЭРБ (26 человек; РН=37±17 и МН=36±9 баллов), ХРС без ГЭРБ (29 человек; РН=44±10 и МН=43±10), а также у больных ГЭРБ без синусита (28 человек; РН=39±6 и МН=38±11 балла) по сравнению с пациентами, имеющими деформацию носовой перегородки (27 человек; РН=56±6 и МН=55±8) и абсолютно здоровыми людьми (30 человек; РН=56±4 и МН=52±9). Наличие сопутствующей ГЭРБ у больных ХРС приводит к большему снижению качества жизни в отношении выполнения физических нагрузок, к заниженной оценке больным своего здоровья, к ухудшению эмоционального состояния, сильнее страдает психологический компонент здоровья по сравнению с пациентами, имеющими ХРС без ГЭРБ. Что позволяет предположить причинно-следственную связь между ХРС и ГЭРБ и выделить ХРС, ассоциированный с ГЭРБ, в отдельную нозологическую форму. Пациенты, страдающие ХРС и ГЭРБ, имеют более низкие показатели психического и физического здоровья в сравнении с пациентами с ГЭРБ, не имеющими патологии носа и околоносовых пазух и по сравнению с пациентами, имеющими нарушение носового дыхания невоспалительного генеза: имеются депрессивные и тревожные переживания, психическое неблагополучие, снижение психологической и физической составляющей здоровья. Нарушение носового дыхания в результате воспалительного процесса в околоносовых пазухах снижает качество жизни больше, чем нарушение носового дыхания невоспалительного генеза, как по физическому, так и по психологическому компонентам здоровья.

Ключевые слова: качество жизни, хронический риносинусит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS ASSOCIATED WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE*Irina V. Temnikova, Mariya V. Subbotina², Elena V. Onuchina³*

(¹Road Clinical Hospital Irkutsk-Passenger station joint stock company «Russian rail ways»; ²Irkutsk State Medical University; ³Irkutsk State Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. The aim of our work was to evaluate the quality of the life of patients with chronic rhinosinusitis (CRS) associated with gastroesophageal reflux disease (GERD). The authors surveyed 140 people aged from 18 to 81 years with difficulty in nasal breathing of various etiologies and 30 healthy persons using the questionnaire SF-36. The presence of concomitant GERD in patients with CRS (26 patients) leads to a greater reduction in the quality of life in relation to the implementation of physical activity (PH=37±17), to an underestimation of the patient's health, to the deterioration of the emotional state, stronger than suffering the psychological component (MH=36±9) of health compared to patients with CRS without GERD (29 patients; PH=44±10; MH=43±10). This suggests a causal relationship between GERD and CRS, to allocate a separate nosological form — CRS associated with GERD. Patients with CRS and GERD, have lower rates of mental and physical health, compared with patients with GERD who have no pathology of a nose and paranasal sinuses (28 patients; PH=39±6 and MH=38±11). All patients with CRS associated with GERD have quality of life lower, than in 27 patients with deformation of septi nasi only (PH=56±6 and MH=55±8): there are depressive and anxious feelings, mental distress, decrease in mental and physical health component. Violation of nasal breathing, as a result of inflammation of paranasal sinuses reduces the quality of life more than the violation of nasal breathing noninflammatory genesis of both physical and psychological components of health.

Key words: Quality of life, Chronic rhinosinusitis (CRS), Gastro esophageal reflux disease (GERD).

Традиционно медицина при оценке качества лечения полагалась на результаты лабораторных и клинических исследований, но в последнее время оценка качества жизни признаётся как важный критерий результата терапии. Термин «качество жизни» даёт оценку благополучия в основных сферах жизни человека: физической, психологической, социальной, духовной и экономической. [1]. Был разработан целый ряд средств, которые могут применяться у пациентов для оценки состояния здоровья с различными патологическими состояниями. Они включают короткую форму 36 (SF-36) (Ware and Sherbourne, 1992), Европейский критерий качества жизни (EuroQol, 1996), Ноттингемский профиль здоровья (NHB) (Hunt S., 1986) и Профиль действия болезни (SIP) (Bergner M., 1981).

Опросник SF-36, разработанный Бостонским институтом здоровья, является одним из широко используемых, он хорошо апробирован и используется для групповых сравнений, учитывая общие концепции здоровья и благополучия, то есть те параметры, которые не являются специфичными для различных возрастных или нозологических групп [13].

Нос и околоносовые пазухи, как источник многих симптомов, представляют заметные трудности для применения объективных методов исследования. Чувствительная к изменениям окружающей среды и проявляющая широкий диапазон физиологических ответов и рефлексов, система носа и околоносовых пазух сложна для количественной оценки в клинике [2].

Хронический риносинусит (ХРС) является частой

патологией околоносовых пазух. На его долю приходится от 1 до 9,6% среди всех случаев риносинуситов [6]. Распространенность последних составляет 15% среди взрослого населения и 5% — среди детского [3]. Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) достигает 25,9-27,8% [11]. Экспертами Монреальской конференции выделена отдельная форма ГЭРБ-ассоциированного синусита [15]. Имеются данные о высокой частоте поражения околоносовых пазух у больных ГЭРБ [8, 9, 10].

Установлена прямая зависимость ухудшения качества жизни от выраженности симптомов рефлюкса [17]. Представление о нарушении качества жизни оказывается базисным в свете современной клинически ориентированной концепции ГЭРБ. Практически половина случаев указанной патологии диагностируется лишь на основании симптомов рефлюкса и негативной оценки больным своего физического здоровья и психологического состояния из-за симптомов. В свою очередь риносинусит не только часто приводит к временной потере трудоспособности, но и существенно сказывается на качестве жизни больных, причем это ухудшение даже более выражено, чем при ишемической болезни сердца и ХОБЛ. Очень часто нет четкой корреляции между клиническими проявлениями риносинусита и результатами дополнительных методов исследования. В таких случаях качество жизни является определяющим фактором оценки здоровья пациента и эффективности проводимой терапии [5]. У трети больных риносинусит сопровождается развитием или прогрессированием депрессии [3, 7, 16]. В других исследованиях есть указания на то, что у больных с хроническим риносинуситом имеется низкий уровень качества жизни в сочетании с неблагоприятным личностным профилем и склонностью больных к невротизации, эмоциональной неустойчивости и замкнутости [4].

Таким образом, в литературе имеются только отдельные исследования о качестве жизни пациентов, имеющих проявления одновременно ГЭРБ и хронического синусита [14].

Цель исследования: оценить качество жизни у пациентов с хроническим риносинуситом, ассоциированным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы

Обследовали 140 человек в возрасте от 18 до 81 года, находящихся на стационарном лечении в ЛОР и гастроэнтерологическом отделениях Дорожной клинической больницы г. Иркутска. Пациентов разделили на пять групп: в первую вошли больные с ХРС и ГЭРБ без ДНП; во вторую с ХРС без ГЭРБ без ДНП; 3 группа была представлена пациентами с деформацией носовой перегородки без ХРС и без ГЭРБ; в 4 группу вошли пациенты с ГЭРБ без патологии носа и околоносовых пазух; 5 группа включала в себя здоровых людей без патологии ЛОР-органов и желудочно-кишечного тракта, обследо-

ванных на профосмотре. Распределение обследуемых по полу и возрасту представлено в таблице 1 (различия по полу и возрасту между группами статистически незначимы — $p > 0,05$).

Диагноз хронического синусита соответствовал критериям EPOS 2012 [12]. Согласно этому европейскому документу под ХРС понимается воспаление слизистой носа и околоносовых пазух и предполагает наличие двух и более симптомов, одним из которых является заложенность носа, выделения из полости носа, боль в области лица, снижение обоняния. При условии, что симптомы сохраняются 12 недель. Диагностику ГЭРБ осуществляли на основании рекомендаций Монреальского консенсуса [15] и 24 часовой pH-метрии пищевода и желудка. Всем обследуемым проводили сбор жалоб и анамнеза, ЛОР-осмотр с использованием эндоскопической техники, фиброэзофагогастродуоденоскопию, компьютерную томографию околоносовых пазух. В исследование не включали пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом, одонтогенной этиологией риносинусита, полипозным ХРС, иммунодефицитным состоянием, беременных. Всем участникам исследования проводили анкетирование с помощью опросника SF-36 по восьми шкалам: оценивали в баллах от 0 и 100 физическое функционирование (PF), ролевую деятельность (RP), телесную боль (BP), общее здоровье (GH), жизненную активность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Шкалы группировались в два показателя: физический компонент здоровья (PH) и психологический компонент здоровья (MH). Составляющие физического компонента здоровья (PH): физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH). Психологический компонент здоровья (MH) включает составляющие шкалы: жизненную активность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH).

Более высокая оценка указывала на более высокий уровень качества жизни, 100 соответствовало полному здоровью. Все этапы исследования выполняли с соблюдением этических принципов.

Статистическую обработку результатов выполняли при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.0. Сравнение количественных показателей проводили U-тестом Манна-Уитни, качественных — с помощью показателя хи-квадрат. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Показатели качества жизни у обследованных нами пациентов и здоровых людей отражены в таблице 2. Качество жизни по всем параметрам физического и компонентам психологического здоровья было статистически значимо ниже в 1 (PH=37±17 и MH=36±9 баллов), 2 (PH=44±10 и MH=43±10 балла) группах у пациентов с ХРС, ассоции-

Таблица 1

Распределение обследуемых пациентов по полу и возрасту

Количество человек	1 группа		2 группа		3 группа		4 группа		5 группа		Всего	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Распределение по полу	18	8	20	9	18	9	18	10	21	9	95	45
Статистическая значимость различий в группах по полу	$p_{1-2}=0,9$ $p_{1-3}=0,4$ $p_{1-4}=0,15$ $p_{1-5}=0,9$		$p_{2-3}=0,85$ $p_{2-4}=0,7$ $p_{2-5}=0,9$		$p_{3-4}=0,8$ $p_{3-5}=0,78$		$p_{4-5}=0,6$					
Средний возраст пациентов	47±5		39±12		43±11		45±7		41±11		41,3±12	
Статистическая значимость различий в группах по возрасту	$p_{1-2}=0,5$ $p_{1-3}=0,1$ $p_{1-4}=0,9$ $p_{1-5}=0,06$		$p_{2-3}=0,2$ $p_{2-4}=0,13$ $p_{2-5}=0,08$		$p_{3-4}=0,16$ $p_{3-5}=0,67$		$p_{4-5}=0,06$					

рованным с ГЭРБ и без неё, а также в 4 группе больных ГЭРБ (PH=39±6 и MH=38±11 балла) по сравнению с пациентами 3 (PH=56±6 и MH=55±8 баллов) и 5 (PH=56±4 и MH=52±9 баллов) групп, имеющих ДНП и абсолютно здоровыми людьми.

В 1 группе пациентов (ХРС с ГЭРБ)

Показатели качества жизни обследованных пациентов

Показатели качества жизни	Группы пациентов				
	1 группа (ХРС с ГЭРБ)	2 группа (ХРС без ГЭРБ)	3 группа (ДНП) без ГЭРБ	4 группа (ГЭРБ без ЛОР-патологии)	5 группа (здоровые)
РФ-физическое функционирование	68±2	84±3	95±2	76±3	95±3
РР-ролевая деятельность	45±10	51±2	51±2	51±3	100
ВР- телесная боль	42±7	84±5	85±3	46±7	100
ГН-общее здоровье	56±9	51±3	79±1	54±3	93±3
VT-жизненная активность	54±2	59±5	80±9	48±7	93±7
SF-социальное функционирование	62±2	68±10	85±5	75±5	100
RE-эмоциональное состояние	42±26	66±6	88±10	50±6	100
МН-психическое здоровье	56±3	62±9	81±9	55±8	95±2
РН-физический компонент здоровья	37±3	44±10	56±6	45±2	62±9
МН-психологический компонент здоровья	36±4	49±3	55±8	46±2	64±7
Достоверность различий по физическому компоненту здоровья	$p_{1-2}=0,2$ $p_{1-3}=0,0001$ $p_{1-4}=0,04$ $p_{1-5}=0,001$	$p_{2-3}=0,00003$ $p_{2-4}=0,09$ $p_{2-5}=0,00003$	$p_{3-4}=0,9$ $p_{3-5}=0,015$	$p_{4-5}=0,05$	
Достоверность различий по психологическому компоненту здоровья	$p_{1-2}=0,03$ $p_{1-3}=0,000001$ $p_{1-4}=0,03$ $p_{1-5}=0,000004$	$p_{2-3}=0,0001$ $p_{2-4}=0,12$ $p_{2-5}=0,00001$	$p_{3-4}=0,7$ $p_{3-5}=0,001$	$p_{4-5}=0,01$	

Примечание: указаны средние значения изучаемых показателей ± стандартное среднее отклонение.

были достоверно ниже, чем во 2 группе (ХРС без ГЭРБ) уровни физического функционирования (РФ, $p=0,001$), общего здоровья (ГН, $p=0,04$), ролевого функционирования (RE, $p=0,02$) и психологического компонента здоровья (МН, $p=0,03$).

При сравнении 1 (ХРС с ГЭРБ) и 4 (ГЭРБ без ХРС) групп больных определили, что показатели физического (РН 37±3 и 45±2 баллов соответственно) и психологического компонентов здоровья (МН 36±4 и 46±2 баллов соответственно) статистически значимо ниже в 1 группе ($p=0,03$ и $p=0,02$ соответственно).

Пациенты 3 группы с невоспалительной этиологией затруднения носового дыхания (ДНП) в сравнении с 1 группой (ХРС с ГЭРБ) имели достоверно выше показатели качества жизни по всем компонентам: РФ ($p=0,0001$), РР ($p=0,0002$), ВР ($p=0,000003$), ГН ($p=0,000003$), VT ($p=0,000002$), SF ($p=0,00002$), RE ($p=0,00004$), МН ($p=0,000001$), РН ($p=0,0001$), МН ($p=0,000001$).

При оценке качества жизни пациентов 3 (ДНП) и 2 (ХРС без ГЭРБ) групп выяснили, что пациенты 2 групп имели статистически значимо низкие значения по-

казателей ролевой деятельности (РР, $p=0,001$), телесной боли (ВР, $p=0,0002$), общего здоровья (ГН, $p=0,002$), жизненной активности (VT, $p=0,001$), социального функционирования (SF, $p=0,002$), эмоционального состояния (RE, $p=0,01$), психологического (МН, $p=0,0001$) и физического (РН, $p=0,0003$) компонентам здоровья.

Таким образом, наличие сопутствующей ГЭРБ у больных ХРС приводит к большему снижению качества жизни в отношении выполнения физических нагрузок, к заниженной оценке больным своего здоровья, к ухудшению эмоционального состояния, сильнее страдает психологический компонент здоровья по сравнению с пациентами, имеющими ХРС без ГЭРБ. Это позволяет предположить причинно-следственную связь между ХРС и ГЭРБ и выделить ХРС, ассоциированный с ГЭРБ, в отдельную нозологическую форму. Пациенты, страдающие ХРС и ГЭРБ, имеют более низкие показатели психического и физического здоровья в сравнении с пациентами с ГЭРБ, не имеющими патологии носа и околоносовых пазух. У всех пациентов с ХРС и сопутствующей ГЭРБ качество жизни ниже по сравнению с пациентами, имеющими нарушение носового дыхания невоспалительного генеза: имеются депрессивные и тревожные переживания, психическое неблагополучие, снижение психологической и физической составляющей здоровья. Нарушение носового дыхания в результате воспалительного процесса в околоносовых пазухах снижает качество жизни больше, чем нарушение носового дыхания невоспалительного генеза как по физическому, так и психологическому компонентам здоровья.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 28.09.2015 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева И.Н., Романова Т.И. Методологические аспекты исследования качества жизни в современной медицине // Клинико-эпидемиологические и этноэкологические проблемы заболеваний органов пищеварения. — Красноярск, 2005. — С. 364-371.
2. Ланд В.Д. Связь здоровья с качеством жизни при заболеваниях носа и околоносовых пазух // Российская ринология. — 2003. — № 3. — С. 26-30.
3. Лопатин А.С., Гамов В.П. Острый и хронический риносинусит: этиология, патогенез. Клиника, диагностика и принципы лечения: Учебное пособие. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — С. 53-57.
4. Пальчиков М.А., Ширяев О.Ю., Лебедева Е.А. Анализ особенностей личности пациентов с воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа // Научно-медицинский

- вестник Центрального Черноземья. — 2009. — №35. — С. 150-154.
5. Пискунов Г.З., Косяков С. Я., Старостина Е.Г. Исследование качества жизни в оториноларингологии наущая необходимость для повышения качества лечения // Российская ринология. — 2002. — № 2. — С. 18-19.
6. Bhattacharyya N. Clinical and symptom criteria for the accurate diagnosis of chronic rhinosinusitis // Laryngoscope. — 2006. — Vol. 116. № 7. — P. 1-22.
7. Dean B.B., Crawley J.A., Schmitt C.M. The burden of illness of gastroesophageal reflux disease: impact on work productivity // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2003. — Vol. 17. — P. 1309-1317.
8. DelGaudio J.M. Direct nasopharyngeal reflux of gastric acid is a contributing factor in refractory chronic rhinosinusitis // Laryngoscope. — 2005. — Vol. 115. № 6. — P. 946-957.

9. *Dibaise J.K., Sharma J.K.* Does gastroesophageal reflux contribute to the development of chronic sinusitis? A review of the evidence // *Dis. Esophagus*. — 2006. — Vol.19 — P. 419-424.

10. *Dobhan R., Castell D.* Normal and abnormal proximal esophageal acid exposure: results of ambulatory dual-probe pH monitoring // *Am. J. Gastroenterol.* — 1993. — Vol.88. №1 — P. 25-29.

11. *El-Serag H., Sweet S., Winchester C.* Update on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review // *Gut*. — 2013. — Vol. 63- P. 871-880.

12. *Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J.* European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 // *Rhinol. Suppl.* — 2012. — Vol. 3. — P. 1-298.

13. *Jenkinson C.* Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age // *Wright. Br. Med. J.* — 1993. — Vol. 306. — P. 1437-1440.

14. *Katle E.J., Hart H., Kjaergaard T.* Nose-and sinus-related quality of life and GERD // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* — 2012. — Vol. 269. № 1. — P.121-125.

15. *Vakil N., Van Zanten S.V., Kahrilas P., Jones R.* Global Consensus Group the Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // *Am. J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 101. №8. — P.1900-1920.

16. *Wasan A., Fernandez E., N. Jamison R., Bhattacharyya N.* Association of anxiety and depression with reported disease severity in patients undergoing evaluation for chronic rhinosinusitis // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* — 2007. — Vol. 116. №7. — P. 491-497.

17. *Wiklund I.K., Junghard O., Grace E.* Quality of life in the reflux and dyspepsia patients. Psychometric documentation of a new disease-specific questionnaire (QOLRAD) // *Europ. J. Surg.* — 1998. — Vol. 583. — P. 41-49.

REFERENCES

1. *Grigorieva I.N., Romanova T.I.* Methodological aspects of the study of quality of life in modern medicine // *Clinical and epidemiological problems ethnoecological and digestive diseases*. — Krasnoyarsk, 2005. — P. 364-371. (in Russian)

2. *Land V.D.* Contact health to quality of life in diseases of the nose and paranasal sinuses // *Rossiajskaja Rhinologiya*. — 2003. — № 3. — P. 26- 30. (in Russian)

3. *Lopatin A.S., Gamov V.P.* Acute and chronic rhinosinusitis: etiology, pathogenesis. The clinic, diagnosis and treatment guidelines: Tutorial. — Moscow: Meditsinskoe Informatsionnoe Agentstvo, 2011. — P. 53-57. (in Russian)

4. *Palchikov M.A., Shiryaev O.U., Lebedev E.A.* Analysis of personality traits of patients with inflammatory diseases of the paranasal sinuses // *Nauchno-Meditsinskij Vestnik Tsentralnogo Chernozemia*. — 2009. — № 35. — P. 150-154. (in Russian)

5. *Piskunov G.Z., Kosyakov S.Y., Starostina E.G.* Quality of life in otorhinolaryngology is an urgent need to improve the quality of treatment // *Rossiajskaja Rhinologiya*. — 2002. — №2. — P. 18-19. (in Russian)

6. *Bhattacharyya N.* Clinical and symptom criteria for the accurate diagnosis of chronic rhinosinusitis // *Laryngoscope*. — 2006. — Vol. 116. № 7. — P. 1-22.

7. *Dean B.B., Crawley J.A., Schmitt C.M.* The burden of illness of gastroesophageal reflux disease: impact on work productivity // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2003. — Vol. 17. — P. 1309-1317.

8. *DelGaudio J.M.* Direct nasopharyngeal reflux of gastric acid is a contributing factor in refractory chronic rhinosinusitis // *Laryngoscope*. — 2005. — Vol. 115. № 6. — P. 946-957.

9. *Dibaise J.K., Sharma J.K.* Does gastroesophageal reflux contribute to the development of chronic sinusitis? A review of the

evidence // *Dis. Esophagus*. — 2006. — Vol.19 — P. 419-424.

10. *Dobhan R., Castell D.* Normal and abnormal proximal esophageal acid exposure: results of ambulatory dual-probe pH monitoring // *Am. J. Gastroenterol.* — 1993. — Vol.88. №1 — P. 25-29.

11. *El-Serag H., Sweet S., Winchester C.* Update on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review // *Gut*. — 2013. — Vol. 63- P. 871-880.

12. *Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J.* European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 // *Rhinol. Suppl.* — 2012. — Vol. 3. — P. 1-298.

13. *Jenkinson C.* Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age // *Wright. Br. Med. J.* — 1993. — Vol. 306. — P. 1437-1440.

14. *Katle E.J., Hart H., Kjaergaard T.* Nose-and sinus-related quality of life and GERD // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* — 2012. — Vol. 269. № 1. — P.121-125.

15. *Vakil N., Van Zanten S.V., Kahrilas P., Jones R.* Global Consensus Group the Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // *Am. J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 101. №8. — P.1900-1920.

16. *Wasan A., Fernandez E., N. Jamison R., Bhattacharyya N.* Association of anxiety and depression with reported disease severity in patients undergoing evaluation for chronic rhinosinusitis // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* — 2007. — Vol. 116. №7. — P. 491-497.

17. *Wiklund I.K., Junghard O., Grace E.* Quality of life in the reflux and dyspepsia patients. Psychometric documentation of a new disease-specific questionnaire (QOLRAD) // *Europ. J. Surg.* — 1998. — Vol. 583. — P. 41-49.

Информация об авторах: Темникова Ирина Васильевна — врач, аспирант кафедры оториноларингологии, 664005, Иркутск, ул. Боткина, 10, ЛОР-отделение Дорожной клинической больницы, e-mail: 4ivt@mail.ru;
Субботина Мария Владимировна — заведующий кафедрой оториноларингологии, к.м.н., 664025, Иркутск, ул. Сverdlova, 14, ЛОР-клиника, тел. (3952) 242591, 241143, e-mail: lor-igmu@yandex.ru;
Онучина Елена Владимировна — профессор кафедры терапии и кардиологии, д.м.н. 664005, Иркутск, ул. Боткина, 10, отделение гастроэнтерологии Дорожной клинической больницы.

Information About the Authors: Temnikova Irina V. — doctor of Railway clinical hospital at the station Irkutsk-Passenger of JSC "RZD", postgraduate of the Department of otorhinolaryngology of Irkutsk State Medical University; Subbotina Mariya V. — head of the Department of otorhinolaryngology of Irkutsk State Medical University, MD, PhD, 664025, Russia, Irkutsk, str. Sverdlova, 14, ENT clinic, phone (3952) 242591, 241143, e-mail: lor-igmu@yandex.ru; Onuchina Elena Vladimirovna — Professor of the Department of cardiology and therapy chair of Irkutsk state medical Academy of postgraduate education, MD, PhD, DSc (Medicine).