

ДІАГНОСТИКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Попадинець І.Р.

Івано-Франківський національний медичний університет

ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Попадинець И.Р.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

DIAGNOSIS OF GASTROESOPHAGEAL REFLEX DISEASE IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Popadynets I.R.

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Частота виникнення ГЕРХ у хворих на БА є досить високою та має вагомий негативний вплив на клінічний перебіг захворювання. Серед досліджуваних хворих на БА, специфічні для ГЕРХ скарги подавали 29 осіб (51,7%). Після проведення ФЕГДС ГЕРХ було виявлено у 35 (62,5%) обстежених, що свідчить про ймовірність асимптомного перебігу ГЕРХ. За допомогою 24-годинного рН-моніторингу діагноз ГЕРХ було підтверджено у 33 пацієнтів. Виявлено, що наявність скарг на симптоми ГЕРХ не у всіх випадках підтверджується ендоскопічним обстеженням. Доведено, що проведення тривалого рН-моніторингу дозволяє підтвердити діагноз ГЕРХ у хворих без ендоскопічних ознак хвороби. Залишається актуальним питання про доцільність активного виявлення та лікування асимптоматичної ГЕРХ у хворих на БА.

Ключові слова: бронхіальна астма, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, 24-годинний рН-моніторинг.

Резюме. Частота виникнення ГЭРБ у больных БА достаточно высока и имеет весомое негативное влияние на клиническое течение заболевания. Среди исследуемых больных БА, жалобы на симптомы ГЭРБ подавали 29 (51,7%). После проведения ФЕГДС ГЭРБ было обнаружено у 35 (62,5%) обследованных, что свидетельствует о наличии асимптомного течения ГЭРБ. С помощью 24-часового рН-мониторинга диагноз ГЭРБ было подтверждено в 33 пациентив. Виявлено, что наличие жалоб на симптомы ГЭРБ не во всех случаях подтверждается эндоскопическим обследованием. Доказано, что проведение длительного рН-мониторинга позволяет подтвердить диагноз ГЭРБ у больных без эндоскопических признаков клинической картины. Остается актуальным вопрос о целесообразности активного выявления и лечения асимптоматической ГЭРБ у больных БА.

Ключевые слова: бронхиальная астма, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, 24-часовой рН-мониторинг.

Summary: The incidence of GERD in patients with asthma is high and has a significant negative impact on the clinical course of the disease. Among the studied patients with asthma, symptoms of GERD complaints filed 29 (51.7%). After FEHDS GERD was found in 35 (62.5%) patients, indicating the presence of asymptomatic course of GERD. With 24-hour pH monitoring GERD diagnosis was confirmed in 33 patients. Found that the presence of complaints of GERD symptoms, not all cases confirmed by endoscopic examination. It is shown that prolonged pH monitoring to confirm the diagnosis of GERD in patients without endoscopic signs of clinical presentation. It remains questionable whether active detection and treatment of asymptomatic GERD in patients with asthma.

Key words: Bronchial Asthma, gastroesophageal reflux disease, 24-hour pH monitoring.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

БА – одне із найбільш розповсюджених хронічних захворювань і розглядається в сучасному суспільстві не лише як значна медична, але і як соціальна проблема [9]. Останнім часом поширеність цього захворювання суттєво зросла в багатьох регіонах світу. Так, у США протягом останніх 10 років цей показник збільшився на 60% порівняно з 1980-ми рр., а в Європі кількість хворих на БА подвоїлася та досягла понад 30 млн осіб. Згідно з даними GINA, щороку через БА у світі помирає 180 тис. людей. В Україні на це захворювання страждає близько 4,1% населення. Проте цей показник не відображає реального поширення БА в нашій державі, тому що, на жаль, верифікація цього захворювання не завжди здійснюється відповідно до існуючих стандартів [2].

Значна поширеність БА (при цьому захворюваність дітей випереджає таку у дорослих), нерідко прогресуючий та інвалідизуючий перебіг недуги зумовлюють актуальність питання профілактики, ефективного лікування й підвищення якості життя таких хворих для більшості країн світу, в тому числі й для України [10].

Одним з найважливіших завдань сучасної пульмонології є забезпечення контролю над БА, що особливо актуально при тяжкому перебігу захворювання [8]. Необхідний не тільки етіопатогенетичний підхід до терапії, але й пошук факторів, що сприяють розвитку і прогресуванню хвороби. Особливу важливість набуває вивчення супутньої патології, оцінка її зв'язку з основним захворюванням. В останні роки підвищений інтерес викликає часте поєднання БА з деструк-

тивно запальними ураженнями гастродуоденальної зони та гастроєзофагеальним рефлюксом (ГЕР) [8, 13, 14].

За даними різних авторів, розповсюдженість патологічного ГЕР у хворих на БА (за даними 24-годинної рН-метрії) коливається від 33 до 90% [1]. У 82% хворих на БА виявляють гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), у 30-80% - кислотний рефлюкс виникає частіше і триває довше, ніж у загальній популяції [4]. Загострення ГЕРХ розглядається як один із тригерів приступів БА.

При гастроєзофагеальному рефлюксі мікроаспірація шлункового вмісту в трахею і бронхи сприяє гіперреактивності бронхів за рахунок посилення ексудативної реакції слизової оболонки і рефлекторного вагусного механізму та призводить до виникнення бронхоспазму. Під час нападів задухи та кашлю, які притаманні БА, підвищується внутрішньоабдомінальний тиск, що знижує тону нижньоштравохідного сфінктера та призводить до рефлюксу. Антиастматична терапія теж знижує тону нижньоштравохідного сфінктера, послаблює перистальтику стравоходу, викликає порушення його холінергічної іннервації, що сприяє гастроєзофагеальному рефлюксу, та посилює ГЕРХ, тобто обидва синдроми – бронхообструктивний і гастроєзофагеальний рефлюкс спроможні сприяти розвитку або посиленню один одного [3].

Зміни показників добового моніторингу внутрішньоштравохідного рН виявляють у 80% хворих на БА, які мають клінічні симптоми ГЕРХ, та у 70% пацієнтів з БА, в яких симптоми ГЕРХ відсутні.

Внутрішньостравохідний рН-моніторинг – надзвичайно інформативний метод діагностики ГЕРХ, який полягає у введенні в дистальні відділи стравоходу рН-зонда та фіксації його там на тривалий час (найефективніше – не менше, ніж на 24 години). За його допомогою ГЕРХ можна виявити у 88-95% випадків [11]. рН-моніторинг дає змогу визначити величину і тривалість закислення (рН<4), кількість патологічних рефлюксів, коефіцієнт закислення (відношення часу, при якому рН стравоходу 4,0 і нижче, до тривалості дослідження, виражене в процентах; у нормі цей коефіцієнт становить 4,2%). Вважається, що у разі наявності понад 50 епізодів рефлюксів на добу або при підвищенні коефіцієнта закислення більше норми у хворого діагностується ГЕРХ. Завдяки такій важливій інформації щодо гастроєзофагеального рефлюксу деякі автори називають рН-моніторинг «золотим стандартом» [12] у діагностиці ГЕРХ. рН-моніторинг – найефективніший метод діагностики позастравохідних проявів ГЕРХ, при неефективності кислотознижуючої терапії, оцінці контролю над закисленням при стравоході Баррета, для передопераційного підтвердження ГЕРХ та в інших випадках. Розробляються нові, удосконалені методи дослідження інтраєзофагеальної рН, зокрема застосування радіокапсули Bravo [6].

Метою дослідження була оптимізація діагностики ГЕРХ у хворих на БА з використанням 24-годинного рН-моніторингу.

Матеріали і методи

Обстежено 56 хворих на БА II-III ступенів важкості, віком від 18 до 68 років (середній вік склав 44,3±4,61 роки). Серед обстежених було 24 хворих (42,9%) на легку персистуючу БА та 32 (57,1%) – на персистуючу БА середньої тяжкості.

Діагноз БА виставляли на основі клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень, згідно наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007р. Стан функції зовнішнього дихання визначали за загальноприйнятими показниками за допомогою комп'ютерної спірографії. Всі пацієнти отримували препарати базової терапії БА, рекомендовані наказом МОЗ України.

Наявність ГЕРХ встановлювали шляхом опитування щодо наявності характерних типових симптомів – печії та відрижки кислим (реургітація) та за допомогою ФЕГДС (згідно наказу МОЗ України № 271 від 13.06.2005 року) та 24-годинного внутрішньостравохідного рН-моніторингу.

Під час ФЕГДС виявляли такі ознаки ураження як набряк і гіперемію слизової оболонки шлунка і нижньої третини стравоходу, неповне замикання кардіальної розетки шлунка, пролабування слизової оболонки шлунка у стравохід, а також ознаки катарального та ерозивного езофагіту.

Дослідження стану кислотності (рН) стравоходу методом 24-годинного внутрішньостравохідного рН-моніторингу включало проведення багатогодинного моніторингу рН в дистальному сегменті стравоходу. В роботі ми використовували систему вивчення рН вітчизняного виробника „Ори-мет”, Вінниця, розроблену під керівництвом професора В.М. Чорнобрового. Результати рН-моніторингу в стравоході оцінювались за наступними критеріями: час з рН<4 загальний, у вертикальному та горизонтальному положенні, кількість рефлюксів з рН<4, кількість рефлюксів тривалістю > 5 хв.

Для об'єктивного судження про ступінь вірогідності результатів дослідження був застосований варіаційно-статистичний метод аналізу отриманих результатів із використанням пакету статистичних програм "Microsoft Excel".

Результати та їх обговорення

Серед 56 досліджуваних пацієнтів хворих на БА, скарги на симптоми ГЕРХ подавали 29 (51,7%). Найчастішим клі-

Таблиця 1. Результати 24-годинного внутрішньостравохідного рН-моніторингу у хворих на БА

Показник	Практично здорові (n=20)	Хворі на БА		
		всі хворі (n=56)	без супутньої ГЕРХ (n=23)	із супутньою ГЕРХ (n=33)
Частка часу з рН<4, загальний, %	4,52±0,09	5,5±0,12*	4,56±0,08	6,39±0,18*°
Частка часу з рН<4, вертикал.полож., %	3,4±0,07	5,32±0,1*	3,35±0,09	6,43±0,23*°
Частка часу з рН<4, горизонт.полож., %	3,5±0,08	9,43±0,41*	3,54±0,1	10,2±0,38*
Кількість рефлюксів з рН<4	48,1±0,71	62,48±0,38*	49,3±0,85	71,55±0,29*°
Кількість рефлюксів тривалістю > 5 хв.	3,5±0,14	5,4±0,21*	3,9±0,19	7,2±0,17*°

Примітка. * - вірогідність різниці досліджуваних показників від норми р<0,05; ° - вірогідність різниці досліджуваних показників від показників у групі без супутньої ГЕРХ- р<0,05

нічним проявом в досліджуваній групі була печія – у 91% пацієнтів, рідше відзначалися відрижка кислим (58%), дискомфорт в епігастрії (52%), нудота (30%).

Після проведеної ФЕГДС ознаки ГЕРХ були виявлені у 35 (62,5%) обстежених, що свідчить про наявність асимптомного перебігу ГЕРХ. У 32 хворих були присутні ознаки запального ураження стравоходу, а саме гіперемія та набряк слизової оболонки, у 3 хворих – ерозії.

На сьогодні 24-годинний внутрішньостравохідний рН-моніторинг є основним методом підтвердження ГЕРХ, що дає змогу довести зв'язок симптомів (як типових, так і атипівних) із шлунково-стравохідним рефлюксом. Тому даним хворим було проведено тривалий рН-моніторинг (табл. 1).

За результатами рН-моніторингу патологічний кислотний рефлюкс (рН<4) був виявлений у 33 (58,9%) пацієнтів із 60 обстежених. У 2 пацієнтів з наявністю ендоскопічних ознак запального ураження стравоходу були отримані негативні результати після рН-моніторингу. Такі дані пов'язані із суб'єктивністю оцінки гіперемії слизової оболонки, тому результат ФЕГДС у них слід вважати хибнопозитивним. У 3 хворих, яких турбували виражені симптоми ГЕРХ, ендоскопічних ознак цього захворювання не було. Однак, після проведення моніторингу рН, діагноз ГЕРХ був підтверджений.

Також у обстеженій групі хворих кислотний рефлюкс відзначався частіше в горизонтальному положенні, ніж у вертикальному, що, у свою чергу, може сприяти виникненню нічних симптомів БА. Всі дані 24-годинного внутрішньостравохідного рН-моніторингу були достовірними відносно даних групи пацієнтів без супутньої ГЕРХ (р<0,05).

У загальному діагноз ГЕРХ був виставлений 33 (58,9%) пацієнтам.

Для вивчення залежності показників ФЗД від наявності супутньої ГЕРХ пацієнтів було поділено на 2 групи: I група – 23 хворих на ізольовану БА та II група – 33 хворих на БА із супутньою ГЕРХ.

У всіх обстежених пацієнтів були присутні типові денні та нічні симптоми БА. Напади задухи, які турбували більше вночі та на світанку, відзначалися у 100,0% хворих. Також серед скарг мали місце кашель, який виникав більше вночі та при фізичному навантаженні (у 69 (86,3%) хворих), епізодичні свистячі хрипи в легенях – у 67 (83,8%) обстежених, обмеження фізичної активності – у 77 (96,3%) пацієнтів, задишку відмічали 95,5% хворих.

Результати аналізу ФЗД (табл. 2) свідчать, що в групі з поєднаною патологією спостерігались більш значні порушення ФЗД (зниження ЖЕЛ на 10,5%, ФЖЕЛ на 10,6%, ОФВ₁ на 11,3% та зниження МОШ75 на 18,4%). Зниження цих показників було достовірним відносно групи пацієнтів без супутньої ГЕРХ (р<0,05).

Таблиця 2. Динаміка показників ФЗД у хворих на ізольовану БА та у хворих на БА із супутньою ГЕРХ, (M±m)

Показники ФЗД	Практично здорові (n=20)	Хворі на БА без супутньої ГЕРХ (n=23)	Хворі на БА з супутньою ГЕРХ (n=33)
ЖЕЛ, %	97,3±3,9	79,7±1,8*	71,3±2,1*°
ФЖЕЛ, %	94,5±3,2	76,2±1,9*	68,1±1,8*°
ОФВ1, %	96,9±2,4	68,9±2,1*	61,1±1,7*°
ОФВ1/ЖЕЛ, %	98,9±2,5	86,4±2,7*	85,7±1,9*
МОШ25%	68,2±2,4*	45,1±1,8*	39,2±2,3*
МОШ50%	74,4±2,7*	53,5±2,1*	42,2±1,7*
МОШ75%	83,5±3,9*	61,5±2,5*	50,2±2,2*°

Примітка. * - вірогідність різниці досліджуваних показників від норми - $p < 0,05$; ° - вірогідність різниці досліджуваних показників від показників у групі без супутньої ГЕРХ- $p < 0,05$

Оскільки обстежувані групи можуть бути порівняні за формою, ступенем важкості, гормонозалежністю і тривалістю перебігу БА, виявлені відмінності між групами свідчать, на наш погляд, про значну роль ГЕРХ у обтяженні клінічного перебігу БА.

Висновки

1. Частота виникнення ГЕРХ у хворих на БА є досить високою та має вагомий негативний вплив на клінічний перебіг захворювання. При цьому у частини пацієнтів ГЕРХ перебігає асимптомно.

2. Асимптомний перебіг ГЕРХ при БА доводить необхідність посилення уваги щодо діагностики такої патології серед хворих на астму.

3. Проведення 24-годинного рН-моніторингу дозволяє підтвердити діагноз ГЕРХ у хворих без ендоскопічного підтвердження (ендоскопічних ознак) клінічної картини, проте з вираженими симптомами ГЕРХ.

Література

1. Бронхиальная астма и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: случайна ли связь? / Н.Р. Палеев [и др.] // Клиническая медицина.–2005.–№1.–С.9-14.

2. Мостовий Ю.М. Двокомпонентне базисне лікування брон-

хіальної астми в дорослих / Ю.М. Мостовий, А.В. Демчук, Т.В. Константинович // Здоров'я України.–2006.–№ 18.–С.14–15.

3. Победьонна Г.П. Поширеність, особливості клініки і патогенезу бронхіальної астми, поєднаної з патологією органів травлення / Г.П. Победьонна, О.Г. Солоня // Вісник Сумського державного університету. Серія медицина. – 2007. – №2. – С.86-94.

4. Рання діагностика гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби (огляд літератури) / В.П.Польовий [та ін.] // Буковинський медичний вісник.–2010.–Том14, №1(53)–С.138-141.

5. Рапопорт С.И. рН-метрия пищевода и желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта / С.И.Рапопорт, А.А. Лакшин, Б.В. Ракитин // Под редакцией академика РАМН Ф.И. Комарова. Москва, 2005. – 207 С.

6. Степанов Ю.М. Сучасний погляд на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу: реалії та перспективи / Ю.М. Степанов, І.Я. Будзак // Здоров'я України.– 2006.– № 9/1.– С.23–25.

7. Тельнов В.Л. Досвід застосування тривалого рН-моніторингу в діагностиці гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби у хворих на бронхіальну астму / В.Л. Тельнов // Медичні перспективи.–2003.–Том VIII, №2.–С.72-79.

8. Тяжелая бронхиальная астма и гастроэзофагеальный рефлюкс: морфофункциональные аспекты сопряженности / Р.И.Плешко [и др.] // Пульмонология.– 2006.– №1.– С.60–63.

9. Фещенко Ю.І. Вплив комбінованої базисної терапії на стан системного та місцевого імунітету хворих на тяжку персистуючу бронхіальну астму / Ю.І. Фещенко, Л.О. Яшина, С.М. Москаленко [та ін.] // Астма та алергія. – 2006. – №3-4. – С.28-35. 75

10. Фещенко Ю.І. Сучасні лікарські засоби в досягненні контролю над бронхіальною астмою / Ю.І. Фещенко // Матер. II міжнар. мед.-фарм. конгресу „Ліки та життя”. – К., 2005. – С. 71. 77

11. Циммерман Я.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенез, клиника, диагностика и лечение / Я.С. Циммерман, Л.Г. Вологжанина // Клиническая медицина.–2005.–№9.–С.16-24

12. Diagnostic accuracy of forceps biopsy versus polypectomy for gastric polyps: a prospective multicentre study / S.M. Muehldorfer, M. Stolte, P. Martus [et al.] // Gut. – 2002. – Vol. 50. – P.465–470

13. Field S.K. Asthma and gastroesophageal reflux: another piece in the puzzle / S.K. Field // Chest.– 2002.– № 121.– P.1024–1027.

14. Lazenby J.P. Oral corticosteroids increase esophageal acid contact times in patients with stable asthma / J.P. Lazenby, M.R. Guzzo, S.M. Harding // Chest.– 2002.–№ 121.– P.625–634.

Одержано 10.09.2012 року.