

ID: 2021-09-8-A-19561

Краткое сообщение

Мартюкова А.В., Боргер Л.С.

Клинико-инструментальная оценка взаимного влияния гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и бронхиальной астмы на течение каждого заболевания при их сочетании

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра поликлинической терапии, общей врачебной практики и профилактической медицины

Научные руководители: к.м.н. Губанова Г.В., д.м.н. Шеметова Г.Н.

Резюме

В настоящее время бронхиальная астма все чаще встречается в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Эти заболевания связаны патогенетически и ухудшают течение каждого из них. В работе проведена клинико-инструментальная оценка взаимного влияния данных патологий при их коморбидности.

Ключевые слова: бронхиальная астма, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, коморбидность, взаимное влияние

Введение

Бронхиальная астма (БА) коморбидная с различной патологией, в частности с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) широко распространена в настоящее время. Взаимосвязь этих заболеваний, по различным данным, выявляется у 35–90% пациентов [1]. Выявлено несколько основных патофизиологических механизмов возникновения бронхообструкции на фоне ГЭРБ. К ним относят аспирацию содержимого желудка, в результате патологического рефлюкса, оказывающую раздражающее действие на слизистую оболочку бронхов и приводящую к изменению реактивности бронхов и развитию местных воспалительных реакций; активацию содержимым желудка пищевода-желудочного рефлюкса, который в свою очередь индуцирует парасимпатические пути бронхообструкции; повышенный градиент давления между брюшной полостью и грудной клеткой в результате гипервентиляции при БА, что приводит к развитию и поддержанию желудочно-пищеводного рефлюкса, таким образом замыкая порочный круг [2,3]. Согласно литературным данным, установлена взаимосвязь между степенью выраженности рефлюкс-эзофагита и тяжестью течения БА [4]. Однако имеются исследования, в которых не выявлено связи между патологическим рефлюксом и наличием бронхиальной гиперреактивности [5]. Противоречивые результаты литературных данных о взаимовлиянии ГЭРБ и бронхообструкции у пациентов с БА послужили основанием для проведения данного исследования [6].

Цель: клинико-инструментальная оценка взаимного влияния ГЭРБ и БА у населения г. Вольска Саратовской области.

Материал и методы

Изучены данные 47 больных БА (23 мужчин (49%) и 24 женщин (51%)) в возрасте от 18 до 45 лет. Все пациенты проходили обследование и лечение в стационаре ГУЗ СО «Вольская РБ». Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, клиники, физического осмотра, результатов аллергологических исследований и функциональных проб, спирометрии.

По тяжести течения БА: у 14 больных (30%) легкое, у 29 (61%) средней тяжести и у 4 (9%) тяжелое персистирующее течение. У 26 пациентов (55%) БА носила эндогенный характер, так как приступы пароксизмального кашля и удушья возникали на фоне острой респираторно-вирусной инфекции. Повышение чувствительности к аллергенам обнаружено у 21 пациента (45%), что свидетельствует об экзогенном характере БА.

В ходе исследования пациенты были разделены на 3 группы: в I группу вошли 17 пациентов (36%), у которых клинические признаки ГЭРБ были первичны по отношению к появлению симптомов БА. II группа включала в себя 16 человек (34%), у которых симптомы ГЭРБ возникли после верификации диагноза БА. Пациентам данных групп назначали ингибиторы протонного насоса - омепразол 40 мг/сут в 2 приема за 30 минут до еды. Через неделю терапии производили оценку степени выраженности симптомов ГЭРБ и БА, показателей pH и спирометрии. Из 14 (30%) человек, которые составили III группу – группу сравнения, у половины пациентов симптомы ГЭРБ возникли до БА, у остальных - после верификации диагноза БА. Данные пациенты не получали терапию омепразолом.

Всем участникам исследования проводили эзофагогастродуоденоскопию и 24-часовую внутрипищеводную pH-метрию ацидогастромонитором. Для оценки взаимосвязи между изменением кислотности на фоне патологического рефлюкса и бронхиальной проходимостью проводили пикфлоуметрию каждые 2 часа. Степень рефлюкс-эзофагита оценивали по результатам эндоскопии в соответствии с Лос-Анджелесской классификацией 1994г.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью специализированного пакета программы Statistica 10.0 (США). Для обработки результатов использовали методы непараметрической статистики, которые включали в себя межгрупповые попарные сравнения с помощью U-теста Манна-Уитни, затем рассчитывался критерий Z и показатель достоверности p. Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты

При обследовании пациентов I группы неэрозивная форма ГЭРБ, после суточной pH-метрии, была обнаружена у 10 (59%) человек, а эзофагит выявлен у 7 (41%). Различная симптоматика ГЭРБ присутствовала у 14 обследованных (82%): изжога у 14 (100%), одинофагия у 5 (36%), отрыжка у 8 (57%), дисфагия у 2 (14%). У 3 пациентов (18%) I группы симптомы рефлюкса не были обнаружены.

За сутки проведения pH-метрии у пациентов I группы не наблюдались симптомы БА, также не было отмечено снижение пиковой скорости выдоха по данным пикфлоуметрии.

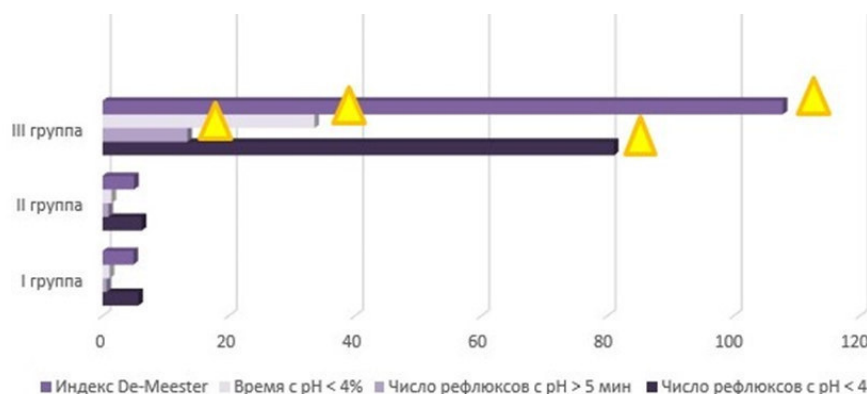


Рисунок 1. Показатели 24-часовой pH-метрии пищевода у пациентов I и II группы на 7 сутки приема омепразола и пациентов группы сравнения (статистическая значимость различий показателей пациентов III гр. обозначена треугольником по сравнению с пациентами I и II гр.)

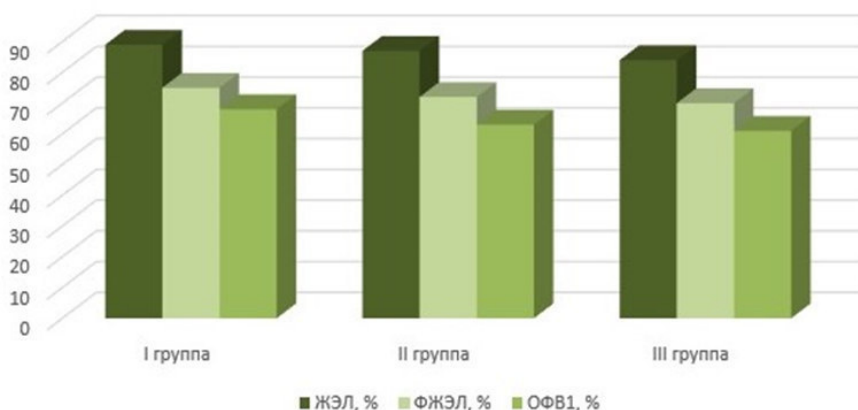


Рисунок 2. Показатели спирометрии у пациентов на 7 сутки приема омепразола и пациентов группы сравнения

Через неделю приема омепразола у всех пациентов отмечалась нормализация показателей pH по данным pH-метрии и уменьшение частоты возникновения отрыжки и изжоги, а у 7 (41%) обследуемых также уменьшилась выраженность симптомов БА. В 2 случаях (29%) полностью исчезли ночные приступы удушья, а в 5 (71%) - сократилось количество как дневных, так и ночных приступов, что позволило пациентам вместо постоянной базисной терапии БА перейти на прием комбинированных препаратов с ингаляционными глюкокортикостероидами и агонистами β_2 -адренорецепторов длительного действия по требованию. Через 2 недели без приема омепразола пациенты вернулись на постоянный прием базисных препаратов лечения БА.

При обследовании пациентов II группы неэрозивная форма ГЭРБ, после проведения суточной pH-метрии, обнаружена у 15 (94%) больных, а эзофагит — у 1 (6%). Клинические проявления ГЭРБ были выявлены у 12 человек (75%): изжога — у 9 (75%), одинофагия — у 4 (33%), отрыжка у 6 (50%). У 4 пациентов (25%) симптомы отсутствовали.

Согласно результатам исследования у 3 (19%) пациентов II группы отмечены приступы кашля со снижением пиковой скорости выдоха до 70% при снижении значения pH в пищеводе.

Через неделю приема омепразола у пациентов II группы значения pH регистрировались в пределах нормы, не было отмечено симптомов ГЭРБ. Однако течение БА у данных пациентов оставалось неизменным.

В III группе обследованных пациентов клинические проявления ГЭРБ выявлены у 11 человек (79%). Среди них: 9 (82%) с изжогой, 8 (73%) с отрыжкой, у 3 (27%) одинофагия. У 3 человек (21%) симптомы ГЭРБ отсутствовали. При обследовании пациентов III группы неэрозивная форма ГЭРБ, после проведения суточной pH-метрии, обнаружена у 13 (93%) больных, а эзофагит — у 1 (7%).

На рисунке 1 представлены данные суточной pH-метрии у пациентов I и II группы через неделю приема омепразола и пациентов группы сравнения по следующим показателям: кислотный индекс пищевода по формуле De-Meester, времени с pH менее 4%, числу рефлюксов длительностью более 5 мин и числу рефлюксов с pH менее 4,0.

При анализе полученных данных были получены статистически значимые достоверные различия относительно пациентов III группы, не принимающих терапию ингибиторами протонной помпы.

Согласно диаграмме на рисунке 1, на фоне лечения омепразолом показатели pH пищевода пациентов I и II групп нормализовались.

Несмотря на то, что у пациентов I группы отмечалось временное уменьшение клинических симптомов БА, при сравнении всех показателей с данными пациентов других групп достоверных различий не выявлено.

На рисунке 2 представлены данные спирометрии пациентов I и II группы через неделю приема омепразола и группы сравнения.

Обсуждение

В результате проведенных исследований нам удалось выявить некоторые особенности коморбидности БА и ГЭРБ. Таким образом, у пациентов с БА и симптомами ГЭРБ рефлюкс-эзофагит был диагностирован у 4 больных (8%), что подтверждает

преобладание неэрозивных форм данного заболевания. Эндоскопически негативные формы ГЭРБ установлены у 43 больных (92%), при этом проведенная антисекреторная терапия у них оказалась результативной. Положительный эффект препаратов относящихся к группе ингибиторов протонной помпы подтверждается уменьшением рН пищевода у пациентов обеих групп на фоне их применения в течение недели.

Терапия ингибиторами протонной помпы оказалась эффективной в отношении выраженности симптомов астмы у 7 пациентов (41%) I группы, у 10 человек (59%) клинические проявления БА уменьшились незначительно. У данных пациентов клинические симптомы ГЭРБ предшествовали развитию БА, что свидетельствует о патогенетическом влиянии рефлюкса на возникновение и тяжесть симптомов БА. Таким образом лечение симптоматической ГЭРБ у пациентов с БА имеет важное значение не только для контроля симптомов ГЭРБ, но и частоты и степени выраженности проявлений БА.

Патологический рефлюкс при ГЭРБ способен инициировать бронхообструкцию, однако его устранение не влияет на патогенетические механизмы течения БА, что подтверждается отсутствием эффекта от терапии омепразолом на выраженность клинических симптомов БА у пациентов II группы. Следовательно, для данных пациентов назначение антисекреторной терапии в качестве патогенетической для лечения БА является нецелесообразным.

Заключение

При выявлении у пациента коморбидной патологии БА и ГЭРБ, стоит помнить о наличии патогенетической взаимосвязи между данными заболеваниями и как следствие взаимно ухудшающем течении каждого из них. При этом группа пациентов с сочетанием БА и ГЭРБ чрезвычайно неоднородна, что требует применения подходов персонализированной медицины, таких как дифференцированный подход к лечению каждого пациента с учетом особенностей клинической картины протекающего заболевания, данных инструментального обследования и индивидуальной реакции организма на предшествующую терапию, которые позволят улучшить качество жизни каждого пациента. В этой связи лечение пациентов с данной патологией приобретает важное значение.

Литература

1. Коршунова Л.В., Урясьев О.М., Фоменко Н.П., Урясьева Ю.Б. Сочетание бронхиальной астмы и ГЭРБ // Земский врач. 2015. - №1. С. 24-27.
2. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н., Андреев Н.Г., Гуртовенко И.Ю., Биткова Е.Н. Терапевтическая роль прокинетических препаратов в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Медицинский Совет. 2014. № 4. С. 66–70.
3. Саблин О.А., Ильчишина Т.А. Проблемы ноцицепции при ГЭРБ: диагностика и лечение раздраженного пищевода // Терапевтический архив. – 2018. №8. С. 118-124.
4. Solidoro P., Patrucco F., Fagoonee S., Pellicano R. Asthma and gastroesophageal reflux disease: a multidisciplinary point of view // Minerva Med. – 2017. – V. 108, №4 - P. - 350-356.
5. Broers C., Tack J., Pauwels A. Review article: gastro-oesophageal reflux disease in asthma and chronic obstructive pulmonary disease // Aliment Pharmacol Ther. – 2018. – V. 47, № 2. – P. 176-191.
6. Палеев Н.П., В.А. Исаков, Н.К. Черейская, и др. Влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на течение бронхиальной астмы у пожилых // Клиническая геронтология 2006-№8. С. 10-14.