Необходимость проведения 24-часовой импедансометрии пациентам с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с БА

Докладчики:
ассистент кафедры факультетской терапии Шадрина Н.Е.
студентка 4 курса 408 группы лечебного факультета Горбачева Е.М.
студентка 4 курса 408 группы лечебного факультета Ильюшина И.В.
студентка 4 курса 408 группы лечебного факультета Слончакова Д.М.
Научные руководители:
д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии Дехнич Н.Н.
д.м.н., профессор, зав. кафедры факультетской терапии Пунин А.А.

Смоленск, 2023

Актуальность

Симптомокомплекс, обусловленный забросом желудочного или желудочно-дуоденального содержимого в пищевод, известен давно, однако, как самостоятельная нозология гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь была выделена лишь в 1997 г. на междисциплинарном конгрессе в Генвале (Бельгия) и в том же году на VI Европейской гастроэнтерологической неделе была признана Европейским обществом гастроэнтерологов болезнью XXI века

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, согласно Монреальской классификации, - это состояние, которое развивается, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает неприятные симптомы и/или осложнения. Флюксат может быть кислотным, щелочным или газообразным

Актуальность проблемы заключается в ранней диагностике ГЭРБ у пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями с целью профилактики синдрома взаимного отягощения

Общие представления

Респираторная симптоматика занимает ведущее место среди всех внепищеводных проявлений ГЭРБ, в частности симптомы рефлюкс-ассоциированной бронхиальной астмы (БА). Распространённость ГЭРБ среди взрослого населения, по данным ряда авторов, в среднем составляет 40–50 % (ежегодный прирост составляет около 5 %)

Основными клиническими проявлениями ГЭРБ являются

эзофагеальные синдромы:

изжога, отрыжка, срыгивание, дисфагия, одинофагия, боли в эпигастрии и пищеводе, икота, рвота, ощущение кома за грудиной

внеэзофагеальные синдромы:

легочный, отоларингологический, стоматологический, анемический и кардиальный

Этиология респираторных заболеваний на фоне ГЭРБ

I теория

Возникает микроаспирация желудочного содержимого в бронхиальное дерево с развитием экссудативного воспаления и бронхообструкции

II теория

Рефлюктат, попадая из желудка в пищевод, стимулирует чувствительные к кислоте рецепторы и через вагусную иннервацию вызывает бронхоспазм. Это в дальнейшем приводит к бронхолегочным заболеваниям

Основные факторы патогенеза ГЭРБ

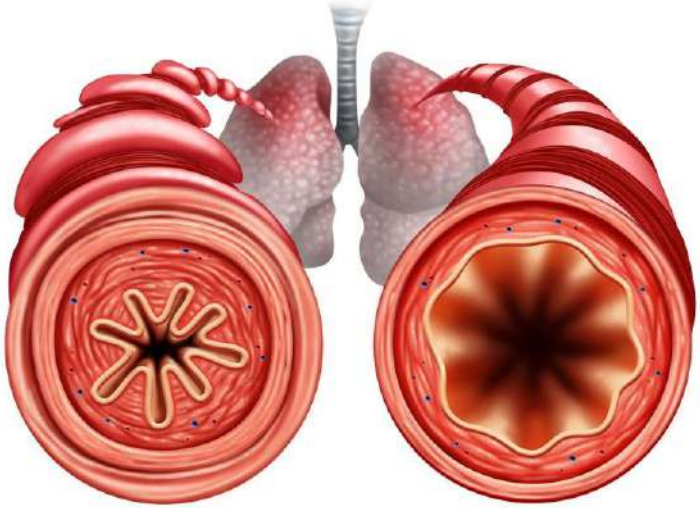
Причины рефрактерной ГЭРБ представляют собой большую группу гетерогенных факторов, обусловливающих неэффективность ИПП в адекватной терапевтической дозировке, среди них выделяют:

- снижение клиренса пищевода (нарушения моторной активности грудного отдела пищевода и уменьшение нейтрализующего действия бикарбонатов слюны и пищеводной слизи);
- феномен «ночного кислотного прорыва»;
- полиморфизм гена CYP2C19;
- «перекрест» с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта;
- наличие некислых рефлюксов у пациента;
- увеличение количества и продолжительности периодов транзиторных
- расслаблений нижнего пищеводного сфинктера;
- наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- повышение внутрижелудочного давления (желудочный стаз, дуоденостаз);
- несоблюдение пациентами схемы назначенного лечения

Доказательство ассоциации ГЭРБ и БА

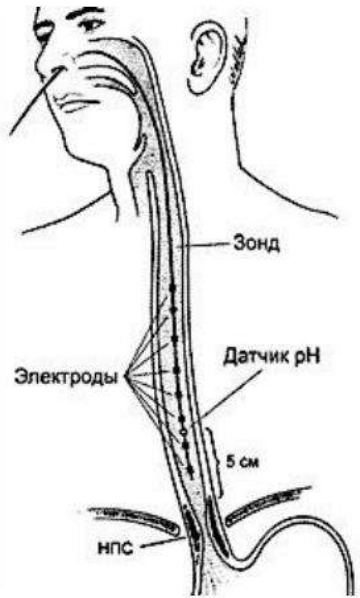
Эпидемиологические исследования определили, что частота встречаемости классических симптомов ГЭРБ (изжога, кислая отрыжка, регургитация, боль в эпигастрии и дисфагия) значительно выше среди больных БА, чем в общей популяции. По разным оценкам, распространенность симптомов ГЭР среди больных БА составляет от 33 до 87,3%

C. Ruhl и J. Everhart выполнили крупное когортное популяционное исследование, наблюдая за больными с ГЭРБ (более 8500 человек) в течение 20 лет. Было показано, что даже у тех пациентов, у которых в начале исследования не была диагностирована бронхолегочная патология, к концу периода наблюдения значительно увеличился риск госпитализации из-за разного рода заболеваний органов дыхания (в том числе из-за БА)



Методика выполнения процедуры 24-часовой pH-импедансометрии

Данный метод является высокочувствительным и представляет собой комбинацию pH-метрии и многоканальной импедансометрии. В данном случае используются катетеры, имеющие как датчики импеданса, так и один или более pH-датчиков. При этом о наличии рефлюкса судят по изменению на импедансной кривой, тогда как pH-датчики позволяют дать химическую характеристику рефлютата по значениям pH, а также оценить химический клиренс пищевода

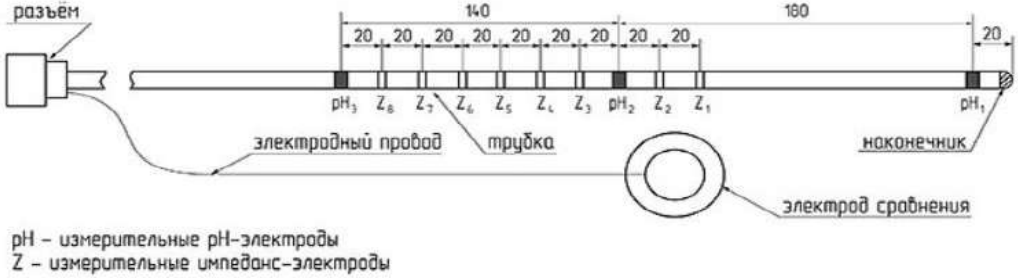


Катетер для импедансометрии представляет собой полимерную трубку, которая не проводит электрический ток, т.е. является изолятором. Снаружи, на расстоянии 2 см друг от друга на катетер нанизаны металлические электроды (шесть или семь пар). В случае необходимости измерения pH на уровне верхнего пищеводного сфинктера применяются катетеры с двумя pH датчиками в пищеводе, второй из которых расположен на 11 см выше первого, что оказывает помощь в диагностике ГЭРБ, протекающей с атипичными симптомами

Существует 2 варианта контроля положения электрода относительно НПС. В первом случае проводят рентгенологический контроль после введения зонда, во втором - пред процедурой проводят манометрическое исследование. Второй pH-электрод должен быть установлен на 5 см выше НПС

Кроме того, имеются различные модификации зондов для pH-импедансометрии, проводимой на приборе отечественного производства «ГастросканИАМ». Наиболее часто применяется зонд с расположением двух pH-датчиков в желудке и одного в пищеводе на уровне 5 см над краем НПС в комбинации с 7 измерительными импедансными сегментами в пищеводе

В настоящее время в Смоленской области на кафедре факультетской терапии для обучения студентов и ординаторов используется ZpH-зонд (ZpH-3) с двумя pH-электродами в пищеводе



Преимущества метода

«Золотым стандартом» диагностики ГЭРБ являются эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и 24-часовая pH-метрия (или более современная pH-импедансометрия)

Метод pH-импедансометрии постоянно модифицируется, и недавно было также представлено 2 новых параметра: Средний ночной базальный импеданс (СНБИ) и Индекс пострефлюксной глоток-индуцированный перистальтической волны (ИПГПВ). СНБИ помогает дифференцировать рефлюкс-зависимые синдромы и может быть независимым от ВЗП маркером-предиктором улучшения симптоматики на фоне антирефлюксной терапии

Метод позволяет фиксировать все эпизоды рефлюксов, включая рефлюксы жидкого, газообразного и смешанного содержимого. В комбинации с pH-метрией возможно характеризовать рефлюксы по уровню кислотности (кислый, слабокислый, слабощелочной), определять время осуществления химического и объёмного клиренса и, таким образом, назначать наиболее рациональную терапию

Недостатки метода

Амбулаторное рефлюкс-мониторирование с pH-метрией – единственное исследование, которое может оценить связь рефлюксных симптомов. Однако, использование данного метода может быть ограничено в связи с:

- наличием бронхиальной обструкции, особенно при высокой степени дыхательной недостаточности;
- аллергическими реакциями на местные анестетики;
- сопутствующей патологией ЛОР-органов (аллергический ринит, полипозная риносинусопатия)

Кроме того, к косвенным недостаткам метода можно отнести:

- необходимость рентгенологического или манометрического контроля положения зонда;
- чрезмерно высокая стоимость аппаратуры для суточного мониторинга pH;
- нежелание части больных (18-30%) участвовать в этих исследованиях (дискомфорт в носоглотке и затруднение приема пищи)

Заключение

Имеющийся на сегодняшний день опыт использования pH-импедансометрии пищевода позволяет считать данный метод наиболее точным и современным в диагностике ГЭРБ

Амбулаторное рефлюкс-мониторирование с pH-метрией – единственное исследование, которое может оценить связь рефлюксных симптомов. Пищеводное pH-импеданс мониторирование способно оказать помощь у пациентов с персистирующими рефлюксоподобными симптомами, плохо отвечающих на стандартную терапию. Оно показано перед решением вопроса об антирефлюксной хирургии при ГЭРБ, обычно у пациентов с отмененным лечением, для подтверждения того, что симптомы действительно связаны с рефлюксом. Возможность метода фиксировать высокие и газовые рефлюксы незаменима для диагностики ГЭРБ, протекающей с атипичными симптомами (хронический кашель, фарингит, регургитация и др.

Данный метод позволяет максимально индивидуализировать подход к каждому пациенту и выбрать наиболее рациональный путь дальнейшей терапии