

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.329-002:616.248

3.1.18 Внутренние болезни

DOI: 10.37903/vsgma.2024.3.7 EDN: GTOSIA

**РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ****© Шадрина Н.Е.<sup>1</sup>, Акимова А.А.<sup>1</sup>, Карякина В.С.<sup>1</sup>, Хазова Т.В.<sup>1</sup>, Ильюшина И.В.<sup>1</sup>, Вольская О.С.<sup>1</sup>, Тучков И.А.<sup>1</sup>, Горбачёва Е.М.<sup>1</sup>, Слончакова Д.М.<sup>1</sup>, Честных В.А.<sup>1</sup>, Галкина И.П.<sup>2</sup>, Дехнич Н.Н.<sup>1</sup>, Пунин А.А.<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28<sup>2</sup>Поликлиника №6, Россия, 214000, Смоленск, ул. Коммунистическая, 5А*Резюме*

**Цель.** Оценить реальную практику диагностики гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у пациентов с бронхиальной астмой (БА) в амбулаторных условиях.

**Методика.** Был проведен анализ 148 медицинских карт пациентов с БА, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, проходивших лечение у пульмонолога на базе поликлиники №6 г. Смоленска. Сбор информации проводился с использованием специально разработанной индивидуальной регистрационной карты (ИРК).

**Результаты.** У 1,3% пациентов с БА были выявлены достоверные признаки ГЭРБ. Среди выявленных причин низкой частоты диагностики ГЭРБ у пациентов с БА – неуглубленный респрос пациентов и невнимательность к жалобам со стороны других органов и систем, трудности диагностики ГЭРБ – недоступность современной диагностики ГЭРБ – суточной рН-импедансометрии.

**Заключение.** Врачи-терапевты, врачи-пульмонологи должны быть более насторожены в отношении выявления ГЭРБ у пациентов с БА. Всем пациентам с астмой должен быть предложен опросник GERD-Q. Жалобы на изжогу и регургитацию должны выявляться активно. При отсутствии обострения БА при отсутствии должного контроля над астмой целесообразно проведение эзофагогастродуоденоскопии и суточной рН-импедансометрии для исключения ГЭРБ.

**Ключевые слова:** гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, бронхиальная астма, суточная рН-импедансометрия пищевода

**REAL PRACTICE OF DIAGNOSING GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA ON AN OUTPATIENT BASIS****Shadrina N.E.<sup>1</sup>, Akimova A.A.<sup>1</sup>, Karyakina V.S.<sup>1</sup>, Khazova T.V.<sup>1</sup>, Ilyushina I.V.<sup>1</sup>, Volskaya O.S.<sup>1</sup>, Tuchkov I.A.<sup>1</sup>, Gorbacheva E.M.<sup>1</sup>, Slonchakova D.M.<sup>1</sup>, Chestnyh V.A.<sup>1</sup>, Galkina I.P.<sup>2</sup>, Dehnic N.N.<sup>1</sup>, Punin A.A.<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Smolensk State Medical University, 28, Krupskaya St., 214019, Smolensk, Russia<sup>2</sup>Polyclinic №6, 5A, Kommunisticheskaya St., 214000, Smolensk, Russia*Abstract*

**Objective.** To evaluate the actual practice of diagnosing gastroesophageal reflux disease (GERD) in patients with bronchial asthma (BA) on an outpatient basis.

**Methods.** The analysis of 148 medical records of patients with asthma receiving outpatient medical care who were treated by a pulmonologist at the polyclinic №6 in Smolensk was carried out. Information was collected using a specially designed individual registration card (IRC).

**Results.** Reliable signs of GERD were detected in 1.3% of patients with BA. Among the identified reasons for the low frequency of GERD diagnosis in patients with AD are in-depth questioning of patients and inattention to complaints from other organs and systems, difficulties in diagnosing GERD – the unavailability of modern GERD diagnostics – daily pH impedance.

**Conclusion.** General practitioners and pulmonologists should be more wary of detecting GERD in patients with asthma. All patients with asthma should be offered the GERD-Q questionnaire. Complaints of heartburn and regurgitation should be actively identified. In the absence of an exacerbation of asthma and in the absence of proper control over asthma, it is advisable to perform esophagogastroduodenoscopy and daily pH impedance to exclude GERD.

*Keywords:* gastroesophageal reflux disease, bronchial asthma, daily pH impedance of the esophagus

## Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного содержимого, что приводит к появлению специфических клинических симптомов, повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений, рефлюкс-эзофагита или цилиндроклеточной метаплазии [2]. Сегодня широко распространена проблема коморбидности пациентов [5]. Так, нередко мы наблюдаем сочетание бронхиальной астмы (БА) и ГЭРБ у одного пациента. Между этими заболеваниями действительно имеется взаимосвязь. С одной стороны, у пациентов с астмой чаще, чем в общей популяции, встречается ГЭРБ. По данным литературы, распространенность ГЭРБ в общей популяции составляет от 8,8 до 33,1%, в России от 11,3 до 23,6% [2], а среди пациентов с астмой – 59,2% [7]. Вероятно, это связано с повышением внутрибрюшного давления при кашле, что приводит к относительной недостаточности нижнего пищевода сфинктера и забросу содержимого желудка в пищевод. Таким образом, наличие у пациента БА повышает риск возникновения ГЭРБ. С другой стороны, рефлюкс-ассоциированная бронхиальная астма и рефлюкс-ассоциированный кашель могут быть внепищеводными проявлениями ГЭРБ [8].

Существует две теории, которые объясняют появление хронического кашля и астмоподобных симптомов на фоне ГЭРБ. Первая, так называемая, «рефлюксная» теория связана с микроаспирацией желудочного содержимого, в результате чего кислое содержимое попадает в просвет бронхиального дерева. Если процесс повторяется неоднократно, наблюдается повреждение слизистой оболочки дыхательных путей, высвобождение цитокинов и развивается хроническое воспаление, приводящее к гиперреактивности и обструкции дыхательных путей, повышению выработки слизистого секрета и стимуляция кашлевого рефлекса. Второй механизм, или «рефлексный», связан со стимуляцией вагусных рецепторов во время заброса кислого содержимого в верхние отделы пищевода. Данная теория подтверждается тем фактом, что кашель и симптомы БА чаще всего случаются во второй половине ночи в связи с циркадными ритмами выработки соляной кислоты и максимальной активностью парасимпатических нервных влияний [10] (рис. 1).

Существенный вклад в понимание механизмов кашля, вызванного ГЭРБ, внесли измерение pH в проксимальном и дистальном отделах пищевода, изучение влияния инфузии кислоты в пищевод и оценка факторов, подавляющих кашель [1]. Стоит отметить, что ГЭРБ является причиной хронического кашля в 10-70% случаев. По данным клинических исследований, от 30 до 60% всех пациентов с диагнозом «бронхиальная астма» или «хронический бронхит» на самом деле страдают ГЭРБ, причем во многих случаях это так называемый «немой рефлюкс», с отсутствием типичных симптомов ГЭРБ и выявляемый только при суточной pH-метрии [4]. Так по данным некоторых исследований, бессимптомное течение ГЭРБ (патологический рефлюкс выявляется при суточной pH-импедансометрии) определяется у 24% больных БА [9]. В связи с этим, очень важно, чтобы врачи-пульмонологи, врачи-терапевты активно выявляли ГЭРБ у пациентов с астмой для оптимизации ведения таких пациентов – добавления ингибитора протонной помпы (ИПП) [4]. В терапии обструктивных заболеваний легких, в том числе и БА, препаратами первой линии являются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС). По данным исследования, прием ИГКС у пациентов с ХОБЛ сопровождается более тяжелым течением ГЭРБ в виде формирования патологического кислого гастроэзофагеального рефлюкса и эрозивного эзофагита 2-й степени. В связи с нарушением правильной техники ингалирования у пациентов с ХОБЛ происходит заглатывание некоторого количества препарата, содержащего ИГКС, и его проникновение в

кровоток. В дальнейшем это приводит к избыточной секреции соляной кислоты и пепсина и формированию патологического рефлюкса на фоне несостоятельности нижнего пищеводного сфинктера [3].



Рис. 1. Патогенез внепищеводных проявлений ГЭРБ

В своем исследовании мы «заглянули» на амбулаторный прием пульмонолога и посмотрели, как часто у пациентов с БА встречаются симптомы ГЭРБ, как часто им проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), какие выявлялись изменения слизистой оболочки пищевода, кому поставили диагноз ГЭРБ, было ли скорректировано лечение.

Цель исследования – оценить реальную практику диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с бронхиальной астмой в амбулаторных условиях.

## Методика

Был проведен анализ 148 медицинских карт пациентов с БА, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, проходивших лечение у пульмонолога на базе ОГБУЗ «Поликлиники №6» г. Смоленска. Сбор информации проводился с использованием специально разработанной индивидуальной регистрационной карты (ИРК). В ИРК вносились следующие данные: пол, возраст пациента, индекс массы тела (ИМТ), статус курения, жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), клинический диагноз, результаты ЭГДС, был ли установлен диагноз ГЭРБ, получали ли пациенты терапию ГЭРБ, имелись ли показания для проведения суточной рН-импедансометрии.

## Результаты исследования

Среди всех пациентов 58,8% (n=87) составили женщины и 41,2% (n=61) – мужчины. Средний возраст больных – 61,7±14,2 лет. При оценке уровня контроля симптомов БА за последние 4 недели у большинства пациентов астма была частично контролируемой (40,7%, n=61) и неконтролируемой (27,3%, n=41). Лишь у 8,7% пациентов (n=13) БА была отмечена как хорошо контролируемая. Из общего числа проанализированных случаев в 11,5% карт (n=17) содержалась информация о жалобах пациентов со стороны ЖКТ в виде изжоги (5,4%, n=8) и боли в эпигастрии (6%, n=9). Стоит отметить, что опросник GERD-Q (GastroEsophageal Reflux Disease Questionnaire) (табл.), который может быть полезен в отборе пациентов, «подозрительных» в отношении ГЭРБ, не использовался ни у одного пациента.

При этом всем 17 пациентам с гастроэнтерологическими жалобами была выполнена ЭГДС. Изменения слизистой оболочки пищевода по данным ЭГДС оказались следующими: катаральный

эзофагит обнаружен в 12% случаев (n=2), пептическая язва или структура пищевода – в 12% случаев (n=2). У остальных 76% (n=13) изменений в пищеводе не было выявлено. Таким образом, лишь у 1,3% (n=2) пациентов с БА и жалобами на изжогу были выявлены достоверные критерии ГЭРБ: пептическая язва пищевода и стриктура пищевода, и был установлен диагноз ГЭРБ. Стоит подчеркнуть, что у этих пациентов ГЭРБ была диагностирована на стадии осложнений, при этом БА носила неконтролируемый характер. В качестве терапии ГЭРБ вышеуказанным пациентам был рекомендован ингибитор протонной помпы омепразол 20 мг 2 раза в день. У оставшихся 4% (n=6) пациентов с жалобами на изжогу не было выявлено достоверных эндоскопических критериев ГЭРБ. Вопрос о наличии у них ГЭРБ остался открытым. Именно этим пациентам, согласно Лионскому консенсусу 2023 г, было показано проведение суточной рН-импедансометрии пищевода для уточнения диагноза [6].

## Обсуждение результатов исследования

Полученные результаты значительно расходятся с данными литературы. Так, только 5,4% пациентов с БА отмечали изжогу, и лишь у 1,3% пациентов с астмой была достоверно установлена ГЭРБ. При этом, встречаемость ГЭРБ у пациентов с БА по данным литературы составляет до 50%. Причина расхождений может быть связана с неуглубленным расспросом пациентов, невнимательностью к жалобам со стороны других органов и систем, нехваткой времени в рамках амбулаторного приема, трудностями диагностики ГЭРБ – недоступность современной диагностики ГЭРБ – суточной рН-импедансометрии в регионах.

Алгоритм ведения пациентов может быть предложен следующий. В случае подозрения на наличие ГЭРБ у пациента с БА врач предлагает больному заполнить опросник GERD-Q (табл.). Данный опросник содержит 6 вопросов, разбитых на три группы: группа А – вопросы о наличии симптомов, свидетельствующих в пользу диагноза «ГЭРБ»: изжога и регургитация; группа В – вопросы о симптомах, частое появление которых ставит диагноз «ГЭРБ» под сомнение: тошнота и боль в эпигастрии; группа С – вопросы о влиянии заболевания на качество жизни, свидетельствующих в пользу диагноза «ГЭРБ»: нарушение сна и приём дополнительных лекарственных препаратов в связи с имеющимися симптомами ГЭРБ. При этом пациент фиксирует в опроснике состояние своего самочувствия и связанных с ним ощущений за последнюю неделю. На каждый вопрос он может ответить одним из четырёх вариантов, которые предполагают выбор баллов в диапазоне 0-3.

Таблица. GERDq – опросник

№	Вопрос	0 дней	1 день	2-3 дня	4-7 дней
1	Как часто в течение недели у Вас возникает изжога?	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
2	Как часто Вы ощущаете заброс пищи (жидкости или еды) из желудка в глотку или рот (регургитация)?	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
3	Как часто в течение недели у Вас возникает боль в верхней части живота?	3 балла	2 балла	1 балл	0 баллов
4	Как часто в течение недели у Вас возникает тошнота?	3 балла	2 балла	1 балл	0 баллов
5	Как часто в течение недели у Вас возникают нарушения сна в связи с изжогой или регургитацией?	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
6	Как часто в течение недели Вы принимаете лекарства для лечения изжоги или регургитации (антациды или другие препараты)?	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
Диагноз «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» устанавливается при общей сумме баллов $\geq 8$					

При общей сумме баллов  $\geq 8$  дальнейшая тактика ведения пациента предполагает проведение ЭГДС. При установлении эрозивного эзофагита степени В, С, D (по Лос-Анджелесской классификации), пептической стриктуры или пищевода Барретта устанавливается диагноз «ГЭРБ». При отсутствии указанных изменений на ЭГДС или при выявлении эрозивного эзофагита степени А или катарального эзофагита дальнейшая тактика предполагает проведение суточной рН-импедансометрии. В случае регистрации при суточной рН-импедансометрии АЕТ $>6\%$ ,  $>80$  эпизодов рефлюксов и базового уровня ночного импеданса  $<1500$  Ом устанавливается диагноз «ГЭРБ». Одновременно с этим у пациентов с неконтролируемой и частично контролируемой БА проводится пересмотр терапии (рис. 2).



Рис. 2. Алгоритм активного выявления ГЭРБ у пациентов с БА. АЕТ – время за кислнения пищевода. MNBI – базовый уровень ночного импеданса

## Заключение

Таким образом, врачи-терапевты, врачи-пульмонологи должны быть более насторожены в отношении выявления ГЭРБ у пациентов с БА. Всем пациентам с астмой должен быть предложен опросник GERD-Q, а жалобы на изжогу и регургитацию должны выявляться активно. При отсутствии должного контроля над астмой целесообразно проведение гастроскопии и суточной рН-импедансометрии для исключения рефлюкс-ассоциированной бронхиальной астмы.

## Литература (references)

1. Горбачева Е.М., Ильюшина И.В., Слончакова Д.М., Шадрина Н.Е., Дехнич Н.Н., Пунин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и хронические бронхолегочные заболевания. необходимость проведения 24-часовой рН-импедансометрии // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2023. – Т. 22, №4. – С. 64-70. [Gorbacheva E.M., Il'yushina I.V., Slonchakova D.M., SHadrina N.E., Dekhnich N.N., Punin A.A. *Vestnik Smolenskoj medicinskoj akademii*. Bulletin of the Smolensk Medical Academy – 2023. – V. 22, N4. – P. 64-70. (in Russian)]
2. Ивашкин В.Т. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020. – Т.30, №4. – С. 70-97. [Ivashkin V.T. i dr. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. – 2020. – V.30, N4. – P. 70-97. (in Russian)]
3. Костякова Е.А. Распространенность, структура и эндоскопические особенности эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, получающих лечение ингаляционными глюкокортикостероидами // Актуальные проблемы науки XXI века: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием. – Смоленск, 2014. – С. 33. [Kostyakova E. A. *Aktual'nye problemy nauki XXI veka: Materialy II Vserossijskoj nauchno-prakticheskoi konferencii studentov i molodyh uchenyh s mezhdunarodnym uchastiem*. Actual problems of science of the XXI century: Materials of the II All-Russian scientific and practical conference of students and young scientists with international participation. – Smolensk, 2014. – P. 33. (in Russian)]
4. Маев И.В., Юренев Г.Л., Бурков С.Г., Сергеева Т.А. Бронхолегочные и орофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium Medicum. – 2006. – №2. – С. 22-27. [Maev I.V., Jurenev G.L., Burkov S.G. *Consilium Medicum*. Consilium Medicum. – 2006. – N2. – P. 22-27. (in Russian)]
5. Шадрина Н.Е., Вольская О.С., Тучков И.А., Честных В.А., Дехнич Н.Н., Пунин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и хронический кашель // Вестник Смоленской

- государственной медицинской академии. – 2023. – Т.22, №2. – С. 145. [SHadrina N.E., Vol'skaya O.C., Tuchkov I.A., CHestnyh V.A., Dekhnic N.N., Punin A.A. *Vestnik Smolenskoj medicinskoj akademii*. Bulletin of the Smolensk Medical Academy. – 2023. – V.22, N2. – P. 145. (in Russian)]
6. Gyawali C.P. et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0 // *Gut*. – 2023. doi:10.1136/gutjnl-2023-330616.
  7. Havemann B.D., Henderson C.A., El-Serag H.B. The association between gastro-oesophageal reflux disease and asthma: a systematic review // *Gut*. – 2007. – V. 56, N12. – P. 1654-1664.
  8. Vakil N. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // *Official journal of the American College of Gastroenterology ACG*. – 2006. – V.101, N8. – P. 1900-1920.
  9. Irwin R.S., Curley F.J., French C.L. Difficult-to-control asthma. Contributing factors and outcome of a systematic management protocol // *Chest*. – 1993. – V.103. – P. 1662-1669.
  10. Paoletti G., Melone G., Ferri S., Puggioni F., Baiardini I., Racca F., Canonica G.W., Heffler E., Malipiero G. Gastroesophageal reflux and asthma: when, how, and why // *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. – 2021. – V.21, N1. – P. 52-58.

### Информация об авторах

*Шадрина Наталья Евгеньевна* – ассистент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач-терапевт гастроэнтерологического отделения ОГБУЗ «Клиническая больница №1». E-mail: n.shadrina05@gmail.com

*Акимова Анастасия Андреевна* – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: vinturiza23@yandex.ru

*Карякина Вероника Сергеевна* – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: nicka.karyakina@yandex.ru

*Хазова Татьяна Викторовна* – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: Khazovataty1001@mail.ru

*Ильюшина Ирина Владимировна* – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: ilyushina\_iv@mail.ru

*Вольская Ольга Сергеевна* – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: olgavolskaya01@gmail.com

*Тучков Иван Александрович* – студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: tvanik@mail.ru

*Горбачева Екатерина Михайловна* – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: go.ek.mikh@gmail.com

*Слончакова Дарья Максимовна* – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: darya.slonchakova@mail.ru

*Честных Валерия Алексеевна* – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: chestnykhv@bk.ru

*Галкина Ирина Петровна* – кандидат медицинских наук, врач-пульмонолог ОГБУЗ «Поликлиника №6». E-mail: evseevaip@mail.ru

*Дехнич Наталья Николаевна* – доктор медицинских наук, проректор по дополнительному профессиональному образованию и развитию регионального здравоохранения, профессор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: n.dekhnich@mail.ru

*Пунин Александр Алексеевич* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: 001e316@mail.ru

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 15.03.2024

Принята к печати 20.09.2024