

Дифференциальная диагностика гастроэзофагеального и ларингофарингеального рефлюкса

Глухов Д.Р., студент 5 курса лечебного
факультета №1 ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава
России, г. Донецк

Научный руководитель: Моногарова Н.Е. –
д.мед.н., зав. кафедрой факультетской
терапии им. А. Я. Губергрица ФГБОУ ВО ДонГМУ
Минздрава России, г. Донецк

Актуальность

ГЭР и ЛФР являются распространёнными заболеваниями пищеварительной системы. По данным ВОЗ около 25% населения Земли сталкивались с их проявлениями. Правильная дифференциальная диагностика данных состояний позволит своевременно выявлять и корректировать лечение, предотвращая прогрессирование заболевания и повышения уровня жизни пациентов.

Определение ГЭР

Гастроэзофагеальный рефлюкс – это ретроградное продвижение содержимого желудка через нижний пищеводный сфинктер в пищевод. Проявляется изжогой, отрыжкой с кислым или горьковатым привкусом, болью и затруднением проглатывания пищи, диспепсией, болями за грудиной.

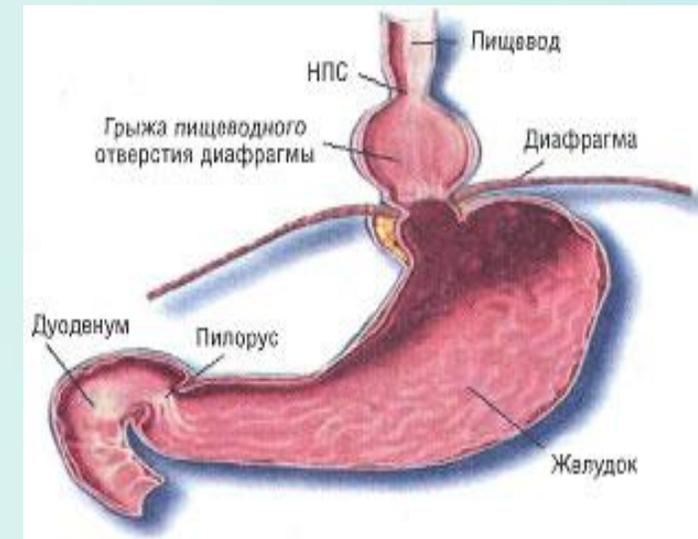
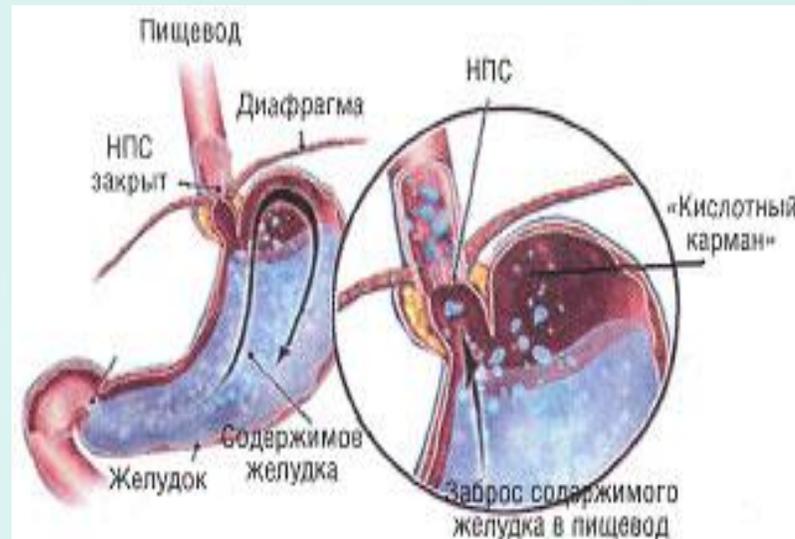
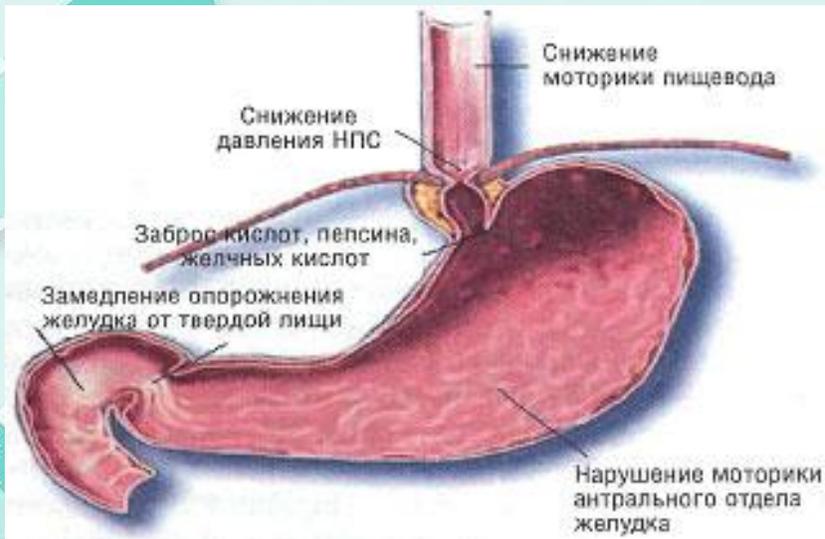
Определение ЛФР

Ларингофарингеальный рефлюкс - это ретроградное попадание желудочного содержимого в просвет гортаноглотки через верхний пищеводный сфинктер. Сопровождается кашлем, дисфонией, дисфагией, чувством жжения, першения и наличия «комка» в горле, откашливанием большого количества слизи.

В отличие от классической ГЭРБ симптомы ЛФР усиливаются в вертикальном положении.

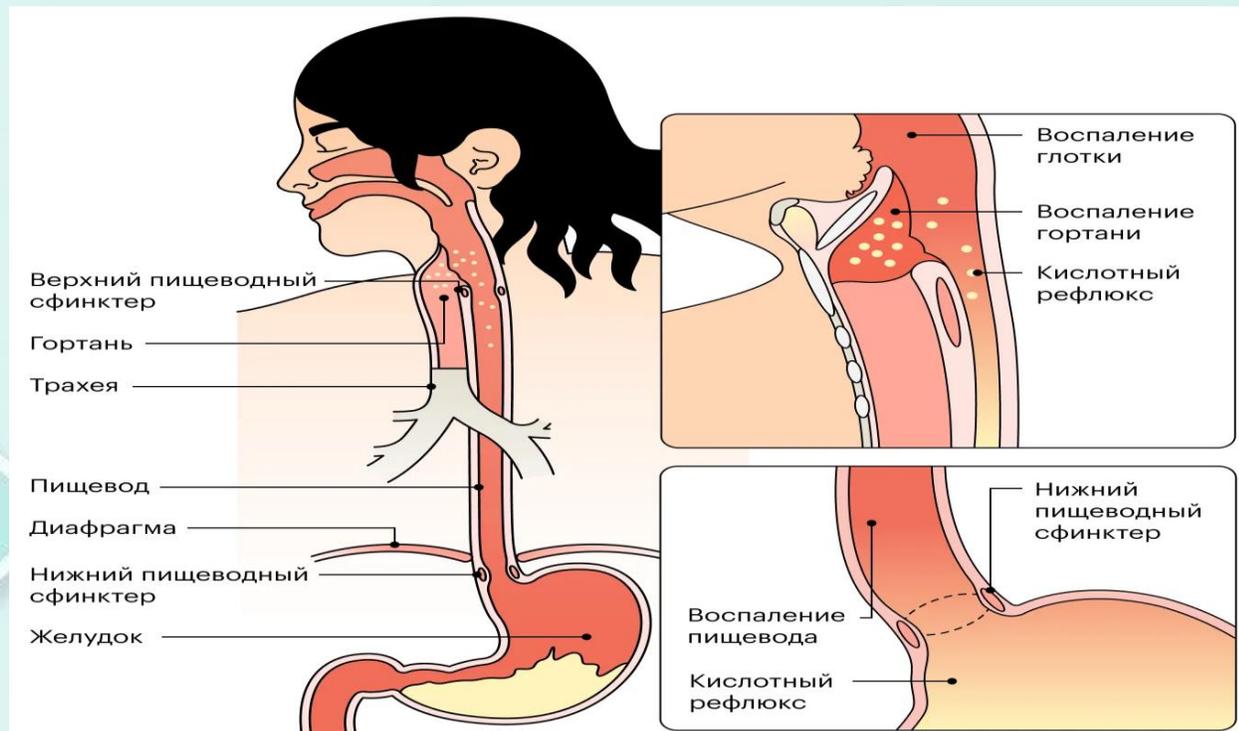
Патологическая физиология ГЭР

Одним из главных пусковых механизмов развития ГЭР считается несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера, транзиторные релаксации мускулатуры, недостаточная перистальтика пищевода, снижение резистентности слизистой пищевода, замедленное опорожнение желудка, нарушения антродуоденальной моторики с патологическим дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом, а также анатомические аномалии, связанные с ущемлением пищевода.



Патологическая физиология ЛФР

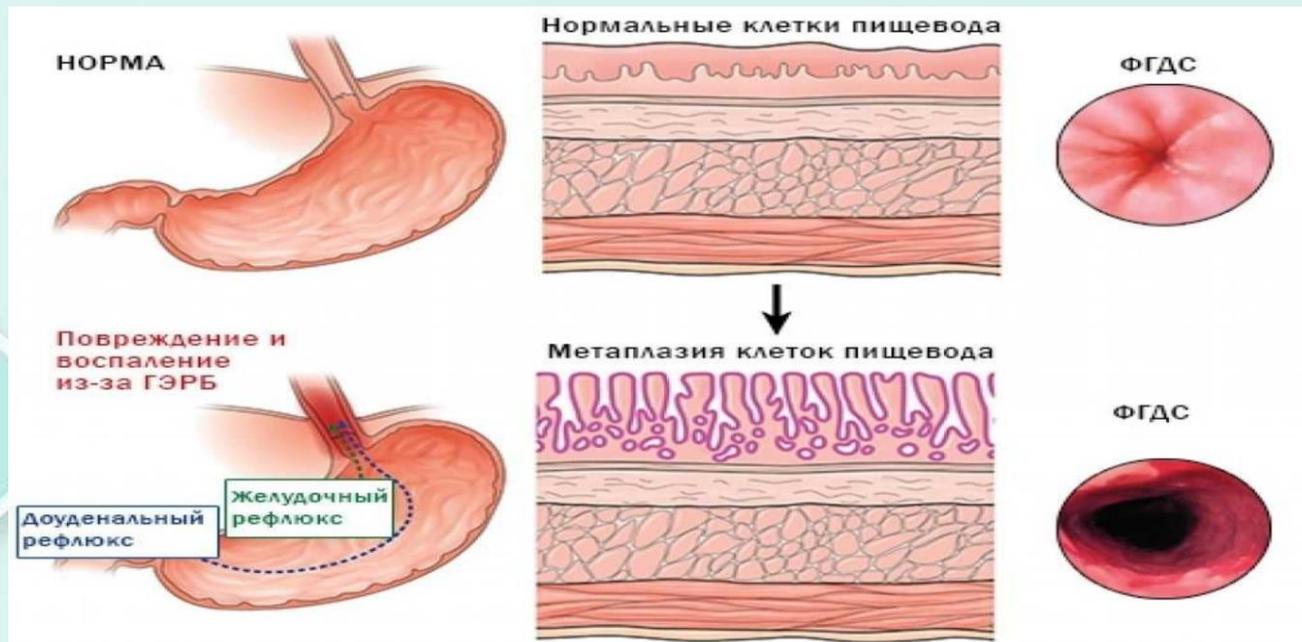
Одним из главных пусковых механизмов развития ЛФР считается ретроградное воздействие желудочного содержимого на слизистую оболочку гортаноглотки в результате спонтанного (самопроизвольного) расслабления нижнего и/или верхнего пищеводных сфинктеров, в следствии снижения активности фермента карбоангидразы, стимулирующей секрецию бикарбонатов, защищающих ткани гортани от рефлюкса.



Главные симптомы ГЭР

Типичный симптомокомплекс ГЭР включает изжогу, отрыжку, срыгивание, одинофагию, некардиальные боли в грудной клетке по ходу пищевода, не связанные с физической нагрузкой.

Особенно значительно снижается качество жизни больных, у которых клинические симптомы заболевания наблюдаются в ночное время.



Главные симптомы ЛФР

Типичный симптомокомплекс ЛФР включает боль или жжение в горле, хронический кашель, чрезмерное отхаркивание слизи, дисфония, дисфагия, ком в горле, вертикальный (дневной) рефлюкс, ларингоспазм.



Дифференциальная диагностика ГЭР и ЛФР

Основная проблема при установлении диагноза ЛФР связана с отсутствием золотого стандарта диагностики, которая может привести к назначению неправильного, неэффективного лечения. К методам диагностики ГЭРБ, проводимым гастроэнтерологами, относятся: оценка жалоб, сбор анамнеза, ЭГДС, внутрипищеводная рН-метрия, исследование пепсина, а также фармакологический тест ИПП, сопоставлении диагностических критериев по специальным шкалам.

Самым распространенным методом диагностики ГЭРБ считается эзофагогастродуоденоскопия, которая является основой диагностики повреждений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

Существует 4 степени эзофагита, такие как:

А – одно или более поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки;

В – одно или более поражение слизистой оболочки длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки;

С – поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода;

Д – поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода.

Микроскопическое исследование

Микроскопическая картина биоптатов пищевода включает признаки пептического эзофагита в виде вакуольной дистрофии клеток, акантоза, утолщения базального слоя, паралитической гиперемии со стазами внутриэпителиальных сосудов, фиброза и диффузной круглоклеточной воспалительной инфильтрации в подэпителиальной основе, гиперплазии темноклеточных лимфоидных фолликулов.

pH-метрия пищевода

«Золотым стандартом» из инструментальных методов диагностики ЛФР является суточная pH-метрия. В качестве стандартного теста для диагностики ЛФР предлагается амбулаторное 24-часовое внутрипищеводное гипофарингеальное pH-мониторирование. Современные приборы позволяют в течение 24 ч контролировать pH в пищеводе и гортанной части глотки одновременно. Хотя бы один эпизод снижения pH гортанной части глотки меньше 4 можно считать достоверным признаком ЛФР. Данный метод исследования имеет ряд преимуществ перед другими методами: удобство выполнения, неинвазивность, возможность длительного мониторинга, применение в амбулаторных условиях, динамическое наблюдение с целью контроля эффективности проводимой терапии.

Тест ИПП

Как показывает практика, правильная и быстрая диагностика ЛФР оказывается затруднительной ввиду как чисто технических, так и клинических причин, в частности, наличии сочетанной патологии, не позволяющей в ряде случаев вычлениить вклад каждой в развитие внепищеводных проявлений. Именно для этой цели был разработан и используется легкодоступный и простой фармакологический тест с ингибитором протонной помпы.

Тест ИПП

Данный тест основан на возможности достижения коррекции беспокоящих пациента симптомов при назначении ему ИПП в виде короткой терапии. Вначале в качестве препарата для теста был предложен омепразол, и тест получил название «омепразоловый тест». Методика проведения теста состоит в назначении стандартной дозы омепразола (40 мг) 1 раз в сутки на протяжении 2 недель. Тест считается положительным (подтверждает наличие ГЭРБ), если в результате приема проявления рефлюкса уменьшаются или исчезают. Информативным является иммунологическое исследование с целью обнаружения пепсина в слюне. Данный метод активно используется в последние два десятилетия. Это высокочувствительный неинвазивный метод, который позволяет выявить ЛФР при скудных клинических проявлениях.

Для четкой дифференциации гастроэзофагеального от ларингофарингеального рефлюкса и правильной постановки диагноза были разработаны шкалы, с наиболее характерными симптомами каждой нозологии, а также бальная система выраженности патологических проявлений.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика ГЭРБ и ЛФР (по Ю.Л. Солдатскому, 2007, с дополнениями)

Table 1. Differential diagnosis of gastroesophageal reflux disease and laryngopharyngeal reflux (by J.L. Soldatskiy, 2007, supplemented)

	ГЭРБ	ЛФР
Патогенез	Снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера	Дисфункция верхнего пищеводного сфинктера
Время возникновения симптомов	Чаще ночью	Чаще днем
Положение тела, в котором симптомы усиливаются	Горизонтальное	Вертикальное
Изжога как главный симптом	В большинстве случаев	Редко
Поражение слизистой оболочки пищевода	Приблизительно в 1/2 случаев	Редко
Симптоматика	Преимущественно со стороны ЖКТ	Преимущественно со стороны гортани и глотки
Эффективность лечения	Быстрый регресс симптоматики	Медленный регресс симптоматики, менее предсказуемая эффективность лечения
Длительность лечения	3 мес	Не менее 6 мес
Длительность рефлюксных эпизодов	Длительное воздействие кислоты	Кратковременное воздействие кислоты
Диагностическая чувствительность традиционных гастроэнтерологических методов обследования (ЭГДС, рентгенография пищевода)	Высокая	Низкая
Наличие четких диагностических критериев и общепринятых методик лечения	Да	Нет

Таблица 2. Шкала ИСР (по J. Koufman и соавт., 2001)

Table 2. RSI (by J. Koufman et al., 2001)

Название симптома	Оценка симптома ЛФР в баллах					
	0	1	2	3	4	5
Дисфония, голосовая утомляемость						
Першение и желание полоскать горло						
Обильное количество слизи в горле						
Затруднение при глотании еды, жидкости, таблеток						
Кашель после принятия пищи или в положении лежа						
Затруднение дыхания, удушье						
Постоянный мучительный кашель						
Ощущение «комка» в горле						
Изжога, отрыжка кислым, боль за грудиной						

Таблица 3. ШРП (по P. Belafsky и соавт., 2001)

Table 3. RFS (by P. Belafsky et al., 2001)

Название симптома	Оценка симптома ЛФР в баллах
Отек подскладкового пространства	0 – нет; 2 – есть
Облитерация желудочков гортани	0 – нет; 2 – частичная; 4 – полная
Эритема/гиперемия слизистой оболочки гортани	0 – нет; 2 – только межчерпаловидное пространство; 4 – диффузная
Гиперемия/отек голосовых складок	0 – нет; 1 – легкий; 2 – умеренный; 3 – тяжелый; 4 – полиповидный
Диффузный отек гортани	0 – нет; 1 – легкий; 2 – умеренный; 3 – тяжелый; 4 – обструктивный
Гипертрофия межчерпаловидной складки	0 – нет; 1 – легкая; 2 – умеренная; 3 – тяжелая; 4 – обструктивная
Наличие гранулем	0 – нет; 2 – есть
Утолщение эндоларингеальной слизистой	0 – нет; 2 – есть

Заключение

Дифференциальная диагностика ЛФР является актуальной, современной проблемой для практики лор-врача, так как большинство жалоб приводит пациента в первую очередь к оториноларингологу. До сих пор гастроэнтерологи и оториноларингологи не могут прийти к единому мнению и зачастую по-разному интерпретируют результаты диагностики. Специалисты обеих специальностей признают, что интерпретация существующих исследований затруднена из-за неопределенных диагностических критериев ЛФР, различных показателей ответа на лечебные мероприятия. Поэтому методы диагностики ЛФР требуют дальнейшего изучения и разработки.





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!