



БРОНХОСПАЗМ КАК ВНЕПИЩЕВОДНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Тарасова Л. В., Бусалаева Е. И., Добров А. В.

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова»

EXTRAESOPHAGEAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Tarasova L. V., Busalaeva E. I., Dobrov A. V.

Medical Faculty Chuvash State University named after I. N. Ulyanov

Тарасова Лариса
Владимировна
Tarasova Larisa V.
E-mail:
tlarisagast18@mail.ru

Тарасова Лариса Владимировна — доктор медицинских наук, заведующая кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова», главный гастроэнтеролог МЗСР Чувашской Республики, заведующая Республиканским гастроэнтерологическим центром.

Бусалаева Елена Исааковна — доцент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова».

Добров Алексей Владимирович — заведующий отделением торакальной хирургии Республиканской больницы.

Tarasova Larissa V. — PhD, professor, head of the Chair of faculty therapy, Medical Faculty Chuvash State University named after I. N. Ulyanov

Busalaeva Elena I. — MD, assistant professor of the Chair of faculty therapy, Medical Faculty Chuvash State University named after I. N. Ulyanov

Dobrov Aleksey — Head of the Department of Thoracic Surgery Republican Hospital.

Резюме

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является широко распространенным заболеванием. Ее проявления многообразны, в том числе выделяется и так называемая «легочная маска», лечение которой будет малоуспешным без терапии основного заболевания. Представлено описание клинический случай пациентки с бронхиальной астмой в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и ГЭРБ. Продemonстрирована клиническая эффективность оперативного лечения

Ключевые слова. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, внепищеводные проявления, эндоскопическое лечение

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 109 (9):88–90

Summary

Gastroesophageal reflux disease is one of the common spread diseases. Its manifestations are diverse and include esophageal and extraesophageal manifestations. One of them is a so-called «respiratory mask». It is very difficult to cure it without realizing therapy of the main disease. A clinical case of a patient with bronchial asthma in combination with a hernia hiatal and GERD is described. Clinical effectiveness of surgical treatment is demonstrated clinically.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, extraesophageal manifestations, endoscopic treatment

Experimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 109 (9):88–90

Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в России среди взрослого населения составляет 45–60% [1].

ГЭРБ характеризуется большой вариабельностью клинических проявлений. Помимо типичных, так называемых пищеводных симптомов, этому заболеванию присущи и внепищеводные проявления [1,2,3,4]. В некоторых случаях они могут выходить на первый план. Более того, около 25% ГЭРБ протекает только с внепищеводными симптомами [7]. По этой причине знание особенностей клинического течения ГЭРБ имеет большое значение для врачей любой специальности для правильного построения диагностической и лечебной тактики.

О взаимосвязи между бронхоспазмом и гастроэзофагеальным рефлюксом еще в 1892 году писал У. Ослер. Он же первым высказал предположение о развитии бронхоспазма в результате стимуляции вагусных рецепторов дистальной части пищевода. Многочисленные исследования показали увеличения риска заболеваемости бронхиальной астмой, а также ее тяжести у больных ГЭРБ. Гастроэзофагеальный рефлюкс выявляется у 30–90% больных бронхиальной астмой, предрасполагая к ее более тяжелому течению [1,5].

Заподозрить роль гастроэзофагеального рефлюкса в развитии и усугублении симптомов бронхиальной астмы необходимо в следующих случаях [3,4,7]:

- одновременное появление изжоги или болей в грудной клетке и легочной симптоматики,
- ухудшение состояния дыхательной системы после еды, переедания, употребления алкоголя,
- усугубление легочных симптомов в горизонтальном положении в ночные или ранние утренние часы, после приема снотворных,
- кислый вкус во рту в сочетании с легочной симптоматикой,
- позднее начало бронхиальной астмы при отсутствии аллергических реакций,
- совпадение кашля, хрипов, диспноэ с симптомами рефлюкса,
- ухудшение течения астмы при лечении эуфилином.

Дифференциальный диагноз при внепищеводных проявлениях ГЭРБ строится на комплексной клинко-инструментальной оценке. Наиболее четко можно верифицировать связь внепищеводных симптомов ГЭРБ с эпизодами патологического рефлюкса при проведении 24 часовой внутрипищеводной рН-метрии. Данный метод позволяет установить наличие корреляции между появлением симптома и эпизодами рефлюкса (индекс симптома >50%) [1, 6].

Эти особенности демонстрирует клиническое наблюдение.

Пациентка Ф., 63 года. Обратилась с жалобами на приступообразный сухой кашель с затрудненным вдохом переходящий в удушье, с отхождением незначительного количества стекловидной мокроты преимущественно в ночные часы. Приступу удушья предшествуют ощущение «царапанья в горле» и «стеснения в груди». Длительность приступа от 3 до 30 мин, для его прекращения пытается пить горячую воду, использует ингаляции сальбутамола. Кроме того пациентку беспокоит непродуцируемый сухой кашель в течение всего дня, усиливающийся

в горизонтальном положении. В ранние утренние часы беспокоит чувство жжения за грудиной, которое распространяется вверх вплоть до шеи. Также отмечает периодическую отрыжку кислым и ощущение кислоты в ротовой полости.

Из анамнеза выяснено, что в течение последних 11 лет пациентка отмечает ощущение е кислого привкуса во рту, отрыжку кислым, особенно если приходится работать в наклонном положении. Периодически (примерно 1 раз в неделю) отмечает появление изжоги, которую купирует приемом пищевой соды или молока. По этому поводу к врачу не обращалась. Около 5–6 лет назад стала отмечать сухой кашель, который временами приобретал приступообразный характер. 3 года назад после перенесенной тяжелой респираторной вирусной инфекции усилился сухой кашель, приступы удушья стали возникать чаще, появилась одышка. Осенью 2012 года самочувствие больной ухудшилось: сухой непродуктивный кашель сохранялся в течение всего дня, участились приступы удушья, особенно в ночное время. Обратилась к врачу, была обследована. При рентгенографии от 13.09.2012 г — корни и легочный рисунок в прикорневой зоне уплотнены. При бронхоскопии выявлен двусторонний диффузный катаральный эндобронхит, степень воспаления 1. Выставлен диагноз: бронхиальная астма, неаллергическая, персистирующее течение, средней степени тяжести. Назначены сальбутамол и пролонгированные формы теофиллина. На этом фоне состояние улучшилось незначительно: несколько уменьшился кашель, но остальные симптомы сохранялись. Больная госпитализирована в пульмонологическое отделение

Общий анализ крови и мочи, биохимические исследования (билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, мочевины, креатинин, глюкоза, липидограмма, коагулограмма, протеинограмма, электролитный спектр крови) — без отклонений от нормальных значений. Содержание суммарного Ig E составило 262 МЕ/мл (норма- до 100 МЕ/мл) При бактериологическом исследовании мокроты высеяна *Klebsiella pneumoniae* 5x10⁵

При определении функции внешнего дыхания: значительные обструктивные изменения на фоне незначительного снижения ЖЕЛ (ЖЕЛ — 80%, ОФВ₁ — 60%, Тест Тиффно — 44%). При проведении пробы с бронхолитиком: прирост ОФВ₁ на 19%.

Проводимое в отделении лечение бронхиальной астмы (сальбутамол, беклазон, атровент, ази-тромицин, ацетилцистеин) не позволяло добиться контроля бронхиальной астмы. Поскольку имелись жалобы на изжогу пациентка была проконсультирована гастроэнтерологом.

При проведении ФГДС выявлено: укороченный пищевод, недостаточность розетки кардии. Эрозивный рефлюкс-эзофагит, эрозивный гастрит. Тест на *H. pylori* отрицательный.

Проведена рентгеноскопия пищевода, при которой было выявлено, что кардия смещена в заднее средостение и находится выше купола диафрагмы (рис. 1)

Поскольку у больной помимо бронхиальной астмы выявлена гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, была назначена 24-часовая рН-метрия,

Таблица 1

Анализируемые параметры	всего	стоя	лежа	норма
Макс. значение pH	8,3	8,1	8,5	8,0
Миним. значение pH	1,4	1,8	1,2	6,0
Среднее значение pH	6,2	6,5	6,0	7,0
Количество ГЭР	153	20	103	
Время с pH <4,0	03:34:49	01:24:40	02:10:09	
Кол-во ГЭР длительностью более 05:00	18	4	14	
Самый длительный ГЭР	00:25:00			
Кол-во ЩР	5	2	3	
Время с pH >8,0	00:05:00	00:15:00	00:35:00	
% времени с pH >8,0	3,5%			
Самый длительный ЩР	01:37:22			

результаты которой представлены на рис. 2. и в таблице 1. Проведение данного исследования в данном случае абсолютно показано, поскольку гастроэнтерологом заподозрено наличие внепищеводных проявлений ГЭРБ.

Суммируя полученные данные, гастроэнтеролог выставил следующий диагноз: Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с комбинированным забросом кислого и щелочного содержимого с легочной маской. Пептический эзофагит нижней трети пищевода III степени. Эрозивный гастрит, не ассоциированный с *H. pylori*.

Согласно современным рекомендациям пациентке назначен рабепразол 40 мг 2 раза в сутки за 30 мин до еды, алгинат (гевискон) по 15 мл 3 раза в сутки через 40 мин после еды, итоприда гидрохлорид (итомед) по 10 мг 3 раза в сутки за 15 мин до еды.

Пациентка проконсультирована торокальным хирургом, который с учетом имеющегося аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с развитием эзофагита и выраженной внепищеводной легочной маски в виде провоцирования обструктивных изменений в легких рекомендовал проведение планового оперативного лечения в торакальном отделении.

Таким образом, с учетом анамнестических и клинико-инструментальных данных окончательный клинический диагноз у больной Ф. видоизменился и был сформулирован следующим образом: Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с комбинированным забросом кислого и щелочного содержимого с легочной маской. Пептический эзофагит

нижней трети пищевода III степени. Эрозивный гастрит, не ассоциированный с *H. pylori*. Сопутствующее заболевание: бронхиальная астма, неаллергическая средней степени тяжести, персистирующая, частично контролируемая.

Пациентке была проведена плановая лапароскопическая фундопликация по Ниссену. Этапы проведения операции представлены на рисунках 3 – 5.

Поскольку оперативное вмешательство проведено лапароскопически, то травматизация передней брюшной стенки была минимальной (рис. 6). Хотя время, затрачиваемое хирургом на выполнение эндоскопической антирефлюксной операции больше, чем при лапаротомном доступе (180 ± 25 мин против 140 ± 15 мин), но такой доступ позволяет сократить продолжительность постоперационного реабилитационного периода.

Проведенное после операции рентгеноскопическое исследование пищевода подтвердило, что фундопликационная манжетка находится под диафрагмой, пищевод свободно проходит (рис. 7.)

В настоящее время после оперативного вмешательства прошло более 1,5 лет. Сухой кашель, приступы удушья, изжога больную не беспокоят.

Описанный случай демонстрирует внепищеводное проявление (так называемую легочную маску) ГЭРБ. Хотя больную беспокоила изжога и кислый привкус во рту в течение ряда лет, но при лечении бронхиальной астмы этот симптом был недостаточно оценен лечащим врачом. Именно поэтому лечение астмы было недостаточно эффективным. И только устранение анатомического субстрата привело к полному устранению симптомов.

Литература

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рекомендации по диагностике и лечению. Российская гастроэнтерологическая ассоциация. М., 2013.
2. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под ред. Ивашкина В. Т., Лапиной Т. Л. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
3. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Пособие для врачей. М., 2010. — 21 с.
4. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика и лечение. — М., Трида-Х, 2000. — 179 с.
5. Рощина Т. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных бронхиальной астмой. Афтореф. дис... канд. мед. наук. М., 2002. — 21 с.
6. Сторонова О. А., Трухманов А. С. Практическому врачу о продолжительной интрагастральной pH-метрии. Пособие для врачей/под ред. Акад. РАМН, проф. Ивашкина В. Т. — М. — 2012. — 16 с.
7. Масловский Л. В., Минушкин О. Н. Терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии. — 2008. — № 1.

К статье

Бронхоспазм как внепищеводное проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (стр. 89–90).

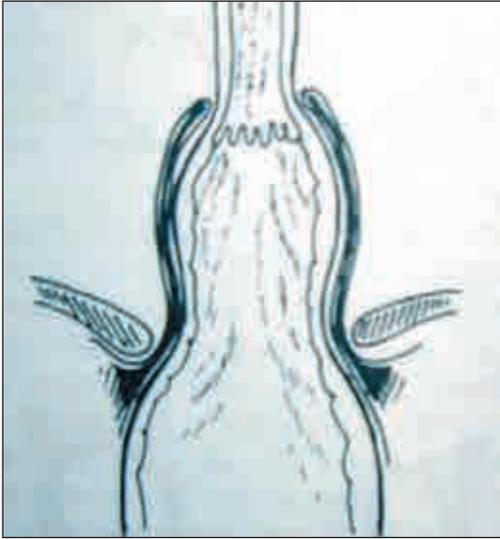


Рис. 1.
Рентгеноскопия
пищевода (схема)
и рентгеновский снимок

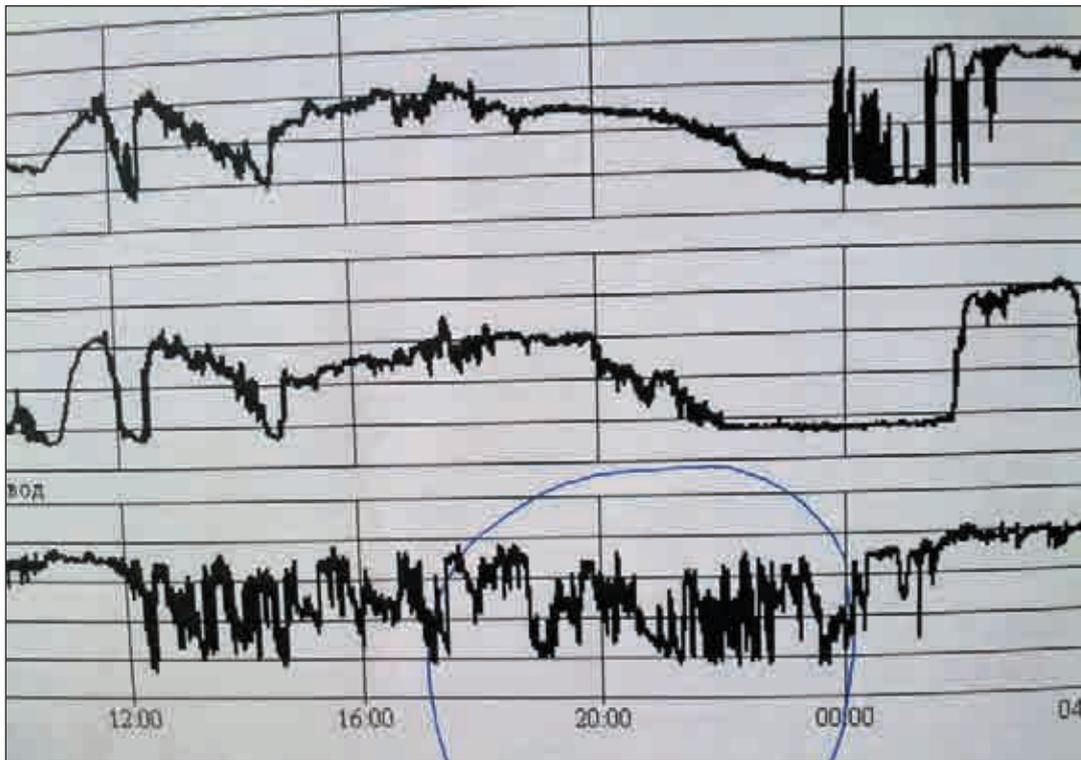


Рис. 2.
Фрагмент 24-часовая
рН-метрия
пациентки Ф.



Рис. 3.
Выделение ножек диафрагмы
эндоинструментарием

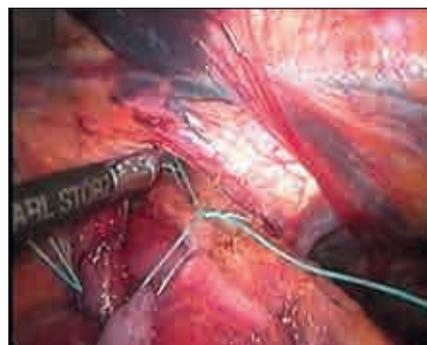


Рис. 4.
Формирование фундопликационной
манжетки по Ниссену

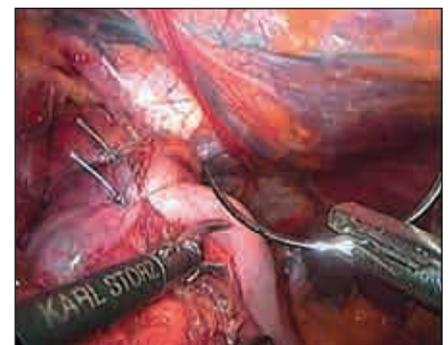


Рис. 5.
Наложение фундопликационной
манжетки по Ниссену



Рис. 6.
Внешний вид пациентки после
лапароскопической фундопликации.



Рис. 7.
Рентгеноскопическое исследование пищевода
после операции.