

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Гаглоев Н.И., Басиев З.Г., Алагова А.Р., Басиева О.З.

Северо-осетинская медицинская академия, кафедра пульмонологии, клинической иммунологии и аллергологии фпдо, г.Владикавказ

Среди больных бронхиальной астмой (БА) нередко выявляется гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Установлена патогенетическая связь БА и ГЭРБ (Чучалин А.Г. с соавт.), что ставит перед необходимостью дополнения общепринятой диагностики БА инструментальными методами исследования дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Клиническими наблюдениями установлено, что проявления ГЭРБ определяются и при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и астматическом бронхите (АБ). В то же время вопросы сочетания ГЭРБ с ХОБЛ и АБ изучены недостаточно. Целью настоящего исследования было изучение состояния ЖКТ при ХОБЛ и АБ для выявления ГЭРБ и других болезней ЖКТ. Многостороннее исследование, включая эндоскопию ЖКТ (ФЭГДС) и трахеобронхиального дерева (ФБС), проведено нами в значительной группе больных. Показанием для проведения ФЭГДС у больных с патологией органов дыхания служило наличие таких симптомокомплексов, как изжога, частая отрыжка, периодическая рвота, значительная обложенность языка, боли в эпигастрии и боли за грудиной, когда исключалась патология сердца. Последовательность проведения ФЭГДС и ФБС зависела от преобладания жалоб, обусловленных патологией ЖКТ или бронхолегочной системы. Накануне у части больных (14 чел.) изучалась моторика желудка методом электрогастрографии. Всем больным также выполнялись УЗИ внутренних органов, ЭКГ, ЭхоКГ, изучались проходимость бронхов, исследовались показатели иммунитета. Эндоскопические исследования проводились под местной анестезией (2% лидокаин) под прикрытием бронхолитических средств и ваголитика. Во время эндоскопии пищевода устанавливалось его анатомическое и функциональное состояние. Последующий этап заключался в тщательном осмотре всех регионов желудка и 12-перстной кишки. Во время ФЭГДС производилась биопсия из разных участков слизистой с последующим цитологическим и бактериологическим исследованием. ГЭРБ была установлена у 72 больных ХОБЛ и у 30 больных АБ в возрасте 20-77 лет с длительностью заболевания от 2 до 28 лет. Среди них мужчины составили 55%, женщины - 45%. Анализ полученных данных установил параллелизм и прямую взаимосвязь между тяжестью проявлений ГЭРБ с клиническим течением ХОБЛ и АБ. Помимо этого у части больных (6,6%) при ФЭГДС была выявлена картина заброса желчи и содержимого 12-перстной кишки в желудок, а у 12% - в пищевод. Такая картина наблюдалась в три раза чаще при тяжелом течении АБ и ХОБЛ. Эндоскопия выявила особенности эзофагогастронтерологической картины при ХОБЛ и АБ. При ХОБЛ ГЭРБ I ст. установлена в 37,5%, I-II ст. в 19,6%, II ст. - в 25,1% и III ст. - в 17,8%. Различная распространенность гастрита (атрофический, катаральный, эрозивный) определены в 76,8%, гастродуодениты и дуодениты - в 64,2%, язвенные поражения желудка или 12-перстной кишки - в 16%, рубцово-язвенные - в 10,7%, состояние после резекции желудка - в 5,3%. Обращает на себя внимание частота дуодено-гастрального рефлюкса в этой группе больных. При АБ эндоскопическая картина оказалась следующей - различные формы гастрита - 26,0%, эрозивный гастрит или эрозивный дуоденит - 64,0%, дуоденит - 66,0%, язвенные поражения - 20,0%, дуодено-гастральный рефлюкс - 6,6%. Следует подчеркнуть, что при предшествующей или последующей после ФЭГДС эндоскопии бронхов в этих группах, как правило, выявлялись диффузные билатеральные катаральные или гипертрофические бронхиты, а у 18% - в сочетании с гнойным компонентом. У 75% в трахеобронхиальном аппарате определялись гипотония бронхов I-II степени или проявления трахеобронхиальной дистонии с нарушением пассажа содержимого бронхов. Дополнительный опрос больных в подавляющем числе случаев (82%) выявлял приступообразный кашель в ночное время. У части больных в связи с загрудинными болевыми ощущениями необоснованно выставлялся диагноз ишемической болезни сердца. Необходимо отметить, что на предыдущих этапах стационарного лечения в этих группах больных проводившаяся терапия бронхообструктивного процесса была недостаточно эффективной. Течение бронхита характеризовалось частыми рецидивами процесса. Гастроэзофагеальный рефлюкс осложнял течение АБ и ХОБЛ, а у части больных был причиной прогрессирования бронхолегочного процесса. Такая картина ставила клиницистов перед необходимостью коррекции общепринятой терапии АБ и ХОБЛ. В зависимости от клинко-эндоскопической картины в комплекс лечебных мероприятий у больных АБ и ХОБЛ с ГЭРБ включались ингибиторы протонной помпы и антациды. При сочетании ГЭРБ с инфицированием *H. Pylori* дополнительно проводилась эрадикация антибактериальными препаратами. Такая комбинированная терапия благоприятно сочеталась со ступенчатой терапией АБ и ХОБЛ. В результате у 86% больных наступило значительное улучшение, возросли показательные компоненты повышения качества жизни больных. У остальных обследованных наступило клиническое улучшение. Таким образом, при трудно корригируемых обострениях АБ и ХОБЛ показано исследование ЖКТ. При выявлении у них ГЭРБ следует дополнительно назначать каузальные средства для подавления рефлюксной патологии.