

## КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Хайруллаева С. С.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

### РЕЗЮМЕ

Изучение клинико-эндоскопических характеристик пищевода и гастродуоденальной зоны у 140 больных бронхиальной астмой при различных режимах приема кортикостероидной терапии установило высокую частоту гастроэзофагеального рефлюкса, а также наличие эрозивно-язвенного поражения у данного контингента. Выявлена зависимость основных респираторных симптомов бронхиальной астмы и степени нарушения бронхиальной проходимости от характера поражения, наличия гастроэзофагеального рефлюкса, что необходимо учитывать при планировании программ комплексного лечения и реабилитации.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма; кортикостероидная терапия; поражение пищевода и гастродуоденальной зоны; клинические проявления; эндоскопическая характеристика

### SUMMARY

The aim of research was to study the frequency and character of clinical-endoscopic disturbances in gastroduodenal zone at 140 BA patients at different regimen of GKS therapy. The high frequency of GERD in BA patients at GKS therapy was established. The dependence of main respiratory symptoms of BA on GEFR, the intensity of cough and dyspnea were found out. Presence of GEFR at BA patients deteriorates patency of airways.

В последние десятилетия во всем мире сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости и утяжелению течения бронхиальной астмы (БА), часты неудовлетворительные результаты лечения. В Узбекистане также установлена тенденция утяжеления течения бронхиальной астмы. Она характеризуется увеличением числа больных, постоянно принимающих системные глюкокортикоиды (сГКС), и увеличением их доз для купирования обострения (А. М. Убайдуллаев и соавт., 2010).

Ряд исследователей отмечают важность проблемы сочетанной патологии, что может оказать влияние на течение БА. Установлено, что в 70% случаев заболевания органов пищеварения являются сопутствующими бронхиальной астме, а в 25–30% рассматриваются как ее осложнение (П. Н. Варламов, 2003). Необходимо отметить, что данные о частоте поражения желудочно-кишечного тракта при БА противоречивы, что, по-видимому связано с различными подходами к диагностике поражений. Исследование органов пищеварения выявляет практически у всех больных с астматической триадой такие заболевания, как хронический гастрит, дуоденит, язвенная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистит, — в чистом

виде или в сочетании с патологией желудочно-кишечного тракта. Имеется филогенетически обусловленное морфологическое сходство между бронхиальным и кишечным эпителием, происходящим из «первичной кишки» (Р. М. Хаитов и соавт., 1997). Гистологические изменения, обнаруженные в слизистой оболочке кишечника у больных БА, не имеющих явных клинических признаков заболевания желудочно-кишечного тракта, сходны с изменениями в слизистой оболочке бронхов: скопление эозинофилов, мононуклеаров и других клеток воспаления, выделяющих различные провоспалительные цитокины. Все это предполагает связь между воспалительным процессом в слизистой оболочке бронхов и в слизистой оболочке кишечника у больных БА (В. И. Немцов и соавт., 2002).

В последние годы интерес привлечен к проблеме гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), возникающего при бронхиальной астме. Эта патология встречается при БА в 40–80% (П. Н. Варламов, 2003). J. G. Ayres (1995), анализируя частоту рефлюкса у больных БА, выявил его у 100% больных тяжелой БА, у 30–80% — со среднетяжелой, у 20–30% — с легкой БА. Имеются исследования, которые свидетельствуют об отягощающем влиянии

ГЭР на течение БА (И. М. Бейтуганова, А. Г. Чучалин, 1998; Е. Г. Тихомирова, 2006).

Отмечено, что ГЭР чаще возникал у больных, принимающих таблетированные кортикостероиды, чем пролонгированные теофиллины и  $\beta$ 2-агонисты. Интенсификация бронхолитической терапии при обострении БА, а также длительный прием кортикостероидов и метилксантинов приводит к прогрессированию рефлюкс-индуцированного механизма бронхоспазма с формированием «порочного» круга (Е. И. Шмелев и соавт., 2003), что сказывается в дальнейшем на течении заболевания. Тем не менее состояние эзофагогастродуоденальной зоны у больных БА остаются малоизученным.

Цель настоящего исследования — изучить частоту и характер клиничко-эндоскопических нарушений в гастродуоденальной зоне у больных бронхиальной астмой при различных режимах приема кортикостероидных препаратов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 140 больных БА различной степени тяжести со стажем болезни от 5 до 20 лет. Средний возраст пациентов —  $45,8 \pm 3,5$  года. Включенные в исследование пациенты были разделены на четыре группы: I группа — 58 больных длительно получали системные глюкокортикоиды (сГКС) в поддерживающих дозах более 10 мг в сутки; II группа — 31 пациент, получавший ингаляционные глюкокортикоиды (иГКС) в дозах до 1000 мкг/сутки; III группа — 31 больной, имевшие смешанный характер терапии — сочетание системных и ингаляционных глюкокортикоидов; IV группа — 20 больных, не принимавших системные глюкокортикоиды, но использовавших таблетированные метилксантины.

Всем больным было проведено клиническое обследование с оценкой респираторных и диспепсических симптомов по трехбалльной шкале в зависимости от интенсивности признака. Изучение состояния верхнего отдела пищеварительного тракта проводили с помощью эзофагогастродуоденофиброскопии. При проведении

эзофагогастродуоденофиброскопии с гистологическим изучением биоптатов исследованы морфологические характеристики слизистой оболочки пищевода и гастродуоденальной зоны.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

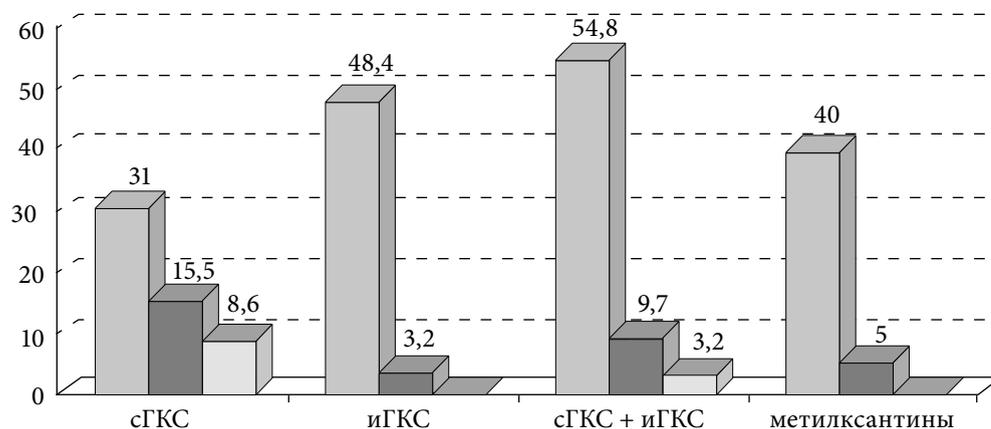
Эзофагогастродуоденофиброскопическое обследование установило у 41,4% больных БА проявления ГЭР; у 10,0% — язвенную болезнь желудка; у 4,3% — язву 12-перстной кишки; у 28,3% — различные эрозивные изменения в желудке и у 14,2% — в 12-перстной кишке. 25% больных с установленной эзофагогастродуоденальной патологией не имели диспепсических жалоб.

Анализ результатов исследований в зависимости от режимов глюкокортикоидной терапии показал, что у больных БА, получавших сГКС, достоверно чаще обнаруживали язвенную болезнь желудка (15,5%) и 12-перстной кишки (8,6%) по сравнению с больными, которые принимают иГКС (3,2% — язвенная болезнь желудка). Выявленная патология не проявлялась клинически. Для больных БА, леченных иГКС, был более характерен высокий удельный вес ГЭР (48,4%), в том числе, выраженной степени (35,5%) и эрозивных изменений слизистой желудка (38,7%) (см. рис.).

В клинической симптоматике больных БА преобладали легочные симптомы (приступы кашля, экспираторного удушья, одышки), а не проявления со стороны пищевода и желудка. Детальный опрос показал, что 75% больных БА имели те или иные диспепсические симптомы в виде изжоги, отрыжки и тошноты, избыточной саливации, ощущения «застревания» пищи в глотке, «комка» в горле.

Среди клинических симптомов ГЭР наиболее выраженными были изжога, отрыжка и тошнота у больных гормонозависимой БА, также у больных, не принимавших системные стероиды, но принимавших таблетированные метилксантины (табл. 1).

У больных БА наблюдалась прямо пропорциональная зависимость выраженности диспепсических



■ ГЭР ■ язва желудка ■ язва 12-перстной кишки

Частота нарушений в гастродуоденальной зоне у больных бронхиальной астмой при различных режимах терапии

Таблица 1

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ БА С НАЛИЧИЕМ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ГЭР						
Показатели	Режимы медикаментозной терапии					
	системные глюкокортикоиды		таблетированные метилксантины		ингаляционные глюкокортикостероиды	
	наличие ГЭР	отсутствие ГЭР	наличие ГЭР	отсутствие ГЭР	наличие ГЭР	отсутствие ГЭР
ЖЕЛ	68,2 ± 2,2*	79,3 ± 1,5	69,5 ± 2,1*	78,1 ± 1,0	71,2 ± 2,2*	81,9 ± 1,8
ОФВ <sub>1</sub>	61,8 ± 2,1*	72,4 ± 1,5	63,9 ± 2,0*	73,1 ± 1,2	73,5 ± 2,0*	76,1 ± 1,6
МОС <sub>75</sub>	66,1 ± 2,3*	76,2 ± 1,9	66,9 ± 2,4*	75,5 ± 1,1	66,9 ± 2,0*	75,5 ± 1,4
МОС <sub>50</sub>	44,2 ± 2,0*	54,9 ± 1,4	45,1 ± 2,2*	55,6 ± 1,2	45,2 ± 2,3*	54,9 ± 2,0
МОС <sub>25</sub>	25,9 ± 2,4*	41,7 ± 2,1	29,1 ± 1,1*	40,5 ± 1,2	36,9 ± 2,5*	38,9 ± 1,3

Примечание: \* достоверность различий ( $p < 0,05$ ) в группах между больными с наличием и отсутствием ГЭР.

Таблица 2

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БА С НАЛИЧИЕМ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ГЭР						
Показатели	Режимы медикаментозной терапии					
	системные глюкокортикоиды		таблетированные метилксантины		ингаляционные глюкокортикостероиды	
	наличие ГЭР	отсутствие ГЭР	наличие ГЭР	отсутствие ГЭР	наличие ГЭР	отсутствие ГЭР
ЖЕЛ	68,2 ± 2,2*	79,3 ± 1,5	69,5 ± 2,1*	78,1 ± 1,0	71,2 ± 2,2*	81,9 ± 1,8
ОФВ <sub>1</sub>	61,8 ± 2,1*	72,4 ± 1,5	63,9 ± 2,0*	73,1 ± 1,2	73,5 ± 2,0*	76,1 ± 1,6
МОС <sub>75</sub>	66,1 ± 2,3*	76,2 ± 1,9	66,9 ± 2,4*	75,5 ± 1,1	66,9 ± 2,0*	75,5 ± 1,4
МОС <sub>50</sub>	44,2 ± 2,0*	54,9 ± 1,4	45,1 ± 2,2*	55,6 ± 1,2	45,2 ± 2,3*	54,9 ± 2,0
МОС <sub>25</sub>	25,9 ± 2,4*	41,7 ± 2,1	29,1 ± 1,1*	40,5 ± 1,2	36,9 ± 2,5*	38,9 ± 1,3

Примечание: \* достоверность различий ( $p < 0,05$ ) в группах между больными с наличием и отсутствием ГЭР.

и респираторных симптомов. Так, отмечено усиление одышки и кашля при возникновении изжоги.

Максимальные показатели респираторной симптоматики соответствовали максимальной выраженности диспепсических симптомов. Это может быть следствием рефлюкс-индуцированного бронхоспазма вследствие длительной таблетированной бронхолитической и стероидной терапии. Причем респираторная симптоматика оказалась более выраженной при наличии ГЭР.

Анализ функции внешнего дыхания (ФВД) установил, что у больных БА при наличии ГЭР имеются более выраженные нарушения основных параметров ФВД: ОФВ<sub>1</sub> — на 12%, МОС<sub>75</sub> — на 10%, МОС<sub>50</sub> — на 14%, МОС<sub>25</sub> — на 15%, ЖЕЛ — на 11% по сравнению с больными без рефлюкса. Таким образом, респираторная симптоматика у больных БА с ГЭР более выражена, что подтверждают результаты функциональных исследований

Следовательно, у больных БА, получающих перорально системные глюкокортикоиды и метилксантины, наличие клинических признаков ГЭР не является казуистикой, оказывает выраженное влияние на течение бронхиальной астмы и требует коррекции.

## ВЫВОДЫ

1. Установлена высокая частота гастроэзофагеального рефлюкса у больных бронхиальной астмой при глюкокортикоидной терапии.

2. Выявлена зависимость основных респираторных симптомов бронхиальной астмы от наличия гастроэзофагеального рефлюкса, главным образом выраженности одышки и кашля.

3. Наличие гастроэзофагеального рефлюкса у больных бронхиальной астмой усугубляет нарушения бронхиальной проходимости.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Варламов П. Н. Гастроэзофагеальный рефлюкс при бронхиальной астме // Пульмонология. — 2003. — № 2. — С. 90–93.
2. Бейтуганова И. М., Чучалин А. Г. Рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма // РМЖ. — 1998. — № 6 (17). — С. 510–513.
3. Немцов В. И., Александров Р. А., Магидов М. Я. Особенности бронхиальной астмы у больных с патологией гастроудоденальной зоны // Аллергология. — 2002. — № 4. — С. 18–22.
4. Тихомирова Е. Г. Особенности течения бронхиальной астмы сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 2006. — 18 с.
5. Убайдуллаев А. М., Ливерко И. В., Абдуллаева В. А. и др. Кортикозависимость и кортикорезистентность у больных бронхиальной астмой // Вестн. Ассоциации пульмонологов Центр. Азии. — 2010. — Вып. 14 (№ 3–4). — С. 162–163.
6. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Иммунная система желудочно-кишечного тракта: особенности строения и функционирования в норме и патологии // Иммунология. — 1997. — № 5. — С. 4–7.
7. Шмелев Е. И., Медведев А. И. Эффективность лечения гастроэзофагеального рефлюкса у больных бронхиальной астмой // Пульмонология. — 2003. — № 1. — С. 46–48.