

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ АГРЕССИВНЫХ И ЗАЩИТНЫХ ФАКТОРОВ В СЛИЗИСТОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Хайруллаева С. С., Хамраев А. А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

PECULIARITY OF AGGRESSIVE AND PROTECTIVE FACTORS INTERACTION IN THE GASTRODUODENAL MUCOSA IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Khayrullaeva S. S., Khamraev A. A.

Tashkent medical Academy

Хайруллаева Санам Сагдуллаевна Ташкентская Медицинская Академия кафедра внутренних болезней по подготовке врача общей практики с эндокринологией, ассистент кафедры г. Ташкент.

Хайруллаева
Санам Сагдуллаевна
Khayrullaeva Sanam S.
Почтовый адрес:
г. Ташкент, Шайхантахурский район,
ул. Ипакчи, д.51

Резюме

Представлены результаты исследования клинико-эндоскопического состояния и частоты встречаемости различных генотипов *Helicobacter pylori* при поражениях эзофагогастроудоденальной зоны у больных гормонозависимой бронхиальной астмой. У больных бронхиальной астмой, леченных ИГКС установлен высокий удельный вес гастроэзофагеального рефлюкса выраженной степени с развитием эзофагита и эрозивные изменения слизистой желудка. У больных бронхиальной астмой, получавших сГКС, достоверно чаще обнаружена язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Установлено, что патология верхнего отдела пищеварительного тракта оказывает выраженное влияние на течение бронхиальной астмы, усугубляя нарушения бронхиальной проходимости. У больных бронхиальной астмой выявлено преобладание ассоциированных с вирулентностью генотипов НР при эрозивно-язвенных поражениях и недостаточное функционирование защитного слизистого барьера.

Ключевые слова: бронхиальная астма, эзофагогастроудоденальная зона, *Helicobacter pylori*.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 106 (6):30-32

Summary

The results of clinical and endoscopic state and the frequency of different genotypes of *Helicobacter pylori* occurrence in the oesophagogastrroduodenal zone research in patients of hormone-dependent bronchial asthma were presented. The high proportion of gastrooesophageal reflux, esophagitis and gastric mucosa erosive lesions were found in patients with bronchial asthma treated with inhaled glucocorticoids (IGC). The gastric ulcer and duodenal ulcer were detected more frequently and significantly in patients with bronchial asthma treated with systemic glucocorticoids (SGC). It was established that the pathology of the upper digestive tract has noticeable effect on the course of asthma, worsening violations of bronchial obstruction. The predominance of virulence genotypes HP associated with erosive-ulcerative lesions and the insufficient function of the protective mucosal barrier in patients with bronchial asthma were revealed

Keywords: bronchial asthma, oesophagealgastrroduodenal zone, *Helicobacter pylori*.

Experimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 106 (6):30-32

В последнее десятилетие рост заболеваемости бронхиальной астмой, тяжесть ее течения и риск развития осложнений выдвинули данную патологию в проблему мирового масштаба (Чучалин А. Г., 2002). Отмечена высокая распространенность сочетанного поражения нескольких органов и систем при бронхиальной астме. Данные о частоте поражения желудочно-кишечного тракта при бронхиальной астме (БА) колебались в пределах 40–90 %, что по-видимому связано с различными подходами к клинике и диагностике патологий. Необходимо отметить, что поражения эзофагогастродуоденальной зоны вносит существенный вклад в формирование взаимоотношения (Гембицкий Е. В. и соавт., 2000; Клеменов А. В., 2003; Чучалин А. Г., 2007). В настоящее время интерес к проблеме сочетания БА и патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта существенно повысился. Интерес представляет проблема гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), возникающего при бронхиальной астме. Ряд исследователей анализируя частоту рефлюкса у больных БА, выявили его у 80–100 % больных тяжелой БА, у 30–80 % — со среднетяжелой, у 20–30 % — с легкой БА (Немцов В. И. и соавт., 2002; Ayres J. G., 1995). Отмечено, что гастроэзофагеальный рефлюкс чаще

возникал у больных, принимающих таблетированные кортикостероиды, чем пролонгированные теofilлины и В₂-агонисты. Имеются исследования, которые свидетельствуют об отягчающем влиянии гастроэзофагеального рефлюкса на течение БА (Бейтуганова И. М., Чучалин А. Г., 1998; Варламов П. Н., 2003; Тихомирова Е. Г., 2006). Недостаточно изучены аспекты влияния инфекции *Helicobacter pylori* и его генотипов на течение патологии пищевода и гастродуоденальной зоны (Чуков С. З., 2002; Маев И. В., Петрова Е. Г., 2005; Rudy J. et al., 2000). Не изучены аспекты формирования взаимоотношения в зависимости от соотношения агрессивных-протективных факторов в слизистой верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Состояние эзофагогастро-дуоденальной зоны у больных БА недостаточно исследованы как в пульмонологии, так и гастроэнтерологии и единый взгляд на механизмы развития поражения отсутствуют.

Цель настоящего исследования: изучить клинико-эндоскопическое состояние, частоту встречаемости различных генотипов *Helicobacter pylori*, взаимодействие на особенности поражений эзофагогастродуоденальной зоны у больных гормонозависимой бронхиальной астмой.

Материал и методы исследования

Обследовано 170 больных БА различной степени тяжести со стажем болезни от 5 до 20 лет. Средний возраст пациентов — 45,4±3,5 лет. Включенные в исследование пациенты были разделены на четыре группы: I группа — 65 больных длительно получали системные глюкокортикоиды (сГКС) в поддерживающих дозах более 10 мг в сутки; II группа — 38 пациент, получавший ингаляционные глюкокортикоиды (иГКС) в дозах до 1000 мкг/сутки; III группа — 37 больной, имевшие смешанный характер терапии — сочетание системных и ингаляционных глюкокортикоидов; IV группа — 30 больных, не принимавших системные глюкокортикоиды, но использующие таблетированные метилксантины.

Всем больным проведено клиническое обследование с оценкой респираторных и диспепсических

симптомов по трех балльной шкале в зависимости от интенсивности признака. Изучение состояния верхнего отдела пищеварительного тракта проводили с помощью эзофаго-гастродуодено-фиброскопии. При проведении эзофагогастродуодено-фиброскопии с гистологическим изучением биоптатов исследованы морфологические характеристики слизистой оболочки пищевода и гастродуоденальной зоны, наличие *Helicobacter pylori* (НР), генетические свойства штаммов возбудителя и состояние местной системы защиты. Состояние слизистого барьера в обследуемых группах изучали путем определения содержания неразстворимого слизистого геля (НСГ) в базальной порции желудочного сока и определяли фракции НСГ в его суспензии.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные в ходе исследования результаты эзофагогастродуодено-фиброскопического обследования показали у 41,4 % больных БА проявления ГЭР, у 14,3 % — язвенную болезнь желудка и 12-ти перстной кишки (10,0 % и 4,3 % соответственно); эрозивные изменения в желудке и 12-ти перстной кишке выявлены у 28,3 % и 14,2 % соответственно. 25 % больных с установленной патологией не имели диспепсических жалоб. Результаты исследований показали, что у больных БА, получавших сГКС, достоверно чаще обнаруживали язвенную болезнь желудка (15,5 %) и 12-ти перстной кишки (8,6 %), по сравнению с больными, которые принимали иГКС (3,2 %-язвенная болезнь желудка). Для больных БА, леченных иГКС, был характерен высокий удельный вес ГЭР (48,4 %), в том числе, выраженной степени (35,5 %) и эрозивных изменений слизистой желудка (38,7 %). В клинической симптоматике больных

БА преобладали легочные симптомы, такие как приступы кашля, экспираторного удушья, одышки, а не проявления со стороны пищевода и желудка. Целенаправленный опрос показал у 75 % больных БА диспепсические симптомы в виде изжоги, отрыжки и тошноты, избыточной саливации, ощущения «комка» в горле.

Среди клинических симптомов ГЭР наиболее выраженными были изжога, отрыжка у больных гормонозависимой БА. У больных БА наблюдалась прямо пропорциональная зависимость выраженности диспепсических и респираторных симптомов. Так, отмечено усиление одышки и кашля при возникновении изжоги. Респираторная симптоматика оказалась более выраженной при наличии гастроэзофагеального рефлюкса, по сравнению с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны. Следует отметить, что развитие патологии верхнего отдела

пищеварительного тракта оказывает выраженное влияние на течение бронхиальной астмы, усугубляя нарушения бронхиальной проходимости.

У 45 больных гормонозависимой БА с НР позитивными поражениями эзофагогастродуоденальной зоны проведено исследование генотипов НР методом ПЦР. По результатам исследования наиболее часто встречаемыми генотипами НР оказались *cagA*vacAs1, *vacAs1*, *cagA*vacAs2, *vacAs2*. При наличии эрозивно-язвенных поражений чаще выявлены *cagA*vacAs1, *cagA*vacAs2. У больных гормонозависимой БА среднетяжелой формой течения с гастроэзофагеальным рефлюксом чаще обнаруживали *vacAs2*, *cagA*vacAs1. Анализ результатов исследований показал, что при эрозивно-язвенных поражениях у больных БА значительно увеличено

содержание НСГ в желудочном соке и выявлена зависимость их от генотипа НР. Так, у больных с I типом НР отмечено увеличение содержания НСГ в 1,5 раза по сравнению с показателями больных со II типом. У больных гормонозависимой БА наряду с хеликобактерной ассоциацией, одной из причин эрозивно-язвенных повреждений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, по-видимому, может быть недостаточное функционирование защитного слизистого барьера. Следовательно, целесообразно определять не только наличие *Helicobacter pylori*, но и молекулярно-генетическое типирование его для последующего выбора оптимальной терапии и определения тактики ведения больных гормонозависимой бронхиальной астмой с патологией эзофагогастродуоденальной зоны.

Выводы

1. При лечении БА и ГКС характерно высокий удельный вес гастроэзофагеального рефлюкса выраженной степени с развитием эзофагита и эрозивные изменения слизистой желудка. У больных гормонозависимой БА получавших с ГКС, достоверно чаще обнаружена язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки.
2. 25% больных с установленной патологией эзофагогастродуоденальной зоны не имели диспепсических жалоб и тщательный опрос выявил у большинства больных БА симптомы в виде изжоги, отрыжки, тошноты. Патология верхнего

отдела пищеварительного тракта оказывает выраженное влияние на течение бронхиальной астмы, усугубляя нарушения бронхиальной проходимости.

3. Изучение аспектов формирования поражений в зависимости от соотношения агрессивно-протективных факторов в слизистой верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных БА установил преобладание ассоциированных с вирулентностью генотипов НР при эрозивно-язвенных поражениях и недостаточное функционирование защитного слизистого барьера.

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 гастродуоденальной зоны // Аллергология, 2002. — № 4. — С. 18–22.
4. Тихомирова Е. Г. Особенности течения бронхиальной астмы сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Автореф. кан. мед. наук. Москва, 2006. — 18с.
5. Маев И. В., Петрова Е. Г. Современные молекулярно-генетические аспекты в клинической гастроэнтерологии. // Клиническая медицина. — М., 2005 — № 5. с. 7–13.
6. Чуков С. З. Клинико-морфологические и молекулярно-генетические сопоставления при патологии желудка, ассоциированной с НР // Архив патологии. — 2002. № 4. с. 37–40.
7. Rudy J., Kuck D., Rudy A. et al. *Helicobacter pylori* Vac A-genotype and Cag A-gene in a series of 383 *Helicobacter pylori*-positive patients. Z. Gastroenterol. 2000. 38:559–564.