

УДК 616.248+616-08

Возможности контроля над течением бронхиальной астмы

Н.В. Жукова

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: бронхиальная астма, ГЭРБ, сульпирид

Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных заболеваний дыхательной системы [3, 4]. Важнейшей задачей пульмонологии и аллергологии является повышение эффективности лечения этого заболевания, предупреждение инвалидизации больных.

Несомненно высокая эффективность ингаляционных глюкокортикоидов и бронхолитиков при бронхиальной астме [9, 10, 11, 12]. Однако, такая терапия не во всех случаях обеспечивает полное выздоровление больных или контроль над течением болезни, поскольку течение воспалительных, аллергических, репаративных процессов, освобождение организма от аллергенов и возбудителей в значительной мере зависит как от развивающихся процессов в бронхолегочной системе, так и от состояния процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе, состояния вегетативной нервной системы, а также сопутствующих заболеваний.

Нередко, попадая на прием к врачу-пульмонологу, больной концентрирует внимание врача на жалобах со стороны бронхолегочной системы, не упоминая о симптомах поражения других систем органов.

В то же время, известно, что патология пищеварительной системы часто сопровождается заболеваниями легких [5, 6]. Наши исследования посвящены изучению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), как наиболее частой патологии, которая встречается у лиц, страдающих бронхиальной астмой [7, 8].

Цель исследования

Целью исследования являлось изучение клинического течения, функции внешнего дыхания и психических статус

пациентов, страдающих бронхиальной астмой III и IV ступеней в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 110 пациентов в возрасте от 17 до 55 лет.

В числе наблюдавшихся больных, пациенты до 25 лет составили – 11 человек (10 %), от 26 до 35 лет – 17 человек (15,4 %), от 36 до 45 лет – 31 человек (28,2 %), от 46 до 55 лет – 51 человек (46,4 %). Все пациенты были трудоспособного возраста.

Мужчины составили 35 (31,8 %), женщины 75 чел (68,2 %).

Степень тяжести бронхиальной астмы определяли в соответствии с Глобальной стратегией лечения и профилактики бронхиальной астмы [4], по результатам анамнестических данных, тяжести клинических симптомов и степени функциональных нарушений дыхания. Так, больных с III ступенью (персистирующая средней степени тяжести) было 72 пациента (65,5 %), а с IV ступенью (тяжелая персистирующая) 38 (34,5 %). У всех обследованных больных (100 %) была сопутствующая гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Сопутствующие заболевания, кроме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, отсутствовали у 26,4 % обследованных (29 человек).

При поступлении в стационар ведущим симптомом у всех больных были приступы удушья днем от 2 до 7 раз, а ночью от 2 до 5 раз. Одышка и хрипы в легких наблюдались у всех больных (100 %). У 88 % больных была слабость и раздражительность, у 87,0% нарушение сна, т.е. симптомы со стороны психоэмоциональной сферы. У 50 % больных было ощущение тревоги и страха, у 62,7 % пациен-

тов наблюдалось постоянное головокружение. У 110 больных (100 %) была изжога. Боль за грудиной, в области нижней трети мечевидного отростка беспокоила 80,9 % пациентов (89 человек), отрыжка была у 95 больных (86,4%), ощущение кома в горле у 57 (51,8%) человек, а затруднение при глотании у 39 (35,5%) пациентов.

Традиционным, хорошо зарекомендовавшим себя методом исследования функции внешнего дыхания является спирометрия. Мы использовали аппарат «СМП – 21/01 – «Р-Д» (Россия).

Оценивались объемные и скоростные показатели, наиболее полно и комплексно характеризующие состояние бронхолегочной системы при обструктивных нарушениях легких, такие как жизненная емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду при максимально быстром выдохе (ОФВ1) и индекс Тиффно (отношение объема форсированного выдоха за первую секунду к жизненной емкости легких в %)

Опрос больных проводился с помощью специально составленной анкеты, которая содержала вопросы, характеризовавшие основные клинические проявления ГЭРБ, длительность и время появления симптомов, частоту их возникновения, а также способы купирования. Наличие у больных жалоб на изжогу, неприятные ощущения за грудиной, позволили нам сделать клинический вывод о наличии у них гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Результаты и обсуждение

Частота жалоб на отрыжку и другие желудочно-кишечные ощущения была достоверно ($p < 0,05$) больше среди больных бронхиальной астмой 3-4 ступеней. После анализа результатов анкетирова-

ния был сделан вывод о нарастании симптоматики со стороны органов желудочно-кишечного тракта параллельно прогрессирующему течению бронхиальной астмы. Возможно, это связано как с увеличением приема противоастматических препаратов (таблетированных глюкокортикостероидов и метилксантинов – эуфиллин, теопэк), так и тревожным стрессовым состоянием, связанным со страхом усиления одышки и удушья.

Дополнительное обследование всех пациентов методом фиброэзофагогастро-дуоденоскопии выявило эндоскопические признаки поражения пищевода. Отек и гиперемия слизистой нижней трети пищевода и желудка наблюдались у 55 человек (50 %), а эрозии и язвы слизистых пищевода и желудка почти у 30 % больных. В случаях необнаружения характерной для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни эндоскопической картины исключить гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь было невозможно из-за классических жалоб, характерных для последней [2,13].

Проведение многочасового внутрипищеводного рН-мониторинга при поступлении больных в стационар с помощью ацидогастрографа АГ – 1рН-М, Винница, Украина, показало наличие кислого рефлюкса в пищеводе у 56,7 % больных и щелочного у 43,3 %.

У некоторых больных отсутствовали все гастроэнтерологические жалобы в полном объеме, в то же время проведение фиброэзофагогастродуоденоскопии выявляло наличие эзофагита. При этом у таких больных преобладали жалобы со стороны психоэмоциональной сферы. По-видимому, такие пациенты не фиксируют свой гастроэнтерологический дискомфорт из-за преобладания нервно-психических нарушений.

Количество гастроэзофагеальных рефлюксов при поступлении в стационар было $565 \pm 7,3$ при минимальных значениях рН $2,4 \pm 0,17$ и максимальных

7,85 \pm 0,15. Изучая в динамике эти показатели мы пришли к выводу, что большей информативностью обладают значения преобладающего рН в пищеводе, но не количество гастроэзофагеальных рефлюксов и минимальные и максимальные значения рН.

Мы считаем, что строго дифференцированное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни по данным рН-метрии позволяет индивидуализировать лечение, уменьшить назначение непоказанных препаратов, тем самым уменьшить количество лекарственных осложнений и повысить эффективность терапии, особенно при сочетании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и бронхиальной астмы.

Психологический статус больных бронхиальной астмой в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью характеризовался высоким уровнем невротизации, в виде выраженной раздражительности (88%), нарушением сна (92,7%), быстрой утомляемостью (62%), слабостью (88%), головной болью (62,7%), снижением работоспособности (55,4 %). В целом астенический синдром наблюдался у 90% больных, ипохондрический у 80% и депрессивный у 73% пациентов.

Полученные нами данные согласуются с мнением других авторов [1], подчеркивающих значение психологических факторов, выступающих в роли триггеров, способствующих запуску обострения основного заболевания. Другими словами, психологические факторы являются не чисто этиологическими, а, наиболее вероятно, принимают активное участие в патогенетических механизмах развития и реализации бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Выводы

Таким образом, один из возможных путей контроля над течением бронхиальной

астмы – это учет сопутствующей патологии, наиболее значимой для патогенеза бронхиальной астмы. Следует также помнить, что лечение всегда должно быть индивидуальным, комплексным и этиопатогенетическим.

Литература

1. Бабак О.Я. Психосоматические нарушения при язвенной болезни и способ их коррекции // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – № 2. – С. 65–67.
2. Бабак О.Я., Фидеенко Г.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – Киев.: Интерфарма. – 2000 г. – 175 с.
3. Бронхиальная астма / Под ред. акад. РАМН А.Г.Чучалина: В 2 томах. – М.:Агар. – 1997. – Т.1. – 432 с.
4. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Изд. Атмосфера, 2002. – 160 с.
5. Заболевания пищеварительной системы у больных бронхиальной астмой / Гембицкий Е.В., Кириллов С.М., Ломоносов А.В. и др. // Клинич. медицина. – 2000. – № 3. – С. 54–57.
6. Коробельников А.П., Чучалин А.Г. Бронхиальная астма и сопутствующие заболевания органов пищеварения // Пульмонология. – 2002 г. – № 5. – С. 87–92.
7. Пархасменко А.К., Рабиль О.С. Желудочно-пищеводный рефлюкс и бронхиальная астма // Клиническая медицина. – 1994 г. – № 6. – С. 4–7.
8. Роль рефлюкс-эзофагита и синдрома апноэ в генезе ночных приступов удушья / П.М. Бейтуганова, А.Г. Чучалин, Н.А. Колганова, С.А.Бабак, П.Т.Щербаков // Пульмонология. – 1998 г. – №2. – С. 53–58.
9. Феценко Ю.П. Основные принципы лечения бронхиальной астмы // Укр. пульмонол. журнал. – 2000. – №2 (додаток). – С. 22–25.
10. Яшина Л.А. Астма-контроль – пути достижения // Украинский пульмонологический журнал. – 2003. – №1. – С. 11–16.
11. Banacci J.V., Stewart A.G. Regulation of human airway mesenchymal cell proliferation by glucocorticoids and β_2 -adrenoreceptor agonists // Pulm. Pharmacol. Ther. – 2006. – Vol. 19. – P. 32–38.
12. Barnes P. J. Scientific rationale for inhaled combination therapy with long-acting β_2 -agonists and corticosteroids // Eur. Resp. J. – 2002. – Vol. – 19. – P. 182–191.
13. Nonerosiv reflux disease (NERD) – is it really just a mild form of gastroesophageal reflux disease? / Martinez S., Malagon I., Garenal H. et al. // Gastroenterol. – 2001; 2001: 120 (Suppl.1): A424.

Можливості контролю над перебігом бронхіальної астми

Н.В. Жукова

Сучасні підходи до лікування гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби на тлі контрольованого перебігу бронхіальної астми повною мірою використовують кислотознижуючі препарати і прокінетики. В той же час не завжди враховується стан психоемоційного статусу пацієнтів. У даній статті пропонуються методи контролю над перебігом двох захворювань з використанням нейрореплетика еглонілу на додаток до загальноприйнятої терапії.

Opportunities of the control over course of a bronchial asthma

N.V. Zhukova

Modern approaches to treatment gastroesophageal reflux disease on a background of controllable current of a bronchial asthma to the full use proton pump inhibitors and prokinetics. At the same time the condition psychoemotional status of patients is not always taken into account. In given article a quality monitoring above current of two diseases with use sulpirid are offered in addition to the standard therapy.