



Бронхолёгочный синдром при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Д.А. Абдуллоев, К.М. Курбонов

Кафедры хирургических болезней №1; общая хирургия №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной работе отражены результаты обследования 164 больных с нарушением замыкательной функции кардии за последние 12 лет, из них у 8 (4,8%) пациентов гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) проявлялась с бронхолёгочным синдромом.

Авторами сделан вывод, что в алгоритме обследования пациентов ГЭРБ с лёгочным проявлением целесообразно проведение дополнительных методов исследования для исключения рефлюкс-эзофагита в случаях, подтверждающих выполнение антирефлюксных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс – эзофагит, бронхолёгочный синдром, замыкательная функция кардии

ВВЕДЕНИЕ. Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в последние годы привлекает к себе внимание учёных и практикующих врачей многих стран мира. Актуальность проблемы ГЭРБ заключается в её высокой распространённости, наличии как типичных симптомов значительно ухудшающих качество жизни больных, так и нетипичных клинических проявлений, которые затрудняют диагностику ГЭРБ, приводят к гипердиагностике некоторых болезней органов дыхания, таких как бронхиальная астма, хронический бронхит и пневмонии. Многообразие и атипичность клинических проявлений ГЭРБ, трудности дифференциальной диагностики, а также недостаточная осведомлённость практических врачей об этой патологии приводят к тому, что многие больные длительное время и безуспешно лечатся у терапевтов – пульмонологов по поводу хронических обструктивных болезней лёгких, бронхиальной астмы и пневмонии [1-5].

Механизм поражения верхних дыхательных путей и бронхообструкции связан с микроаспирацией содержимого пищевода и его рефлекторных воздействий на бронхи. Отсутствие изменений при рентгенологическом исследовании лёгких и неэффективность консервативной терапии свидетельствует об экстралёгочной природе заболевания.

В связи с чем, **целью настоящего исследования** явилась ранняя диагностика и комплексное лечение

ГЭРБ у больных с бронхолёгочным синдромом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В клинике ГКБ СМП и общей хирургии №2 ТГМУ за последние 12 лет обследованы 164 больных с нарушением замыкательной функции кардии. Мужчин было 71 (43,2%), женщин – 93 (56,8%). Возраст больных составил от 38 до 74 лет. Следует отметить, что ГЭРБ в 48 (30%) случаях развилась при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, в 57 (35%) - при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а в 35 (20,8%) - при хроническом калькулёзном холецистите и у 24 (14,6%) больных имела самостоятельный характер.

У 8 (4,8%) больных ГЭРБ проявлялась бронхолёгочным синдромом, который характеризовался следующими проявлениями: в 4 случаях диагностировали клинические признаки хронического бронхита с бронхоэктатической болезнью, у 3 больных - бронхиальную астму и у одного больного в клинической картине заболевания были симптомы идиопатического лёгочного фиброза.

Следует подчеркнуть, что все больные в течение 5-10 лет неоднократно с временными улучшениями лечились в терапевтических и пульмонологических отделениях.

При поступлении всем больным проводили клиничко-лабораторные и инструментальные исследования, включающие: рентгенологическое, эндоскопическое, ультразвуковое исследование,



позатажная манометрия, pH- метрию пищевода и желудка, а также бронхоскопию и компьютерную томографию лёгких.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Клиническое проявление бронхолёгочного синдрома у наблюдавшихся нами больных зависело от характера заболевания и патоморфологических изменений, развившихся в бронхах и лёгочной ткани. Так, у 4 больных клиническая картина заболевания характеризовалась приступами кашля, особенно в ночное время и периодическим возникновением одышки и боли в грудной клетке.

У больных бронхиальной астмой в клинической картине заболевания наряду с выраженной изжогой наблюдались приступы астматического статуса, особенно в ночное время, когда вследствие микроаспирации содержимого пищевода в бронхи, у них возникали приступы удушья. Только у одного больного с идиопатическим фиброзом лёгкого в клинической картине заболевания наряду с картиной хронического бронхита отмечалось выраженное нарушение функции внешнего дыхания, проявляющегося одышкой в покое, затруднением выдоха, а также кашлем с выделением вязкой мокроты.

Результаты инструментальных методов исследования показали, что глубина морфологических изменений в лёгких и бронхах, а также тяжесть заболевания органов дыхания во многом зависят от степени развития рефлюкс - эзофагита и давности заболевания.

При обследовании у 6 из 8 больных диагностировали рефлюкс - эзофагит 2-3 степени, лишь у 2 пациентов - рефлюкс-эзофагит 1-2 степени. Приведённые данные показывают, что чем больше рефлюксанта выбрасывается в просвет пищевода, тем больше вероятность микроаспирации и глубоких морфологических изменений в бронхах и лёгких.

При рефлюкс - эзофагите 2-3 степени и проведении бронхоскопии у 4 больных был диагностирован катаральный эндобронхит, у 2 - эрозивный эндобронхит.

Наряду с морфологическими изменениями в бронхах у этих же больных диагностировали бронхоэктатическую болезнь (2), бронхиальную астму (2) и идиопатический фиброз лёгкого (1).

В предоперационном периоде больным ГЭРБ с бронхолёгочным синдромом, наряду с терапией заболевания лёгкого, им назначали церукал, мотилиум и кватгель, а также комплексную антихеликобактериальную терапию, которая значительно улучшила их общее состояние.

Оперативному лечению были подвергнуты 6 больных, 2 отказались от операции. При выборе метода операции по поводу ГЭРБ, строго ориентировались на результаты pH-метрии и моторики пищевода, т.е. данных эзофагоманометрии.

В своих работах мы руководствовались рекомендациями De Meester (1995) и Кубышкина В.А. с соавт. (1999), согласно которым антирефлюксная операция должна восстановить давление в нижнем пищеводном сфинктере до уровня вдвое превышающего остаточное давление в желудке (12 мм рт.ст. против 6) и его длину не менее 3 см [1,6,7].

Шести больным выполнили антирефлюксные оперативные вмешательства: фундопликацию по Ниссену (4) и по Тупэ (2). Послеоперационное течение во всех случаях прошло гладко и без осложнений.

В отдалённом периоде у 3 больных значительно уменьшилась частота приступов бронхиальной астмы, что свидетельствует об улучшении качества жизни больных.

ВЫВОДЫ:

1. При некоторых заболеваниях органов дыхания, которые резистентны к современной консервативной терапии, целесообразно проведение дополнительных методов исследований, исключающих рефлюкс – эзофагит, как одного из этиологических факторов этих заболеваний.
2. Методом профилактики и лечения бронхолёгочных синдромов, обусловленных ГЭРБ является выполнение антирефлюксных оперативных вмешательств.



ЛИТЕРАТУРА

1. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / В.А. Кубышкин, Б.С.Корняк. -М. -1999. - 209с.
2. Трухманов А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / А.С.Трухманов // Русс.мед.журнал. -1999. -№11. -Т.1. -С.3-9
3. Рощина Т.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных бронхиальной астмой: автореф. дис....канд.мед.наук / Т.В.Рощина. -М. -2002. -21с.
4. Водольян А.В. Клинико-морфологические особенности формирования рефлюкс эзофагита у больных с бронхиальной астмой. Методы лечения и профилактики: дис....канд.мед.наук / А.В. Водольян. - Благовещенск. - 1994. -155с.
5. Пархоменко Л.К., Робдиль О.С. Желудочно-пищеводный рефлюкс и бронхиальная астма / Л.К.Пархоменко, О.С.Робдиль // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. -1994. -Т.3.-№1.-С.41-44
6. De Meester T.R. Gastroesophageal reflux disease. The Moody F.Q. et all. Yar Bool Matical Pullisher. Inc/ 1985. Pp. 132-158
7. De Meester T.R. Prolonged oesophageal pH – monitoring in Gastrointestinal motility whachtest. N.W. Readed Wrihston. Biomedical Publishing/ Ltd. - 1989

Summary

Bronchopulmonary syndrome with gastroesophageal reflux diseases

D.A. Abdulloev, K.M. Kurbonov

In this paper reflects the results of investigations 164 patients with impaired function of the closing cardia sphincter over the past 12 years, of whom 8 (4.8%) patients had gastroesophageal reflux disease (GERD) occurs with bronchopulmonary syndrome.

The authors concluded that in a complex diagnostic algorithm of GERD with pulmonary manifestation of appropriate conduct additional research methods to prevent reflux - esophagitis in the cases confirm the antireflux surgery.

Key words: gastroesophageal reflux disease, reflux - esophagitis, bronchopulmonary syndrome, the closing cardia sphincter function

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Д.А. Абдуллоев – докторант кафедры общей хирургии №2 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе ул. акад. Раджабовых, 6/2, тел.: 221-19-06