

Маймерова Г.Ш.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, СОЧЕТАЮЩАЯ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

УДК 616.248:616.32.9-002.2-02:616.33 - 008.17-053.2.

Целью нашего исследования явилось взаимоотношение и взаимовлияние бронхиальной астмы (БА) и гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР). В исследование были включены 115 пациентов, в возрасте от 7 до 16 лет, имеющую диагностированную бронхиальную астму и находившиеся на стационарном лечении в отделении аллергологии и клинической иммунологии НИЦОХМД.

The objective of our research is a revealing the interrelations between gastroesophageal reflux (GER) and bronchial asthma (BA). The research covers 115 patients from 7 to 16 years suffering from a diagnosed bronchial asthma and being under in-patient treatment in The Allergology and Clinical Immunology Department of the National Center Maternity and Childhood

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, гастроэзофагеальный рефлюкс

Актуальность работы:

Бронхиальная астма - хроническое **воспалительное** заболевание дыхательных путей, ключевым звеном является бронхиальная **обструкция** (сужение просвета **bronхов**), обусловленная специфическими **иммунологическими (сенсibilизация и аллергия)** или неспецифическими механизмами, проявляющаяся повторяющимися эпизодами свистящих хрипов, **одышки** [1]. Среди заболеваний органов дыхания, сопровождающихся гиперэозинофилией, бронхиальная астма сегодня сохраняет тенденцию к дальнейшему увеличению частоты распространенности. Об этом свидетельствуют современные эпидемиологические исследования. Увеличивается и число больных бронхиальной астмой, страдающих сопутствующей внелегочной патологией, в том числе лиц с бронхиальной астмой, сочетающейся с гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР). Сочетание данной патологии, по разным источникам [2,3], наблюдается от 34 % до 89 % случаев, при этом в 24 % случаев гастроэзофагеальный рефлюкс клинически не проявляется. В развитых странах мира наблюдается отчетливая тенденция к снижению частоты язвенной болезни и увеличению числа больных ГЭР, что дало основание выдвинуть на 6-й Объединенной гастроэнтерологической неделе (Бирмингем, 1997) положение - «XX век - век язвенной болезни, XXI век - век гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» [4].

Под гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) большинство клиницистов и исследователей понимают определенный клинический симптомокомплекс, хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся ретроградным поступлением в пищевод желудочного и/или дуоденального

содержимого, приводящим к повреждению дистального отдела пищевода и/или появлению характерных симптомов вне зависимости от того, имеются ли при этом морфологические изменения дистального отдела пищевода или нет. ГЭР - это заброс кислого желудочного содержимого в нижнюю треть пищевода. Рефлюкс-эзофагит - это эндоскопически позитивная форма гастроэзофагеального рефлюкса, при которой при проведении гастроскопии обнаруживаются патологические изменения слизистой пищевода, но около 50 % всех случаев заболевания у детей относятся к эндоскопически негативной ГЭР.

Установлено [5], что у больных бронхиальной астмой, сочетающейся с ГЭР, процент тяжелых приступов бронхообструкции, возникающих после приема позднего ужина, значительно выше, чем у пациентов с бронхиальной астмой без ГЭР. Приступ удушья, связанный с аспирацией желудочного содержимого, впервые описал канадский врач Уильям Ослер в **1892 году**. В 1946 г. Мендельсон описал случай бронхоспазма, вызванного аспирацией желудочного содержимого в бронхи. В дальнейшем был предложен термин рефлюкс-индуцированная астма. Дальнейшие наблюдения показали, что гастроэзофагеальный рефлюкс наблюдается у больных, страдающих БА, в 87% случаев. А по данным S. Sontag (2000) гастроэзофагеальный рефлюкс имеется у 50—60 % детей, страдающих бронхиальной астмой.

Примерно 69 % случаев ГЭР у детей диагностируется поздно. Это связано с разнообразием его клинических проявлений, частой встречаемостью эндоскопически негативной формы, что усложняет своевременное диагностирование [6].

Согласно современным представлениям, патогенез легочных заболеваний, в том числе и бронхиальной астмы, возникающих на фоне **ГЭР**, связан с двумя механизмами. Первый — аспирационный, когда развитие бронхоспазма происходит в результате заброса желудочного содержимого в просвет **бронхиального дерева**; и второй — рефлекторный, когда агрессивные компоненты рефлюксата, попадая в пищевод, стимулируют вагусные рецепторы **пищевода**, тем самым, провоцируя приступ бронхоспазма. Выделить преобладающий механизм в развитии БА и ГЭР сегодня не удастся; по всей видимости, это связано с тем, что оба фактора: и микроаспирация, и рефлекторные механизмы, играют немаловажную роль в развитии сочетанной патологии. Проведенные исследования за последние годы, показали, что периодически возникающая изжога как один из

симптомов ГЭР встречается у 20-40 % всего населения [7]. Также по результатам некоторых исследований немаловажная роль в развитии ГЭР отводится микроорганизмам *Helicobacter pylori*, присутствие которых в слизистой оболочке желудка отрицательно сказывается на течении рефлюкс-эзофагита.

Целью исследование явилось изучение взаимоотношение и взаимовлияние бронхиальной астмы в сочетании гастроэзофагеальным рефлюксом.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 115 детей в возрасте от 7 до 16 лет находившиеся на стационарном лечении в отделении аллергологии и клинической иммунологии НЦОХМиД с диагнозом бронхиальная астма. Диагностика патологии желудочно-кишечного тракта базировалось на клинической картине болезни, данных объективного, эндоскопического исследование с прицельной биопсией на предмет инфицирование хеликобактером пилори, кожные скарификационные пробы. Основную группу (1 группу) составили 45 больных (39,7 %) с БА и ГЭР, группы сравнения (2 группа) 37 детей (31,9 %) БА и другие поражения ЖКТ и (3 группа) 33 больных (28,4 %) с изолированной формой БА.

Результаты исследования

Учитывая жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта у данных детей, и также не было снижений частоты и выраженности симптомов бронхиальной астмы, несмотря на лечение противоастматическими препаратами. Связи с чем нами было решено провести эндоскопическое обследование у данных больных для исключения или подтверждение патологических изменений со стороны ЖКТ (в частности ГЭР), которые являются провокатором или инициатором приступов бронхообструкции у пациентов бронхиальной астмой. При эндоскопическом исследовании у 39,7 % детей был выявлен рефлюкс-эзофагит, у 31,9 % детей были выявлены другие изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как поверхностный гастрит, гипертрофический гастрит, фолликулярный бульбит и эрозивный бульбит. А у 28,4 % детей не было выявлено изменений со стороны слизистой желудка. Также данные пациенты обследовались на предмет инфицирование хеликобактера пилори (Н.р.). В 1 группе БА в сочетании с ГЭР хеликобактер пилори положительный - у 20,0 % больных, а у 80,0 % детей – был отрицательный результат. Во 2 группе БА с другими поражениями ЖКТ отмечался положительный результат - у 10,7 % детей, и у 89,3 % детей имелся отрицательный данные. Даже среди детей, у которых не было обнаружены ни функциональные, ни органические изменения со стороны ЖКТ, были дети, инфицированные хеликобактером пилори. У 20,0 % детей отмечался - положительный результат и у 80% отрицательный результат. Среди клинических

проявлений ведущее значение имела изжога, часто встречались отрыжка и срыгивания. В результате обследования установлено, что изжога у детей в 1 группе (БА и ГЭР) регистрировалась в 97,8%, а 2 группе 39,2% и 3 группе 17,6% случаев (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от предъявляемых жалоб

Формы	БА+ГЭР	БА+ЖКТ	БА
	%	%	%
Изжога	97,8	39,2	17,6
Отрыжка	97,8	30,0	12,4
Срыгивание пищи	97,8	23,5	18,8
Боли в животе различной иррадиации	62,2	31,8	15,9
Усиление боли после приема пищи	97,8	29,4	14,7

Большинство эпизодов изжоги как проявления рефлюкса асимптоматичны и непостоянны.

В настоящее время нет однозначной интерпретации значимости отрыжки у детей старше 2 лет. Как правило, она регистрируется у детей с частотой от 1 раза в день до 1 раза в неделю. Это состояние не сопровождается болью или дискомфортом, не появляется после кашля, не сопровождается кровотечением и выделением желчи. Она чаще всего возникает после обильного приема пищи или физической нагрузки.

Отрыжка также играла значимую роль у пациентов 1 группы по сравнению с пациентами 2 и 3 групп. В 1 группе по данным опроса отмечается усиление отрыжки у 48,2% больных после приема пищи, на фоне употребления газированных напитков у 20,5% детей, при сочетанном приеме пищи и напитков в 20% случаев. Во 2 –группе у 5,1 % детей отрыжка отмечается после приема пищи, и 14,9 % случаев после приеме газированных напитков, при этом при их сочетании не встречается. Среди больных 3 группы отрыжка отмечается у 2,9 % пациентов после приема пищи, у 5,7 %детей при употреблении газированных напитков и при сочетании различных продуктов питания у 3,8% детей.

Регургитации или срыгивание пищи усиливается у 20,5 % детей 1 группы при физической нагрузке, у 29,5% детей при смене положения, а также у 49,2 % детей при их сочетании. Среди обследованных детей 2 группы у 9,4 % детей срыгивание пищи отмечается после физической нагрузки, а при смене положения у 12,9 % детей и при сочетании двух форм у 1,2 % случаев. У детей 3 группы срыгивание пищи на фоне физических нагрузок отмечалось в 6,6 % случаев, при смене положения в 8,7 % детей , и при их сочетании в 7,8 % случаев.

В связи с тем, что довольно часто единственным проявлением ГЭР может быть загрудинная боль, по клиническим характеристикам практически неотличимая от коронарных, нами был выделен этот симптом, называемый в последнее время как «эзофагеальная ангина», при опросе больных. Как правило, эти боли патогномичны, связаны с положением тела, снимаются содой (антацидами), локализуются в эпигастрии, за грудиной. Причинами их является раздражающее действие рефлюксата на слизистую оболочку пищевода, наличие сопутствующего воспалительного процесса. Так, в нашем исследовании мы анализировали локализацию болей и провоцирующие причины их возникновения.

Нами был проанализирован симптом «боль» в зависимости от возможных провокационных факторов. Так, «боль» в 1 группе отмечалась у 31,8% пациентов после приема пищи, у 25% детей - при наклонных движениях и у 43,2% детей при сочетании этих условий. У детей 2 группы подобные боли усиливались в 11,8 % случаев после еды, в 27% случаев при наклонных движениях и в 35,1% детей при их сочетании, у 14,3 % детей не характерны боли при вышеизложенных симптомах. В 3 группе у 1,7 % больных боли усиливаются после приема пищи, у 2,4 % детей при наклонных движениях и у 1,7 % больных при их сочетании, а у остальных 94,2 % детей не отмечался болевой синдром.

В нашем исследовании мы также изучали, ухудшение общего состояния в обследованных группах больных, чтобы выяснить в какое время суток наблюдается больше ухудшение состояния данных больных (табл.2)

Таблица 2
Ухудшения состояния больных по отношению времени суток

Позологическая форма	БА+ГЭР	БА+ЖКТ	БА
	%	%	%
Утренние часы	6,4	36,3	34,4
Дневное время	9,5	25,6	34,4
Вечернее время	27,3	13,7	18,4
Ночное время	56,8	24,4	5,2

Как видно из таблицы, дети в 1 группе обследованных больных отмечали ухудшение общего состояния в ночное время суток (56,8 %), больные 2-ой группы ухудшения состояния отмечали чаще 36,3 % случаев в утренние часы, у пациентов 3 группы ухудшения общего состояния с одинаковой процентным соотношением регистрировалось в дневное время и утренние время.

При проведении аллергологического исследование больных во всех группах, путем кожных скарификационных проб, для определения ведущих факторов сенсibilизации. В 1-ой группе обследованных детей явились: пищевые аллергены 22,4 % случаев, Во 2-ой группе детей больше отмечается сенсibilизация к бытовым аллергенам у 31,1 % детей, у детей 3-ей группы также сенсibilизация больше наблюдалось 47,7 % к бытовым аллергенам.

Таким образом, в результате исследование были получены следующие данные, что основными симптомами ГЭР является изжога, боли различного генеза и различной локализации, кислые и воздушные отрыжки, жжение и чувство давления в подложечной области, которые возникают после еды и провоцируются продуктами, стимулирующими синтез кислоты и желчи. Также была выявлена отчетливая взаимосвязь бронхиальной астмы и гастроэзофагеального рефлюкса, у детей основной группы (БА и ГЭР) по сравнению контрольными группами обследованных детей, где отмечается четкая взаимосвязь приступов бронхоспазма после приема позднего ужина, ухудшения общего состояния в основном в ночное время суток. Можно также сказать следующее проведение кожных скарификационных проб у больных в 1 группе БА сочетании ГЭР отмечалась наибольшее сенсibilизация пищевыми аллергенами, на 2-5 раз превышающее у пациентов в контрольных группах.

Литература:

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы = Global Initiative for Asthma. — 2006. — 106 с.
2. Шептулин А. А., Трухманов А. С. Новое в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ахалазии кардии// Клиническая медицина. — 1998. — №5. — С. 15-19.
3. Рощина Е.В. Гастроэзофагеальная болезнь у больных с бронхиальной астмой.// Автор. дисс. канд. мед. наук. — М., 2002-21 с.
4. Васильев Ю.В. Бронхиальная астма, сочетающаяся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Лечащий врач – 2004. -№9
5. Степанов Э.А., Красовская Т.В., Кучеров Ю.И., Алхасов М.Б. РГМУ, кафедра детской хирургии (зав. кафедрой академик РАМН, профессор Исаков Ю.Ф.) Гастроэзофагеальный рефлюкс как причина респираторных нарушений у детей 2001.
6. Белоусов Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в детском возрасте.// Здоров'я України. – 2005. - №5. – С.24-25.
7. Sontag S,O'Connel S, Greenle H, Schnell T, Chintam R, Nemchausky B, Chejfec G, Van Drunen M Wap is gastroesophageal reflux a factor in some asmatics // Am J Gastroenterol 1987\$82^119-126