

Н.В. ДОЛГЕНКО
Рудненская городская больница

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

У больных бронхиальной астмой различной степени тяжести при целенаправленном обследовании выявлена патология гастроудоденальной зоны в виде рефлюкс-эзофагита, поверхностного и атрофического гастрита, дуоденита, эрозий, послеязвенных рубцовых деформаций. При этом лишь у 58,9% больных бронхиальной астмой имелись клинические проявления сопутствующей патологии. Сравнительный анализ частоты и характера поражения гастроудоденальной зоны позволил выявить особенности, заключающиеся в усугублении воспалительно-деструктивных процессов в зависимости от тяжести бронхиальной астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, гастроудоденальная зона, клинические особенности.

В последние годы повышенный интерес вызывает частое сочетание бронхиальной астмы (БА) с деструктивно-воспалительными поражениями эзофагогастроудоденальной зоны (ЭГДЗ) [1]. В публикациях последних лет содержатся неоднородные показатели вовлечения в патологический процесс ЭГДЗ при БА [2]. Достаточно серьезной проблемой является сочетание БА с гастроэзофагеальным рефлюксом в связи с важной ролью последнего в возникновении и патогенезе БА [3]. Полагают, что микроаспирация желудочного содержимого в трахею и бронхи обуславливает гиперреактивность бронхов за счет усиления экс-судативной реакции слизистой оболочки и рефлекторного вагусного механизма, что приводит к возникновению бронхоспазма [4]. При БА с достаточно высокой частотой регистрируется такая патология желудочно-кишечного тракта, как эзофагит, хронический гастрит, дуоденит, колит [5]. Кроме патогенных факторов, связанных с самой БА, большую роль играет фактор ее лечения - больные принимают препараты, раздражающие слизистую оболочку и нарушающие моторную деятельность сфинктерного аппарата [2]. По данным разных авторов, поражение ЭГДЗ у больных БА наблюдается в 50-90% случаев [5], что можно объяснить использованием различных методических подходов при изучении этой проблемы. Полное представление о состоянии ЭГДЗ у данной категории больных можно получить при целенаправленном исследовании.

Цель работы: изучение состояния ЭГДЗ у больных бронхиальной астмой различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования. Обследовано 108 больных БА легкой – ЛБА (n=18), средней – СБА (n=50), тяжелой степени – ТБА (n=40) в стадии обострения с аллергической (n=13), инфекционно-зависимой (n=20) и смешанной (n=75) формами БА, медиана возраста составила 45 (34-54) лет. Среди обследованных преобладали женщины – 64 (59,3%), мужчин было 44 (40,7%). У больных БА проведено исследование ЭГДЗ: целенаправленное изучение жалоб, анамнеза, указывающих на поражение ЭГДЗ, эзофагогастроудоденоскопия (ЭГДС).

Биометрический анализ осуществлялся с использованием пакетов STATISTICA 6.0 и Excel 7.0. Центральные тенденции и дисперсии количественных признаков, не имеющих нормального распределения, описаны медианой (Me) и интерквартильным размахом (25-й процентиль – 75-й процентиль). Для исследования зависимостей использовалась корреляция Спирмена. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Патология по данным ЭГДС выявлена у 91 (84,2%) больных БА, что подтверждает высокую частоту встречаемости поражения ЭГДЗ у больных БА [1]. Частота данной патологии у мужчин и женщин не отличалась: у мужчин она составила 86%, у женщин – 83,1%. Основной контингент с патологией исследуемой сферы пришелся как у мужчин, так и среди женщин на возраст, медиана которого составила 48 (39-58) лет.

Клинические проявления поражения ЭГДЗ были выявлены у 53 (58,9%) больных, при этом 37 (41,1%) больных жалоб не предъявляли. Болевой абдоминальный синдром не был ведущим в клинике, его наличие выявлено при целенаправленном сборе жалоб и анамнеза. Боли в животе с локализацией в эпигастрии и пилородуоденальной зоне беспокоили 19 (17,6%) больных БА и носили непостоянный характер, без связи с приемом пищи. Интенсивность боли в большинстве случаев была слабая и умеренная. Чувство дискомфорта в подложечной области отмечали 28 (25,9%) больных. В клинической картине ведущее место занимал диспептический симптомокомплекс. Жалобы на тошноту предъявляли 18 (16,7%) больных, метеоризм – 25(23,2%), изжогу – 17 (15,8%) больных. Так, большинством авторов отмечены: стертость клинической картины заболевания, неотчетливость жалоб, что, возможно, связано с «затушеванностью» при их дыхательных расстройствах, атипичность проявлений болей [5], преобладание диспептического синдрома [2].

В результате исследований С.М. Кириллова и соавт.(2008) было выявлено, что число больных с патологией ЭГДЗ увеличивается с нарастанием тяжести и продолжительности БА [1]. В данном исследовании аналогично отмечалось значимое увеличение частоты встречаемости патологии ГДЗ при утяжелении степени БА. Так, при ЛБА патология ГДЗ зафиксирована у 11 (61,1%) больных, что значимо реже, чем при СБА – 46 (92%) больных ($\chi^2=9,31$, $p=0,002$), и при ТБА, при которой поражение ЭГДЗ выявлено у 34 (85%) больных ($\chi^2=4,07$; $p=0,044$). Была отмечена положительная корреляционная связь между продолжительностью БА и тяжестью патологии ЭГДЗ (от воспалительных поражений до эрозии и язв) ($r=0,20$; $p<0,05$). Также было обнаружено, что длительность заболевания БА у лиц с патологией ЭГДЗ значимо больше, чем у больных БА без сопутствующей патологии ЭГДЗ: медиана продолжительности БА с сопутствующей патологией ЭГДЗ составила 12 (5-18) лет, без патологии ЭГДЗ – 8 (2-13) лет ($p=0,018$).

По данным ЭГДС рефлюкс-эзофагит был выявлен у 7 (7,7%) больных БА, при этом рефлюкс-эзофагит I степени наблюдался у 5 (5,5%), II степени – у 2 (2,2%) больных. Воспалительные изменения слизистой оболочки желудка выявлены у 71,5% больных, ДПК – у 52,8%, атрофический гастрит – у 11%, атрофический дуоденит – у 3,3%. Наблюдалась высокая частота эрозивных поражений слизистой оболочки ЭГДЗ с преимущественной локализацией в желудке (28,6%) и рубцово-язвенных поражений с локализацией в двенадцатиперстной кишке (12,1%). При сравнении особенностей поражения ЭГДЗ в зависимости от степени тяжести БА, выявлены значимо чаще эрозивно-язвенные поражения у больных ТБА (42,5%) по сравнению с больными ЛБА (16,7%) ($p=0,050$). Аналогично – с поражениями ЭГДЗ воспалительного характера, у больных ТБА значимо чаще (70%) наблюдались данные изменения по сравнению с больными ЛБА (38,9%) ($p=0,025$). Атрофические процессы в слизистой оболочке ЭГДЗ преобладали также у больных ТБА (25%) ($p=0,037$), у больных ЛБА и СБА они встречались соответственно в 5,6% и 8,0% случаев.

Таким образом, анализ клинической картины показал, что больные с обострениями БА не акцентируют внимание на гастроэнтерологических проблемах, не имеющих, на их взгляд, отношение к БА. В основном, патология ЭГДЗ у больных БА имеет скрытое течение и имеет тенденцию к усугублению воспалительно-деструктивных процессов в зависимости от степени тяжести и продолжительности БА. Наличие у больных различных вариантов сочетанной патологии, взаимовлияние болезней, приводящее в ряде случаев к их атипичному течению, требуют от практического врача индивидуализированного подхода к вопросам диагностики этих заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Илюхина Л.Н. Патология гастродуоденальной зоны у больных бронхиальной астмой // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. XVII. № 2. С. 147-148.
- 2 Голованова В.Е., Михалева Л.М., Бархина Т.Г., Щеголева Н.Н., Грачева Н.А., Иванова Е.В. Патоморфологическая характеристика гастродуоденальной зоны при персистирующей бронхиальной астме легкой степени тяжести // Фундаментальные исследования. 2012. № 4-1. С. 42-46.
- 3 Галимова Е.С. К вопросу о некоторых наиболее распространенных сочетаниях бронхиальной астмы с заболеваниями органов пищеварительного тракта (обзор литературы) // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2010. Т. 25. № 4-1. С. 22-26.
- 4 Колпакова А.Ф., Дегтярева Т.Ю., Белянина Е.А. Болезни органов пищеварения у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких // Сибирское медицинское обозрение. 2012. Т. 73. № 1. С. 6-11.
- 5 Aras G, Yelken K, Kanmaz D, Develioglu O, Mavis O, Gultekin E, Igdem AA, Purisa S. Erosive esophagitis worsens reflux signs and symptoms in asthma patients without affecting pulmonary function tests // J Asthma. 2010 Dec;47(10):1101-5.

Н.В. ДОЛГЕНКО

ЖЕҢІЛІСТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІГІ ГАСТРОДУОДЕНАЛ АЙМАҚ ТЫНЫС ДЕМІКПЕСІНІҢ НАУҚАСТАРЫНДА

Түйін: Зерттеуде аймақтың эзофагогастродуоденальной патология тыныс демікпесінің науқастарында бүркеме ағыс ие болғанын анықталған, және ауырлықтың дәрежесі байланысты қабыну - деструкциялы процестерді ұлғайтуға тенденцияны алады және тыныс демікпесінің ұзақтығы. Аралас патологияның әр түрлі нұсқаларының науқастары, өзара ықпалда ұқсамаушылық ағыс олардың бір қатар жағдайда алып келетін ауруларды бар болу бұл ауруларды диагностиканың сұрақтарына жекеленген тәсілді практикалық дәрігерлерден талап етеді.

Түйінді сөздер: тыныс демікпесі, гастродуоденал аймағы, клиникалық ерекшеліктер.

N.V. DOLGENKO

CLINICAL FEATURES OF A LESION OF THE GASTRODUODENAL ZONES AT PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Resume: In research it is established that pathology of an esophagogastroduodenal zone at patients of bronchial asthma has the hidden current and tends to aggravation of inflammatory and destructive processes depending on severity and duration of bronchial asthma. Existence at sick various options of the combined pathology, the interference of illnesses bringing in some cases to their atypical current, demand from the practical doctor of the individualized approach to questions of diagnostics of these diseases.

Keywords: bronchial asthma, gastroduodenal zone, clinical features.