

Клинико-эндоскопические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при бронхиальной астме в сочетании с хроническим описторхозом

Чернявская Г.М., Белобородова Э.И., Плеханова Е.В., Дегтярев С.Д.

Clinical and endoscopic peculiarities of gastroesophageal reflux disease during bronchial asthma combined with chronic opisthorchosis

Chernyavskaya G.M., Beloborodova E.I., Plekhanova Ye.V., Degtyaryov S.D.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Чернявская Г.М., Белобородова Э.И., Плеханова Е.В., Дегтярев С.Д.

В статье приводятся результаты изучения клинико-эндоскопических особенностей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у 318 больных бронхиальной астмой (БА) разной степени тяжести в сочетании с хроническим описторхозом и без него. Показана высокая встречаемость ГЭРБ у больных БА, частота ее нарастает по мере утяжеления заболевания, причем клинические проявления ГЭРБ наблюдаются у больных БА чаще, чем выявляется рефлюкс-эзофагит эндоскопически. Представлена структура ГЭРБ при БА. Выявлена более высокая частота ГЭРБ при БА в сочетании с хроническим описторхозом, чем у больных без сопутствующей паразитарной инвазии.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, бронхиальная астма, хронический описторхоз.

The results of the study of gastroesophageal reflux disease (GERD) clinico-endoscopic peculiarities in 318 patients with bronchial asthma (BA) of different severity degree, combined with chronic opisthorchosis or without it, have been cited in the present article. It has been revealed an often incidence of GERD in BA patients and GERD frequency increased as the disease severer. At that the GERD clinical manifestation have been observed more frequently than the reflux-esophagitis had been discovered by endoscopic ways. GERD structure during BA has been presented. More frequent GERD with BA combined with chronic opisthorchosis has been discovered than in patients without associated parasitic invasion.

Key words: gastroesophageal reflux disease, bronchial asthma, chronic opisthorchosis.

УДК 616.248:616.33 – 008: 616.995.122.21

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — заболевание с развитием характерных симптомов и/или воспалительного поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого — характеризуется высокой частотой распространения (до 70—80%)

среди больных бронхиальной астмой (БА) и является актуальной проблемой как для пульмонологов, так и для гастроэнтерологов.

В последние годы отмечен большой интерес к вопросу сочетания ГЭРБ и БА. В отечественных и зарубежных исследованиях выявлено, что ГЭРБ может являться причиной БА, ухудшать ее течение и увеличивать потребность в фармакотерапии [1,

2, 7]. Вместе с тем вопрос, касающийся структуры ГЭРБ и клинико-эндоскопических особенностей ее течения при БА разной степени тяжести, недостаточно освещен в литературе.

Клиническая картина ГЭРБ характеризуется наличием отрыжки, срыгивания, боли в подложечной области или за грудиной при прохождении пищи по пищеводу, однако основным проявлением ГЭРБ является изжога [3]. Поэтому нередко исследователи изучают распространенность ГЭРБ на основании оценки частоты изжоги. В соответствии с итоговым докладом в Генвале (Бельгия, 1997) считается, что ГЭРБ скорее всего имеется, если изжога возникает два раза и более в неделю [8]. Было предложено выделять эндоскопически позитивную и эндоскопически негативную ГЭРБ. Второе определение распространяется на те случаи, когда у пациентов с проявлениями заболевания, отвечающего клиническим критериям ГЭРБ, отсутствует поражение слизистой оболочки (СО) пищевода. Отсутствие должного внимания к эндоскопически негативной ГЭРБ приводит к недооценке ее частоты. Особенно это принципиально для больных БА, поскольку отсутствие целенаправленного лечения ГЭРБ может утяжелять течение БА, затруднять контроль над ней и приводить к увеличению медикаментозной нагрузки, что, в свою очередь, усиливает рефлюксные явления [9, 10].

Недостаточно исследовано влияние описторхозной инвазии на частоту и течение ГЭРБ при БА. Изучение этой проблемы важно для Обь-Иртышского бассейна, который является гиперэндемическим очагом описторхоза. БА в нашем регионе часто протекает на фоне хронической описторхозной инвазии, отрицательное воздействие которой на течение БА доказано исследованиями [5], однако возможные механизмы этого влияния продолжают обсуждаться.

Исходя из изложенного, целью работы явилось изучение клинико-эндоскопических особенностей ГЭРБ у больных экзогенной БА разной степени тяжести в сочетании с хроническим описторхозом и без него.

Материал и методы

Проведен анализ жалоб и данных инструментального исследования 318 больных экзогенной БА разной степени тяжести в возрасте от 18 до 60 лет, которые в зависимости от наличия сопутствующего хронического описторхоза (ХО) разделены на 2 группы. Первую группу составили 242 больных экзогенной БА без сопутствующей описторхозной инвазии, в том числе 37 больных легкой БА (ЛБА), 94 — средней БА (СБА), 32 — тяжелой негормонозависимой БА (Т4БА) и 79 пациентов тяжелой гормонозависимой БА (Т5БА). Вторая группа состояла из 76 больных экзогенной БА с ХО.

У всех больных по специально разработанным опросникам выясняли наличие клинических проявлений ГЭРБ (изжога, отрыжка, срыгивание, боль в подложечной области или за грудиной при прохождении пищи по пищеводу) и проводили эзофагогастродуоденоскопию, во время которой выявляли наличие рефлюкс-эзофагита (РЭ) и оценивали степень воспалительных изменений слизистой пищевода. Степень РЭ определяли по классификации Savary—Miller (1993).

Диагноз ХО подтверждали на основании обнаружения яиц *Opisthorchis felinus* при микроскопическом исследовании дуоденального содержимого и в фекалиях, а также наличием в сыворотке крови диагностического титра антител к антигенам описторхисов.

Математические расчеты проводились с помощью пакета программ Statistica 5.0 for Windows. При анализе полученных данных использовали критерий χ^2 , нулевые гипотезы отвергались при достижении статистического критерия $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение

У больных БА выявлена высокая частота клинических проявлений ГЭРБ. Наиболее часто больные БА предъявляли жалобы на изжогу. В I группе изжога беспокоила 148 (61,1%) пациентов. Самая высокая встречаемость изжоги в этой группе отмечена у больных Т5БА — 78,4%, что достоверно выше, чем при ЛБА — 40,6% ($P = 0,001$), СБА — 50,4% (рис. 1) ($P = 0,0002$) и выше, чем у больных Т4БА — 61,5% ($P = 0,0701$). Другие кли-

нические проявления ГЭРБ встречались значительно реже и практически всегда сочетались с изжогой. Кислая и горькая отрыжка беспокоила пациентов в 45,0% случаев; жжение в горле — в 12,4%; боль за грудиной — в 7,0% случаев (табл. 1).

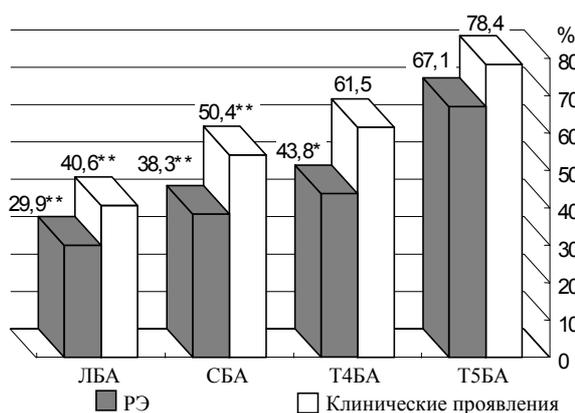


Рис. 1. Частота РЭ, выявленного эндоскопически, и наличие клинических проявлений ГЭРБ (%) у больных I группы в зависимости от степени тяжести БА. Различия достоверны: * — $P < 0,05$; ** — $P < 0,01$ по сравнению с Т5БА

Эндоскопические признаки РЭ в I группе больных обнаружены у 114 (47,1%) пациентов, что достоверно ниже, чем встречаемость изжоги ($P = 0,001$). В 35% (40/114) случаев на фоне гиперемии наблюдался белый налет в дистальной части пищевода; в 32,4% (37/114) — недостаточность кардии; в 8,8% (10/114) выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Таблица 1

Частота клинических проявлений ГЭРБ у больных БА

Симптомы	Группа больных	Больные, имеющие указанные жалобы		P
		n	%	
1. Изжога (2 и более раз в неделю)	I	148	61,1	0,0410
	II	56	73,7	
2. Отрыжка кислая, горькая	I	109	45,0	> 0,05
	II	36	44,3	
3. Жжение в горле	I	30	12,4	> 0,05
	II	11	14,5	
4. Боль за грудиной	I	17	7,0	> 0,05
	II	6	7,9	

Атрофические изменения слизистой оболочки пищевода обнаружены у 2 пациентов I группы. Отмечено увеличение частоты встречаемости РЭ

с утяжелением БА (см. рис. 1). Так, самая высокая частота РЭ в I группе выявлена у больных гормонозависимой БА — 67,1% (53/79), что достоверно выше, чем у больных ЛБА — 29,9% (11/37), $P = 0,0003$; СБА — 38,3% (36/94), $P = 0,0002$; Т4БА — 43,8% (14/32), $P = 0,0269$. Объяснение этому явлению можно найти, вероятно, не только в усилении бронхолитической терапии у этой категории больных и утяжелении БА, но и в миопатическом действии системных глюкокортикоидов (ГК).

Таким образом, проведенное исследование показало, что ГЭРБ часто встречается у больных БА, причем изжога, клинический маркер ГЭРБ, наблюдается достоверно чаще, чем выявляется РЭ эндоскопически (см. рис. 1). Вероятно, имеет значение тот факт, что у больных БА повышение кислотности желудочного сока, по данным литературы [4] и нашим собственным наблюдениям, встречается редко, поэтому ГЭРБ может длительно не проявляться эндоскопически, и лишь при прогрессировании заболевания появляются патологические изменения СО пищевода. Отсутствием выраженной агрессивности желудочного сока, возможно, объясняется и редкость тяжелых поражений пищевода у больных БА. Так, среди обследованных больных БА I группы преобладала I степень тяжести РЭ (73,7%), II степень тяжести РЭ выявлена у 21,9% пациентов, III степень — у 4,4% больных и IV степень тяжести РЭ у больных БА мы не наблюдали (табл. 2). Показательно, что в 70% (21/32) случаев эрозивные поражения пищевода выявлены у больных с тяжелой БА.

Полученные данные позволили определить структуру ГЭРБ у больных БА. Так, из 150 (100%) больных I группы с наличием клинических проявлений ГЭРБ эндоскопическая картина катарального РЭ выявлена у 84 (56%) пациентов, эрозивные поражения пищевода (РЭ II, III степени) обнаружены у 30 (20%). Патологических изменений пищевода не было выявлено у 36 (24%) пациентов, однако жалобы на изжогу (чаще 2 раз в неделю) позволяют предполагать наличие у них эндоскопически негативной ГЭРБ (рис. 2).

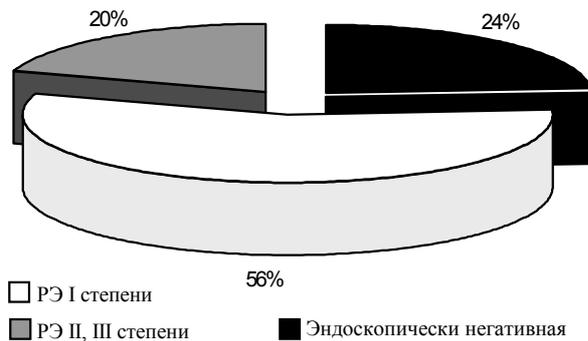


Рис. 2. Структура ГЭРБ при БА (I группа)

Таблица 2

Распределение больных БА по степени тяжести РЭ

Группа больных	Степень тяжести РЭ	Всего n (%)	Негормонозависимая БА				Т5БА n (%)
			Всего n (%)	ЛБА n (%)	СБА n (%)	Т4БА n (%)	
I группа (n = 242)	Всего	114 (100)	61 (100)	11 (100)	36 (100)	14 (100)	53 (100)
	I	84 (73,7)	48 (78,7)	10 (90,9)	28 (77,8)	10 (71,4)	36 (67,9)
	II	25 (21,9)	10 (16,4)	1 (9,1)	6 (16,7)	3 (21,4)	15 (28,3)
	III	5 (4,4)	3 (4,9)	0 (0)	2 (5,6)	1 (7,1)	2 (3,7)
II группа (n = 76)	Всего	38 (100)	22 (100)	6 (100)	12 (100)	4 (100)	16 (100)
	I	27 (71,1)	18 (81,8)	5 (83,3)	10 (83,3)	3 (75)	9 (56,3)
	II	10 (26,3)	4 (18,2)	1 (16,4)	2 (16,7)	1 (25)	6 (37,5)
	III	1 (2,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6,2)

Во II группе изжога беспокоила 56 (73,7%) больных, что достоверно чаще, чем в I группе ($P = 0,0401$). Встречаемость РЭ практически не отличалась от показателей I группы и составила 50% (38/76). У больных ЛБА РЭ диагностирован в 37,5% (6/16), СБА — в 40,0% (12/30), Т4БА — в 44,4% (4/9), Т5БА — в 76,2% (16/21) случаев. При этом степень тяжести РЭ также не отличалась от I группы: I степень тяжести РЭ выявлена у 27 (71,1%), II степень — у 10 (26,3%) и III — у 1 (2,6%) пациента (табл. 2).

Таким образом, у больных БА с ХО ГЭРБ встречается чаще, чем у пациентов без паразитоза, но встречаемость и тяжесть РЭ в сравниваемых группах не отличается. Можно предположить, что в основе увеличения частоты клинических проявлений ГЭРБ у больных БА с ХО лежит нарушение моторно-двигательной функции пищевода. В исследованиях, проведенных ранее [6], отмечалась высокая частота дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) у больных ХО, возникновение которого связывают с нарушением функционального состояния желчевыделительной системы, закономерно пора-

жающейся при ХО. Вероятно, в основе формирования ДГР и ГЭРБ при ХО лежат одни и те же механизмы. С другой стороны, при наличии ДГР усиливаются агрессивные свойства желудочного сока за счет увеличения в нем содержания желчных кислот, что также может утяжелять клинические проявления ГЭРБ. Следовательно, одним из вероятных механизмов отрицательного влияния ХО на течение БА может являться усиление рефлюксных явлений и усугубление ГЭРБ.

Таким образом, проведенное исследование показало, что ГЭРБ встречается у 65% больных БА, причем в 25% случаев имеет место эндоскопически

негативная форма. Полученные данные свидетельствуют о важности выявления и оценки клинических проявлений ГЭРБ у больных БА, особенно в случаях, когда на фоне адекватной базисной противоастматической терапии сохраняются ночные приступы удушья. Особое внимание следует уделять больным гормонозависимой БА, среди которых не только повышен риск развития ГЭРБ, но и встречаемость тяжелых эрозивных поражений пищевода, а также больным БА с сопутствующей описторхозной инвазией.

Литература

1. Бейтуганова И.М., Чучалин А.Г. Рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма // РМЖ. 1998. < 6. С. 1101—1108.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Ред. А.Г. Чучалин. М.: Атмосфера, 2002. 160 с.
3. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. М.: Триада-Х, 2000.
4. Клинико-морфологические аспекты диагностики патологии желудочно-кишечного тракта при бронхиальной астме / Н.А. Колганова, Н.М. Грачева, И.М. Бейтуганова и др. // Российский гастроэнтерологический журнал. 1997. < 3. С. 39—43.
5. Стрелис А.К., Лимберг В.Р., Волков В.Т., Задорожний А.И. Туберкулез и бронхиальная астма на фоне описторхоза. Томск, 1988. 272 с.
6. Хронический описторхоз и пищеварительная система / Э.И. Белобородова, М.И. Калюжина, Ю.А. Тиличенко и др. Томск, 1996. 118 с.
7. Шмелев Е.И., Медведев А.В. Эффективность лечения гастроэзофагеального рефлюкса у больных бронхиальной астмой // Пульмонология. 2003. < 1. С. 46—51.
8. Dent J., Burn J., Fendrick A. An evidence-based appraisal of reflux disease management — the Genval Workshop Report // Gut. 1999. < 44. P. 1—16.
9. Mansfield L.E. Gastroesophageal reflux and respiratory disorders // Ann. Allergy. 1989. < 3. P. 158—161.
10. Relationship between asthma and gastroesophageal reflux / Goodall R.J.R., Earis J.R., et al. // Thorax. 1981. < 36. P. 116—121.

Поступила в редакцию 29.09.2003 г.