

УДК 616.248+616.33-002:616.329-008.6

Н.Е. Моногарова, Е.Ю. Бойко, К.Н. Бородий, Д.С. Дубовик, Ю.В. Забазнова

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Резюме. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — глобальное заболевание с четкой тенденцией к росту распространенности. Высокая частота ГЭРБ сопряжена со значительными социальными последствиями за счет отрицательного влияния на работоспособность и ряд других аспектов качества жизни больных. Серьезную проблему представляет способность этой патологии скрываться под «масками» других заболеваний и оказывать негативное влияние на течение коморбидной патологии, включая бронхиальную астму (БА). В статье представлены результаты изучения особенностей клинической картины ГЭРБ у больных с БА на примере 40 пациентов с данной коморбидной патологией, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения. Определены наиболее часто встречающиеся симптомы ГЭРБ, протекающей на фоне БА, и сделаны выводы в отношении их влияния на качество жизни больных.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, бронхиальная астма, фиброэзофагогастроэсодуоденоскопия, рефлюкс-эзофагит, качество жизни

Введение. Повышенный интерес к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на протяжении последних десятилетий объясняется широкой распространенностью этого заболевания во многих странах мира, включая Российскую федерацию [1]. Несмотря на внушительное число исследований, истинный уровень заболеваемости ГЭРБ не известен, что, прежде всего, связано с полиморфностью клинических проявлений данной патологии, которые отнюдь не ограничиваются развитием гастроэнтерологической симптоматики. У достаточно большой части больных имеют место внепищеводные, или экстраэзофагеальные, проявления ГЭРБ, которые, к сожалению, нередко недооцениваются, особенно в отсутствие типичных симптомов заболевания — изжоги, отрыжки и регургитации. Нередко это становится причиной диагностических и терапевтических ошибок, неадекватной тактики ведения пациентов и существенно-го снижения качества их жизни, что ставит под сомнение прогноз заболевания [2].

На практике чаще встречается неэрозивная форма ГЭРБ, на долю которой прихо-

дится около 60% всех фиксируемых случаев данного заболевания. Именно эта форма, как утверждают специалисты, наиболее часто сопровождается экстраэзофагеальными проявлениями, что существенно затрудняет ее диагностику. Лидируют среди внепищеводных симптомов ГЭРБ поражения респираторного тракта: их распространенность составляет от 43% до 75% в общей массе всех экстраэзофагеальных симптомов ГЭРБ [3]. Согласно клиническим наблюдениям, 30–60% пациентов с диагнозами «хронический бронхит» и «бронхиальная астма» на самом деле страдают ГЭРБ, причем во многих случаях речь идет о «немом рефлюксе», не имеющем типичных клинических проявлений ГЭРБ и диагностируемом только в ходе суточной рН-метрии [2]. Клинически респираторные маски ГЭРБ чаще всего характеризуются наличием приступообразного хронического кашля, появлением или учащением ночных приступов бронхиальной астмы (БА), рецидивирующей пневмонией.

Исследуя вопрос взаимосвязи ГЭРБ с развитием хронической патологии органов дыхания, Н.В. El-Serag et al. на примере 1366 пациентов отметили двукратное увеличение риска развития БА и хронической обструктивной болезни легких у больных с поражением пищевода по сравнению с лицами без такового [4]. На сегодняшний день БА считается одним из наиболее распространенных заболеваний легких, сочетанных с ГЭРБ [3]. В литературе рассматриваются два основных механизма возникновения приступов БА на фоне ГЭРБ. В первом случае речь идет о развитии бронхоспастического синдрома как ответной реакции на попадание в просвет бронхов рефлюктанта (рефлюксная теория), во втором — об индуцировании приступов удушья вследствие стимуляции вагусных рецепторов, расположенных в дистальной части пищевода (рефлекторная теория) [5]. Интересен тот факт, что БА, в свою очередь, также способна оказывать негатив-

ное влияние на течение ГЭРБ. Прежде всего, это связано с увеличением градиента давления между грудной клеткой и брюшной полостью, а также с расслаблением нижнего пищеводного сфинктера на фоне эпизодов бронхоспазма.

Таким образом, патогенетические аспекты сопряженности ГЭРБ и БА имеют две стороны. Первая — это факторы, которые предрасполагают к возникновению и прогрессированию БА на фоне ГЭРБ, вторая — механизмы, способствующие появлению ГЭРБ у больных БА [6]. Их взаимодействие формирует замкнутый круг и объясняет суть феномена взаимоотношения между ГЭРБ и БА [7], который, в частности, позволяет рассматривать ГЭРБ как важный предиктор, оказывающий влияние на тяжесть течения БА [3]. Это, в частности, подтверждается результатами исследования M. Derbak et al., согласно которым у коморбидных пациентов с сочетанием ГЭРБ и БА было отмечено более тяжелое течение БА, сопровождавшееся достоверным снижением основных показателей функции внешнего дыхания [8].

К сожалению, как показывает практика, несмотря на высокую распространенность БА, сочетанной с ГЭРБ, частота выявления гастроэзофагеального рефлюкса у больных пульмонологического профиля остается низкой. В основном диагностика сопутствующей гастроэнтерологической патологии у данной категории пациентов осуществляется только при наличии рефрактерности бронхолегочной симптоматики к лечению, что, безусловно, является грубой тактической ошибкой. В своей работе, Г.А. Игнатенко и соавт. подчеркивают, что наличие коморбидных состояний по-прежнему представляет собой серьезную проблему для любого клинициста. Во многом это связано с тем, что в условиях коморбидности заболевания часто приобретают атипичное течение [9], с которым приходится сталкиваться в т. ч. и в случае сочетания ГЭРБ и БА. Определенную помощь в решении этого вопроса может оказать детальное, систематическое изучение особенностей клинической картины данных коморбидных заболеваний.

Цель исследования. Изучить особенности клинической картины и качества жизни больных ГЭРБ в сочетании с БА.

Материал и методы исследований. Были проанализированы анамнестические,

клинические и лабораторно-инструментальные данные 78 пациентов (40 мужчин и 38 женщин), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДоКТМО). Из них в нашем исследовании приняли участие 40 пациентов (19 мужчин и 21 женщина) со среднетяжелым частично контролируемым и неконтролируемым течением БА, у которых по данным ФЭГДС был диагностирован рефлюкс-эзофагит. Помимо базисной терапии БА, назначенной в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению БА, больные получали антисекреторную терапию омепразолом в сочетании с невсасываемым антацидом и прокинетику, а при наличии щелочного рефлюкса — препарат урсодезоксихолевой кислоты. В контрольную группу вошли 26 человек (13 мужчин и 13 женщин), не имеющих патологии бронхолегочной системы и желудочно-кишечного тракта. Средний возраст обследованных составил $53,7 \pm 1,50$ лет; в т. ч. в основной группе — $61,7 \pm 1,37$ лет, в группе контроля — $42,1 \pm 2,53$ лет. Исследование проходило согласно стандартам и принципам Хельсинкской Декларации (1975 г. с поправками 2005 г.), от всех его участников ($n=104$), включая лиц, не вошедших в окончательную выборку, было получено добровольное письменное информированное согласие.

Для оценки наличия и выраженности вентиляционных нарушений с целью определения тяжести течения БА (один из основных критериев включения в исследование) изучали функцию внешнего дыхания при помощи спирометрической системы «Master Screen» («Viasys HealthCare GmbH», Германия). В процессе проведения исследований, руководствуясь рекомендациями Европейского респираторного общества, определяли все основные показатели кривой «поток-объем». Для оценки обратимости бронхиальной обструкции осуществляли фармакологический ингаляционный тест с β_2 -адреномиметиком сальбутамолом (400 мкг); результаты оценивали через 15–30 мин. после ингаляции препарата. Увеличение $FEV_1 > 12\%$ или прирост более 200 мл от исходной величины расценивались нами как обратимая бронхиальная обструкция у пациентов с бронхиальной астмой. У здоровых лиц показатель

составил $4,3 \pm 0,3\%$ — естественная физиологическая реакция.

В обязательном порядке всем обследуемым проводили анкетирование на предмет наличия пищеводных и внепищеводных симптомов ГЭРБ. С целью выявления рефлюкс-эзофагита на аппарате фиброгастроскоп Olympus GiF-E3 (Япония) выполнялась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) в Диагностическом центре ДоКТМО. Также осуществлялась аэроионная РН-метрия желудочной секреции на диагностическом аэроионном комплексе с комплексом газоанализаторов. Для оценки качества жизни больных с ГЭРБ использовали специальный гастроэнтерологический опросник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).

Результаты и обсуждение. В качестве скринингового метода выявления сопутствующей ГЭРБ нами проводился тщательный расспрос пациентов с БА на предмет наличия у них жалоб, позволяющих заподозрить эту гастроэнтерологическую патологию. На момент начала нашего исследования у 35 (87,5%) обследованных нами больных с частотой 1 раз в неделю или чаще отмечалась изжога. У 34 (85%) имели место ночные приступы кашля и/или удушья, у 27 (67,5%) — отрыжка, у 20 (50%) — гиперсаливация во время сна, 18 (45%) — тяжесть и/или дискомфорт в эпигастрии. Реже наблюдались: затруднение при глотании — 12 (30%), боль за грудиной — 11 (27,5%), одышка на фоне употребления продуктов, стимулирующих появление или усиление симптомов ГЭРБ — 11 (27,5%), тошнота, рвота — 2 (5%) (табл. 1).

Таблица 1. Частота основных клинических симптомов ГЭРБ у больных с сочетанием ГЭРБ и БА

Клинический признак	n=40	
	абс.	%
Изжога (≥ 1 р./нед.)	35	87,5
Приступы кашля и удушья, ассоциируемые с горизонтальным положением тела и/или приемом пищи	34	85
Отрыжка	27	67,5
Гиперсаливация во время сна	20	50
Тяжесть/дискомфорт в эпигастрии	18	45
Затруднение при глотании	12	30
Боль за грудиной	11	27,5
Одышка на фоне употребления продуктов, стимулирующих появление или усиление симптомов ГЭРБ	11	27,5
Тошнота, рвота	2	5

Таким образом, преобладающими в клинической картине при сочетании ГЭРБ и БА оказались синдром изжоги — типичное проявление ГЭРБ, и приступы кашля и удушья, связанные с горизонтальным положением тела и приемом пищи, — легочные симптомы ГЭРБ. При этом 27 из 40 пациентов (67,5%) отметили, что усиление проявлений гастроэнтерологической патологии в их случае предшествовало настоящему обострению БА.

На следующем этапе с целью объективизации диагноза пациентам с подозрением на наличие ГЭРБ выполнялась ФЭГДС, позволяющая выявить характерные объективные признаки гастроэзофагеального рефлюкса: гиперемии и отек слизистой оболочки пищевода, а также ее эрозивно-язвенные поражения. Согласно полученным данным, у 21 больного (52,5%) из основной группы была подтверждена неэрозивная ГЭРБ, у 13 (32,5%) — эрозивная ГЭРБ, класс А по Лос-Анджелесской классификации, а у 6 (15%) — эрозивная ГЭРБ, класс В (рис. 1).

Также проводилась аэроионная РН-метрия желудочной секреции на диагностическом аэроионном комплексе с комплексом газоанализаторов. Это неинвазивная процедура, предоставляющая возможность судить о типе желудочной секреции. В соответствии с результатами обследования у 32 пациентов (80%) регистрировалась гиперацидность, у 6 (15%) — нормаацидность и у 2 (5%) — гипоацидность, что было учтено при назначении гастроэнтерологического лечения.

Для оценки качества жизни больных нами осуществлялось тестирование по специальному гастроэнтерологическому опроснику GSRS. При первоначальном обследовании наиболее высокие показатели были отмечены по шкале гастроэзофагеального рефлюкс-синдрома: среднее значение по этой шкале составило $5,38 \pm 1,12$. Также значимыми оказались показатели по шкале диспепсического синдрома со средним значением $2,98 \pm 0,87$. Остальные показатели были существенно ниже: средний балл по шкале абдоминальной боли составил $1,15 \pm 0,91$;



А

Б

В

Рис. 1. Примеры ФЭГДС пациентов с сочетанием ГЭРБ и БА: А — катаральный эзофагит (пациентка З., 1972 г. р.), Б — рефлюкс-эзофагит степени А (пациентка Г., 1967 г. р.), В — рефлюкс-эзофагит степени В (пациент Б., 1977 г. р.)

Таблица 2. Оценка качества жизни больных с сочетанием ГЭРБ и БА с помощью опросника GSRS

Шкала опросника	Средний балл по основной группе (n=40)
Абдоминальная боль	1,15±0,91
Гастроэзофагеальный рефлюкс-синдром	5,38±1,12
Диарейный синдром	0,98±0,87
Диспепсический синдром	2,98±0,87
Обстипационный синдром	0,66±0,43

по шкале диарейного синдрома — $0,98 \pm 0,87$; по шкале обстипационного синдрома — $0,66 \pm 0,43$ (табл. 2).

В ходе проведения анализа полученных данных нами была установлена статистически значимая корреляционная связь между показателями шкалы гастроэзофагеального рефлюкс-синдрома и частотой возникновения изжоги и приступов кашля и удушья, ассоциируемых с горизонтальным положением тела и/или приемом пищи, у больных с ГЭРБ на фоне БА ($p < 0,05$). Полученные результаты позволяют говорить о негативном влиянии симптомов ГЭРБ на качество жизни коморбидных пациентов.

Выводы. Исходно полученные данные наглядно продемонстрировали, что клиническая картина ГЭРБ у пациентов с БА достаточно многообразна и включает как типичные, пищеводные проявления ГЭРБ, так и внепищеводные симптомы, которые способны оказывать негативное влияние на качество жизни пациентов. Это подчеркивает важность комплексного обследования коморбидных пациентов с целью выявления ГЭРБ и своевременного назначения соответствующей терапии с целью достижения наилучшего контроля над БА и предупреждения

днем прогрессирувания и развития возможных осложнений ГЭРБ.

N.E. Monogarova, E.Yu. Boyko, K.N. Borodiy, D.S. Dubovik, Yu.V. Zabaznova

CLINICAL CHARACTERISTICS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Summary. Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a global disease with a clear upward trend in prevalence. The high incidence of GERD is associated with significant social consequences due to the negative impact on performance and a number of other aspects of the quality of life of patients. A serious problem is the ability of this pathology to hide under the «masks» of other diseases and have a negative impact on the course of comorbid pathology, including bronchial asthma (BA). The article presents the results of studying the features of the clinical picture of GERD in patients with BA on the example of 40 patients with this comorbid pathology who were hospitalized in the pulmonology department of the Donetsk Clinical Territorial Medical Association. The most common symptoms of GERD occurring against the background of BA have been identified, and conclusions have been drawn regarding their impact on the quality of life of patients.

Key words: gastroesophageal reflux disease, bronchial asthma, fibroesophagogastroduodenoscopy, reflux esophagitis, quality of life

ЛИТЕРАТУРА

1. Василевский, Д.И. Распространенность эрозивного эзофагита и пептических стриктур пищевода у жителей Ленинградской области [Текст] // Д.И. Василевский, С.С. Скурихин, А.В. Луфт, С.Н. Медников, Д.С. Силантьев, В.И. Кулагин, С.Ю. Дворецкий, С.Ф. Багненко // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – № 6. – С. 35–37.
2. Костюкевич, О.И. Внепищеводные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [Текст] // О.И. Костюкевич, А.К. Рылова А.К., Н.В. Рылова, Н.А. Былова, Е.А. Колесникова, М.И. Корсунская, А.С. Симбирцев // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2018. – №2(7(II)). – С. 76–81.
3. Федорова, С.О. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ассоциированная с заболеваниями респираторного тракта [Текст] // С.О. Федорова, Н.М. Козлова // Acta biomedica scientifica. – 2018. – №3(3). – С. 103–107. Doi:10.29413/ABS.2018-3.3.16.
4. El-Serag, H.B., Sonnenberg A. Comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans [Text] // H.B. El-Serag, A. Son-

- nenberg // Gastroenterology. – 1997. – Vol. 113(3). – P. 755–760.
5. Циммерман, Я.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: современное состояние проблемы и перспективы [Текст] // Я.С. Циммерман, Л.Г. Вологжанина // Клиническая медицина. – 2016. – № 94(7). – С. 485–496.
 6. Юрнев, Г.Л. Бронхообструктивный синдром у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: внепищеводное проявление заболевания или бронхиальная астма? [Текст] // Г.Л. Юрнев, А.А. Самсонов, Т.В. Юрнева-Гхоржевская, И.В. Маев // Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.) – 2016. – № 2. – С. 11–16.
 7. Абросимов, В.Н. Респираторные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: взгляд пульмонолога и гастроэнтеролога [Текст] / В.Н. Абросимов, И.Б. Пономарева, А.А. Низов, М.В. Солодун М.В. // Consilium Medicum. – 2019. – №1. Прил. Гастроэнтерология. Хирургия. Интенсивная терапия. – С. 13–16. doi: 10.26442/26583739.2019.1.190310.
 8. Derbak, M. Combined course of bronchial asthma and gastroesophageal reflux disease: its clinical, functional peculiarities, and mechanisms of its correction [Text] // M. Derbak, O. Boldizhar, Y. Sirchak, Y. Lazur, M. Aleksandrova // Georgian Med News. – 2017. – Vol. 272. – P. 69–74.
 9. Игнатенко, Г.А., Денисова Е.М., Сергиенко Н.В. Гипокситерапия как перспективный метод повышения эффективности комплексного лечения коморбидной патологии [Текст] // Г.А. Игнатенко, Е.М. Денисова, Н.В. Сергиенко // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2021. – Т.6, №4. – С. 73–80.

УДК 616.346.2-002.1

Л.И. Василенко, Н.В. Антипов, Ю.Г. Луценко, С.В. Войтенко

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ДОСТУПЕ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Реферат. На 5 трупах людей разработан усовершенствованный аппендикулярный доступ, который был успешно апробирован в клинической практике у 19 больных с острым аппендицитом. Усовершенствованный косо-переменный разрез Л.И. Василенко [В] (Л.И. Василенко, 2003) длиной 4–5 см (рис. 1) имеет четкие топографо-анатомические ориентиры: соединяет точку Мак-Бурнея и точку Василенко (граница пересечения перпендикуляра, опущенного от пупка на правую паховую связку, с наружным правым краем прямой мышцы живота). Подтверждена эффективность разработанного оперативного доступа: более анатомичен, менее травматичен в сравнении с разрезами Мак-Бурнея и Волковича-Дьяконова; более предпочтителен в косметическом плане у женщин; предпочтителен с нисходяще-косо-медиальным и внутритазовым расположением ч/отростка. Разработанный нами оперативный доступ к ч/отростку расширяет арсенал эффективных методов оперативного вмешательства острого аппендицита. Индивидуальный выбор наиболее показанного в каждом конкретном случае оперативного доступа позволит повысить эффективность вмешательства. Больные успешно перенесли операцию. Осложнений, связанных с применением усовершенствованного аппендикулярного доступа в послеоперационном периоде, не наблюдали. Усовершенствованный аппендикулярный доступ рекомендуется для применения в клинической практике.

Ключевые слова: аппендикулярный доступ, аппендэктомия

Актуальность. На протяжении многих лет острый аппендицит (ОА) занимает лидирующее положение среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и требует неотложного оперативного

лечения [1, 3, 12]. Не случайно «аппендэктомия» остается самым распространенным хирургическим вмешательством, которое выполняют во всех хирургических отделениях городских, сельских, районных больницах и клиниках [1, 12, 14] как опытные, так и молодые (начинающие) хирурги.

На сегодняшний день ОА продолжает оставаться одним из самых распространенных хирургических заболеваний, с которым приходится повседневно встречаться хирургам, врачам скорой помощи, гинекологам и врачам других специальностей [1, 3, 9, 10, 12].

Острый аппендицит является наиболее распространенным хирургическим заболеванием, которым ежегодно страдают в Украине, России и Белоруссии 1–1 млн. 200 тыс. населения (1 случай на 200–250 лиц ежегодно) с летальностью 0,2–0,4% (5–6 тыс. человек умирает в год [В.В. Радионов и др., 1976; 1, 6, 12, 13].

В Украине (по данным [10], заболеваемость ОА составляет 195 (по регионам — от 126 до 278) на 100 тыс. населения с послеоперационной летальностью 0,17–0,75% от различных осложнений. Причинами осложнений ОА являются: 1) поздняя обращаемость больных за мед. помощью; 2) диагностические ошибки в постановке клинического диагноза; 3) несвоевременность оказания мед. помощи (в силу особенностей