

УДК [612/329-002:616.248]-053.2 (575/2)

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

GASTROESOPHAGEAL REFLUX AND BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC

©*Ашералиев М. Е.*

д-р. мед. наук

*Национальный центр охраны материнства и детства
г. Бишкек, Кыргызстан, masheraleiev@mail.ru*

©*Asheraliev M.*

*Dr. habil., National Center for Maternity and Childhood Protection
Bishkek, Kyrgyzstan, masheraleiev@mail.ru*

©*Шалабаева Б. С.*

канд. мед. наук

*Национальный центр охраны материнства и детства
г. Бишкек, Кыргызстан, tolebek@inbox.ru*

©*Shalabaeva B.*

*M.D., National Center for Maternity and Childhood Protection
Bishkek, Kyrgyzstan, tolebek@inbox.ru*

©*Бектурсунов Т.*

канд. мед. наук

*Кыргызская государственная медицинская академия
г. Бишкек, Кыргызстан*

©*Bertursunov T.*

*M.D., Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyzstan*

©*Вычигжанина Н. В.*

канд. мед. наук

*Кыргызская государственная медицинская академия
г. Бишкек, Кыргызстан*

©*Vychigzhanina N.*

*M.D., Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyzstan*

Аннотация. Целью нашего исследования явилось выявление взаимоотношений гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) и бронхиальной астмы (БА). В обследование были включены 115 пациентов в возрасте от 7 до 16 лет, имеющих диагностированную бронхиальную астму, находящиеся на стационарном лечении в отделении аллергологии и клинической иммунологии Национального Центра Охраны Материнства и Детства. В результате исследование получены данные о большей частоте легочных симптомов у больных с БА в сочетании с ГЭР. Комплексное лечение детей БА в сочетании с ГЭР, включавшее антирефлюксные препараты, привело к снижению частоты проявлений БА.

Abstract. 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 of Maternity and Childhood*. As a result of the research a high frequency of pulmonary symptoms have been observed at the patients suffering from BA in combination with GER. A complex treatment of children suffering from BA in combination with GER by antireflux medication has lead to the decline of BA frequency.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, гастроэзофагеальный рефлюкс.

Keywords: children, bronchial asthma, gastroesophageal reflux.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) представляет собой воспаление слизистой оболочки дистального отдела пищевода, возникающее вследствие длительной экспозиции желудочного или дуоденального содержимого вне зависимости от того, выявляются при этом морфологические изменения или нет [7–9]. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что распространенность заболевания среди населения США и ряда стран Европы достигает 20–40%, среди пациентов с БА этот показатель составляет 70–80% [1, 2, 10]. Приступы астмы, кашель относят к экстраэзофагеальным клиническим проявлениям ГЭРБ. Бессимптомное течение эзофагита встречается в 80% случаев. Жалобы со стороны дыхательной системы могут быть основными клиническими признаками патологии пищевода [2]. Согласно современным представлениям, патогенез легочных заболеваний, в том числе и БА, возникающих на фоне ГЭРБ, связан с двумя механизмами. Первый — развитие бронхоспазма в результате заброса желудочного содержимого в просвет бронхиального дерева; второй — индуцирование приступа удушья в результате стимуляции вагусных рецепторов дистальной части пищевода (Goodall и соавт., 1981). По мнению ряда авторов [1–3, 6], наиболее значимым в формировании ГЭР–индуцированной астмы является второй механизм развития приступов удушья. Увеличение числа патологических рефлюксов на фоне повышения интрагастральной секреции HCl (соответственно циркадным ритмам выработки соляной кислоты) преимущественно происходит в период с 0 до 4 часов утра. Забрасываемое агрессивное содержимое вызывает стимуляцию вагусных рецепторов дистальной части пищевода рефлекторно, индуцируя бронхоконстрикторный эффект

Данные о выраженности бронхоконстрикторного эффекта у пациентов с рефлюкс–эзофагитом указывают на возможность вовлечения в патологический механизм вагусных рецепторов при наличии воспалительного процесса слизистой оболочки пищевода. Ряд авторов высказывают предположение о наличии специфических рецепторов повреждения слизистой оболочки пищевода, так называемых ноцицепторов. Эта теория, вероятно, может объяснить, почему физиологический рефлюкс не приводит к кашлю, приступам удушья [2]. Возникающий в результате ГЭР кашель в какой-то мере можно расценить как активацию легочных защитных механизмов. Однако кашель ведет к повышению внутригрудного давления, усугубляя патологический рефлюкс и вновь запуская механизм активации вагусных рецепторов [1, 11].

Типичными субъективными проявлениями ГЭР считаются изжога, отрыжка, срыгивание, боли в подложечной области или за грудиной, при прохождении пищи по пищеводу. Полезно выяснить, какие факторы усиливают или ослабляют симптомы рефлюкса: положение тела, особенности питания, прием лекарственных препаратов и т. д.

Особенностью течения ГЭР при БА является преобладание легочных симптомов над проявлениями патологии пищевода [2, 4, 5, 12]. В ряде случаев пациенты указывают, что усиление проявлений патологии желудочно–кишечного тракта предшествует обострению

БА. Часто поздний ужин, обильная еда могут спровоцировать диспепсические расстройства (изжогу, отрыжку и т. д.), а затем и развитие приступа удушья.

Цель: выявление взаимоотношений гастроэзофагеального рефлюкса и бронхиальной астмы, длительностью более 6 месяцев, находящиеся на стационарном лечении в отделении аллергологии и клинической иммунологии НЦОМ и Д.

Материалы и методы

Диагноз устанавливался на основании анамнеза, объективного осмотра и результатов диагностического обследования. Данные пациенты ранее были пролечены по поводу бронхиальной астмы в ряде медицинских учреждений различного уровня системы здравоохранения (ЦСМ, 3 ДКБ скорой помощи, частных учреждениях). По поводу гастроэзофагеального рефлюкса данные больные ранее не обращались к медицинским работникам и не получали лечение. Патология желудочно–кишечного тракта была диагностирована на основе клинической картины болезни, данных объективных и инструментальных методов исследования. Больные были разделены на группы в зависимости от имевшегося заболевания желудочно–кишечного тракта. Так, в первой группе 45 (39,1%) детей имели сочетание БА и ГЭР, во второй группе 37 больных (32,2%) с БА имели другие поражения желудочно–кишечного тракта, и третьей группе 33 ребенка (28,7%) имели изолированную форму БА (Рисунок).

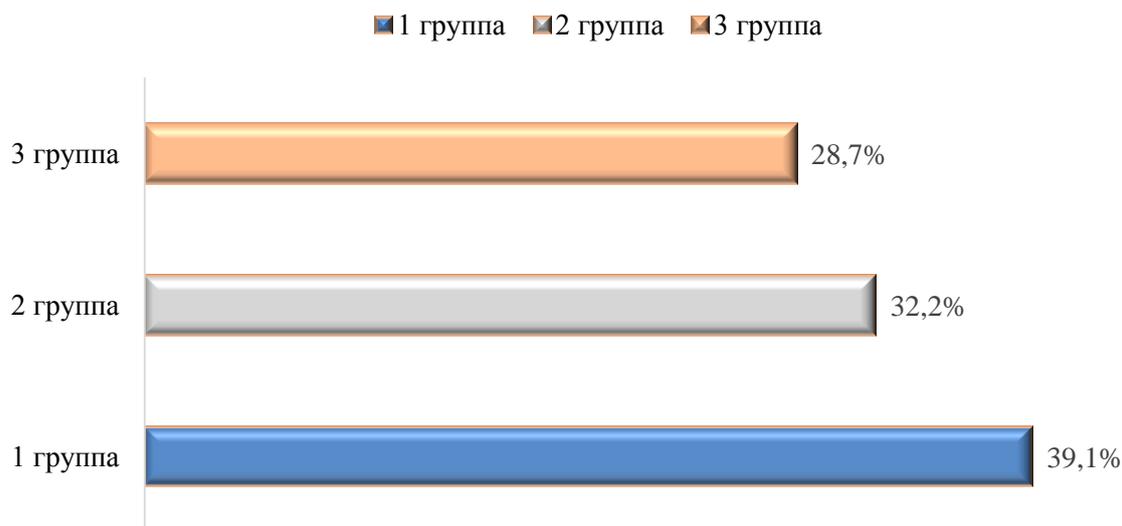


Рисунок. Структура больных БА и патологией желудочно–кишечного тракта

В нашем исследовании мы изучали 2 типа наиболее часто встречаемых жалоб: эзофагеальные (изжога, отрыжка, боль за грудиной, икота) и экстраэзофагеальные (орофарингеальные, отоларингеальные, легочные) симптомы. Установлена высокая частота изжоги у больных, включенных в исследование. Так, она регистрируется хотя бы 1 раз в неделю у 97,8% больных в I группы, у 39,2% II группы и у 17,6% III группы (Таблица 1).

В I группе по данным опроса отмечается усиление отрыжки у 48,2% больных после приема пищи, на фоне употребления газированных напитков 20,5%, при сочетанном приеме пищи и напитков в 20% случаев. Во II — группе у 5,1% детей отрыжка отмечается после приема пищи, и 14,9% при приеме газированных напитков. Среди больных III группы отрыжка отмечается у 2,9% пациентов после приема пищи, у 5,7% при употреблении газированных напитков и при сочетании различных продуктов у 3,8% детей (Таблица 2).

Таблица 1.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ГЭРБ У ДЕТЕЙ (%).

Симптомы	I группа	II группа	III группа
Эзофагеальные	97,8	39,2	17,6
Орофаренгеальные	100	83	36,5
Отоларингологические	75	57,3	22,4
Легочные (одышка)	83,5	32,9	14,7

Орофаренгеальные симптомы в I группе больных встречались у 100% больных, во II группе у 83% и в III группе у 36,5%. А отоларингологические симптомы в I группе регистрировалось у 75,0%, во II группе 57,3% и III группе у 22,4% больных детей. Легочной симптом в виде бронхоспазма был спровоцирован поздним приемом ужина и регистрировался у детей I группы в 83,5% случаев, во II группе 32,9%, III-ей группе — 14,7%.

Таблица 2.

РАСПРАСТРАНЕННОСТЬ ЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ (%)

Эзофагеальные симптомы (отрыжка)	I группа	II группа	III группа
После приема пищи	48,2	5,1	2,9
После употребление газированных напитков	20,5	14,9	5,7
Сочетание различных продуктов	20	—	3,8

Сравнительный анализ частоты жалоб эзофагеального и экстраэзофагеального характера показал, более высокие величины у больных первой группы, где БА сочетался с ГЭР. Также были зарегистрированы более высокие относительные величины частоты встречаемости эзофагеального симптома в виде отрыжки в I группе (в 1,5 раза) по сравнению с другими группами. С учетом вышеперечисленных жалоб, нами проводилось комплексное лечение данных больных, включавшее коррекцию образа жизни и медикаментозную терапию проявлений ГЭРБ и БА.

Общие рекомендации по диете и режиму предусматривает частое и дробное питание (5–6 раз в день), последний прием пищи не должен быть позднее, чем за 3–4 часа до сна. Больным детям рекомендовалось спать на кровати, головной, конец которой приподнят на 20 см.

Все пациенты наблюдались в течение 3 месяцев на фоне приема противоастматических препаратов. Больные получали ингаляционные глюкокортикостероиды (Беклазон от 400 до 600 мкг, Фликсотид от 250 до 500 мкг в сутки) и при необходимости бронходилататоры короткого действия (сальбутамол, вентолин, саламол).

I группа больных кроме противоастматических препаратов принимали следующий комплекс медикаментов:

–Ингибитор протонных каналов омепразол в дозе 20 мг 2 раза в день (утром и вечером за 1 час до еды)

–Антагонист H₂-рецепторов третьего поколения фамотидин в дозе 20 мг 1 раз в день вечером после еды.

На фоне приема антирефлюксных препаратов у больных I группы снизилось потребность ИГКС с 85% до 31% и бронходилататоров короткого действия с 96% до 35%. В то же время анализ аналогичных данных по другим группам не выявил достоверных тенденций и различий. Установлено что у больных в I группе на фоне лечения антрирефлюксными препаратами, удалось снизить потребность в приеме ИГКС и бронхолитиков короткого действия в 2,7 раз (Таблица 3).

Таблица 3.

ПАЦИЕНТЫ, НУЖДАЮЩИЕСЯ В ПРИЕМЕ ИГКС И БРОНХОДИЛЯТОРАХ
НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ (%)

группы	До лечения		После лечения	
	бронходилататор	ИГКС	бронходилататор	ИГКС
I группа	96	85	35	31
II группа	40	66,7	40	66,7
III группа	53	40	53	40

Таким образом, в результате исследования получены данные о большей частоте легочных симптомов у больных с БА в сочетании с ГЭР. Комплексное лечение детей БА в сочетании с ГЭРБ, включавшее антирефлюксные препараты, привело снижению частоты проявлений БА в виде приступов одышки.

Список литературы:

1. Goodall R. J., Earis J. E., Cooper D. N., Bernstein A. L. A. N., Temple J. G. Relationship between asthma and gastro-oesophageal reflux // *Thorax*. 1981. V. 36. №2. P. 116-121.
2. Benjamin Stanley B., Deschner K. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux // *Am J Gastroenterol*. 1989. V. 84. №1. P. 1-5.
3. Ekstrom T., Tibbling L. Esophageal acid perfusion, airway function, and symptoms in asthmatic patients with marked bronchial hyperreactivity // *Chest*. 1989. V. 96. №5. P. 995-998.
4. Чучалин А. Г. Бронхиальная астма. Т. 2. М.: Медицина, 1997. С. 40-63.
5. Allen C. J., et al. Gastroesophageal reflux and chronic respiratory disease // *Textbook of Pulmonary Disease*, v. 2. Baum G. L., Wolinski E., eds. Boston: Little, Brown, 1989. 1471 p.
6. Allen M. L., Robinson M. G. Gastroesophageal reflux and cough // *Am. J. Gastroenterol*. 1989. V. 84. №6. P. 689.
7. Григорьев П. Я., Яковенко Э. П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. М.: Медицина, 1996. С. 7-31.
8. Калинин А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // *Тер. архив*. 1996. №8. С. 16-20.
9. Nebel O. T., Fornes M. F., Castell D. O. Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors // *Digestive Diseases and Sciences*. 1976. V. 21. №11. P. 953-956.
10. Janssen series on the quintessence of everyday gastro-esophageal pathology // *The story of oesophagitis*. 1992. №1:1. P. 40.
11. Bremner R. M. et al. Pharyngeal swallowing. The major factor in clearance of esophageal reflux episodes // *Annals of surgery*. 1993. V. 218. №3. P. 364.
12. Castell D. O. Diet and the lower esophageal sphincter // *Am. J. Clin. Nutr*. 1975. №28. P. 1296.

References:

1. Goodall, R. J., Earis, J. E., Cooper, D. N., Bernstein, A. L. A. N., & Temple, J. G. (1981). Relationship between asthma and gastro-oesophageal reflux. *Thorax*, 36, (2), 116-121.
2. Benjamin Stanley, B., & Deschner, K. (1989). Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux. *Am J Gastroenterol*, 84, (1), 1-5.
3. Ekstrom, T., & Tibbling, L. (1989). Esophageal acid perfusion, airway function, and symptoms in asthmatic patients with marked bronchial hyperreactivity. *Chest*, 96, (5), 995-998.
4. Chuchalin, A. G. (1997). Bronkhialnaya astma. V. 2. Moscow, Meditsina, 40-63. (in Russian)

5. Allen, C. J., & al. (1989). Gastroesophageal reflux and chronic respiratory disease. *Textbook of Pulmonary Disease*, v. 2. Baum G. L., Wolinski E., eds. Boston, Little, Brown, 1471
6. Allen, M. L., & Robinson, M. G. (1989). Gastroesophageal reflux and cough. *Am. J. Gastroenterol.*, 84, (6), 689
7. Grigoriev P. Ya., & Yakovenko E. P. (1996). Diagnostika i lechenie boleznei organov pishchevareniya. Moscow, Meditsina, 7-31
8. Kalinin, A. V. (1996). Gastroezofagealnaya refluksnaya bolezni. *Ter. arkhiv*, (8), 16-20. (in Russian)
9. Nebel, O. T., Fornes, M. F., & Castell, D. O. (1976). Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. *Digestive Diseases and Sciences*, 21, (11), 953-956
10. Janssen series on the quintessence of everyday gastro-esophageal pathology. The story of oesophagitis, 1992, (1):1, 40
11. Bremner, R. M., Hoefl, S. F., Costantini, M., Crookes, P. F., Bremner, C. G., & DeMeester, T. R. (1993). Pharyngeal swallowing. The major factor in clearance of esophageal reflux episodes. *Annals of surgery*, 218, (3), 364
12. Castell, D. O. (1975). Diet and the lower esophageal sphincter. *Am. J. Clin. Nutr.*, (28), 1296

Работа поступила
в редакцию 07.11.2017 г.

Принята к публикации
11.11.2017 г.

Ссылка для цитирования:

Ашералиев М. Е., Шалабаева Б. С., Бектурсунов Т., Вычигжанина Н. В. Гастроэзофагеальный рефлюкс и бронхиальная астма у детей в Кыргызской Республике // Бюллетень науки и практики. Электрон. журн. 2017. №12 (25). С. 154-159. Режим доступа: <http://www.bulletennauki.com/asheraliev-m> (дата обращения 15.12.2017).

Cite as (APA):

Asheraliev, M., Shalabaeva, B., Bertursunov, T., & Vichigqanina, N. (2017). Gastroesophageal reflux and bronchial asthma in children in the Kyrgyz Republic. *Bulletin of Science and Practice*, (12), 154-159