

# Клинические аспекты некоторых наиболее бронхиальной астмы с заболеваниями

## обзор

**Бронхиальная астма (БА) принадлежит к числу весьма распространенных аллергических заболеваний. За последние годы во всем мире, в том числе и в России, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости БА и ее более тяжелому течению. В связи с этим проблема профилактики, диагностики и лечения этой патологии приобретает первостепенное значение.**

Достигнутый в настоящее время прогресс в изучении механизмов развития БА способствовал разработке новой концепции ее патогенеза, согласно которой основу данного заболевания составляют аллергическое воспаление дыхательных путей и связанная с ним гиперреактивность бронхов. Эта концепция предопределила новую стратегию в лечении БА, основанную на проведении противовоспалительной терапии. Современные подходы к лечению и профилактике БА нашли отражение в совместном докладе Всемирной организации здравоохранения и Национального института здоровья США «Бронхиальная астма. Глобальная стратегия» (1995). Основные положения этой инициативы с учетом национальных подходов уже нашли практическое применение во многих странах [40, 41].

**!** Успехи, достигнутые в лечении БА, во многом объясняются тем, что возникновение локального болезненного процесса в современном представлении рассматривается как проявление общей патологии организма [30, 39].

Термин БА подразумевает рассмотрение патогенеза заболевания во взаимосвязи между всеми отделами дыхательной, сердечно-сосудистой систем, пищеварительного тракта, составляющими единую физиологическую систему, реагирующую на различные изменения в других органах. Тесная анатомическая связь органов дыхания и системы органов брюшной полости, их функциональное взаимодействие и отнесенность общности нервно-гуморального механизма регуляции их деятельности объясняют частоту сочетанных нарушений. При анализе таких сочетаний, которые встречаются в 20-50% случаев [7, 20, 52], отчетливо видна их этиопатогенетическая взаимосвязанность.

БА в 10-45% случаев сопровождается другими заболеваниями органов брюшной полости (ЗОБП), среди которых наиболее распространены грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, гастродуоденальные язвы, хронический холецистит и проч. [4, 6, 14, 17, 23, 54].

Проведя анализ клинических и функциональных особенностей течения БА у больных пожилого возраста, В.А. Сергеев и соавт. (2003) выявили сопутствующую патологию со стороны органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При этом чаще всего встречались такие заболевания, как хронический холецистит (33,3%); хронический

гастродуоденит (22,7%); хронический гепатит (13,6%); язвенные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (10,6%); хронический панкреатит (9,1%); рефлюкс-эзофагит (6,06%); реж-е – хронический энтероколит (4,5%). Н.А. Воронникова и соавт. (2004) при обследовании 121 пациента с бронхообструктивным синдромом в 41 случае выявили патологию ЖКТ [6].

У больных БА, взятых методом случайной выборки в пульмонологическом отделении, Е.Б. Клестер и соавт. (2004) в 42% случаях обнаружили хронический гастрит, в 13,3% – гастродуоденальные язвы, в 22,4% – хронический панкреатит [12].

На протяжении последних десятилетий в литературе оживленно обсуждается вопрос о том, какие заболевания проявляют по отношению к БА положительную коррелятивную зависимость, а какие – отрицательную. Литературные данные свидетельствуют о разных вариантах и частоте сочетаний БА с другими ЗОБП, что в определенной степени зависит от профиля лечебного учреждения, диагностических возможностей, направления научных исследований, местных особенностей и др. Противоречивость публикаций, посвященных этому вопросу, отчасти объясняется тем, что они основываются на недостаточном количестве наблюдений, выполненных в разное время и на различных методических уровнях.

М.И. Шматок (2003) проанализировал клинко-эндоскопические особенности течения язвенной болезни у пациентов с сочетанной патологией в зависимости от степени тяжести. Патология гастродуоденальной зоны у больных БА при этом была выявлена в 95,5% случаев. Эндоскопически эрозивно-язвенные поражения диагностированы у 37% пациентов с БА с преимуществом локализацией язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке (90%). Лидирующее положение, по мнению автора, принадлежит хроническому гастриту. Поражение слизистых оболочек желудка *Helicobacter pylori* (Hр) наблюдалось у 45 (86,5%) больных БА. При этом низкий уровень обсемененности Hр был выявлен у 11 (21%) пациентов с БА, средний – у 20 (38,5%) и высокий – у 14 (27%).

Взаимосвязь факторов патогенеза ряда заболеваний органов пищеварения и БА очевидна. Большой интерес, по мнению ряда авторов [43, 48], представляет роль хеликобактерной инфекции и условно-патогенной флоры ЖКТ в развитии патологии дыхательной системы, в частности БА.

Е.Н. Шайдуллина и соавт. (2004) у всех (100%) обследованных больных БА выявили гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) [31]. Аналогичные данные, особенно при ночных эпизодах рефлюкса у пациентов с БА, получили и другие авторы [33, 34, 36, 45, 53].

С.Б. Ковтуненко и соавт. (2004), обследовав инструментально (с помощью внутривисцеральной манометрии, рН-манометрии, эндоскопии) 336 больных, ведущим симптомом у которых являлся хронический кашель, персистирующий более 8 нед, выявили моторную дисфункцию нижнего пищеводного сфинктера, характеризующуюся снижением базального давления и давления в абдоминальном отрезке сфинктера.

**!** Анализ анамнестических данных, которые касаются факторов, формирующих предрасположенность к БА, показывает высокую значимость атопии (наследственной отягощенности по БА и другим аллергическим заболеваниям) у пациентов с сочетанной патологией пищеварительной системы [15, 18, 35, 50].

Некоторые авторы [10, 19, 35] обращают внимание на уровень гормонов, регулирующих моторику ЖКТ, участие которых в развитии различных дискинезий ЖКТ, являющихся основой хронических заболеваний кишечника и желчевыводящей системы, не вызывает сомнений [25].

По мнению многих авторов [21], при БА важно оценить состояние функциональной системы, отвечающей за липидный обмен, – гепатобилиарной системы (ГБС). С.В. Смирнова и соавт. (2002) наблюдали 27 больных в возрасте от 30 до 65 лет с астматической триадой (АТ) – классическим неиммунологическим симптомокомплексом, который связан с нарушением метаболизма арахидоновой кислоты, входящей в состав фосфолипидов, триглицеридов, этерифицированного холестерина. Все пациенты с АТ имели патологию ГБС в чистом виде либо в сочетании с патологией ЖКТ: чаще всего хронический гепатит, хронический холецистит, желчнокаменную болезнь, цирроз печени вирусной либо паразитарной этиологии. В структуре патологии ЖКТ преобладал атрофический гастрит. Патология ГБС предшествовала развитию АТ. Таким образом, БА и патология ГБС имеют тесную причинно-следственную взаимосвязь, что необходимо учитывать при их терапевтической коррекции.

Между наличием БА в молодом возрасте и последующим развитием ожирения существует прямая взаимосвязь, установили швейцарские ученые. Исследование, в котором принимали участие около 600 мужчин и женщин, было проведено учеными

из Университетской больницы г. Цюриха под руководством Г. Хаслера (G. Hasler, 2006). Результаты показали, что у людей, страдавших БА в 20-летнем возрасте, к 40 годам развивалось ожирение в 3 раза чаще, чем у их здоровых ровесников. Ранее считалось, что наличие ожирения в молодом возрасте увеличивает риск развития БА, однако исследование швейцарских ученых не подтвердило эту теорию, а наоборот, показало, что БА может предшествовать развитию ожирения. Причины взаимосвязи этих заболеваний не установлены, тем не менее существует несколько теорий. Во-первых, возможно, некоторые препараты для лечения БА способствуют увеличению массы тела [46]. Другой предполагаемой причиной служит ограничение физической активности больных БА. Кроме того, указанным заболеваниям может предшествовать наличие депрессии в детском и подростковом возрасте. По мнению авторов исследования, стрессовая ситуация в семье ребенка может предшествовать этим заболеваниям, маркером которых является депрессия. Не исключено также, что в развитии депрессии, астмы и ожирения участвуют одинаковые генетические факторы [29].

На это открытие швейцарских ученых натолкнули новые данные о действии одного из генов, известного как RELM-β (резистинподобная молекула бета). Этот ген регулирует синтез вещества, относящегося к группе соединений, вызывающих у мышей резистентность к инсулину и ожирение. Теперь была обнаружена его связь с развитием БА. В ходе настоящего исследования ученые из Детской больницы Цинциннати (США) добивались появления у мышей чувствительности к двум широко известным алергенам – белку яйца и грибу *Aspergillus fumigatus*. При повторном попадании алергена у мышей наблюдались приступы астмы. Кроме того, оба алергена приводили к значительному повышению активности RELM-β. Как отметили авторы исследования, это означает, что соединение синтезируется в ходе иммунного ответа при БА. Поскольку это вещество, как ранее было установлено, принимает участие в формировании невосприимчивости к инсулину и ожирению, можно предположить, что эти состояния связаны с развитием БА, резюмировали исследователи. Результаты были представлены на ежегодной конференции Американской академии аллергии, астмы и иммунологии [46].

**!** Нарушения функционального состояния кишечника при БА установлены многочисленными клиническими наблюдениями [7, 27].

В клинической практике проблеме консервативного лечения сочетания

О.И. Кучер, И.А. Хамитова, РФ

# распространенных сочетаний органов брюшной полости

## литературы

БА с заболеваниями ЖКТ в целом в последние годы уделяется большое внимание. Однако результаты дифференцированной комплексной терапии данной патологии не могут полностью удовлетворить как специалистов, так и самих пациентов [44].

Комплекс лечебных мероприятий, направленных на предотвращение желудочно-пищеводного рефлюкса (ЖПР) у больных пульмонологического профиля, предусматривает, главным образом, соблюдение гигиенических мероприятий, режима питания и диеты, медикаментозную терапию [44, 55].

Различные методы лечения, направленные на уменьшение выраженности ЖПР, применяли у больных, у которых также наблюдалась БА, однако воздействие этих методов на дыхательные симптомы остается недостаточно изученной проблемой. С. Kjellen и соавт. (1981) указывают, что известные способы устранения ЖПР (полусидячее положение в постели, снижение массы тела, исключение переизбытка) в сочетании с ощелачивающей терапией позволили уменьшить выраженность симптомов БА и снизить дозу бронходилататоров.

Все исследователи единодушны в мнении о том, что больные БА должны избегать обострения сопутствующего ЖПР [5, 11, 28, 42]. В этой связи заслуживают внимания результаты изучения влияния противоастматического лечения на проявления ГЭРБ. При исследовании нижнего сфинктера пищевода у пациентов с БА и здоровых лиц, получавших теофиллин или плацебо, обнаружено, что у 62%, принимавших теофиллин, развивалась ГЭРБ; у получавших плацебо ГЭРБ не отмечена [37, 49].

Известно, что при применении ингаляционных глюкокортикостероидов без использования спейсера до 80% ингалируемой дозы попадает в желудок, что усугубляет существующую патологию пищевода [49].

Не вызывает сомнений обоснованность коррекции иммунологических нарушений, возникающих у больных с патологией ЖКТ на фоне хронически текущей бронхолегочной патологии [2].

Привлекают внимание сообщения об иммуногенных свойствах продуцируемой Нр у пациентов с гастродуоденальными язвами уреазы; это проявляется в привлечении моноцитов и лейкоцитов, выделяющих цитокины и продуцирующих свободные радикалы, что также повреждает эпителий. Кроме того, продукты гидролиза мочевины желудочного сока, которые появляются под действием уреазы, для эпителиоцитов высокотоксичны [8, 9]. В связи с этим особое значение в арсенале противовоспалительной терапии при хронической обструктивной болезни легких и БА придается рациональной антибиотикотерапии [1, 51].

В течение последних лет активно изучаются структура и функции нового класса регуляторных молекул — противомикробных пептидов иммунной системы, которые обладают широким спектром прямой противомикробной активности. Нарушение экспрессии противомикробных пептидов в организме ассоциируется с целым рядом иммунопатологических состояний человека. В связи с этим обсуждается возможность создания нового класса противомикробных препаратов на основе эндогенных антибиотиков, направленных, с одной стороны, на подавление роста микроорганизмов, с другой — на регуляцию иммунных механизмов [22].

В.М. Арутюнян и соавт. (1998) в комплексное лечение язвенной болезни включали иммуномодуляторы (Т-активин, тималин и левамизол). Это привело к повышению функции киллерной активности, улучшению показателей Т-клеточного звена иммунитета, улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения язвенной болезни. Применение иммунокорректирующих препаратов, используемых в лечении БА, аллергозов, положительно влияет и на сопутствующую патологию ЖКТ [2].

В работах многих авторов [3, 7, 16] показана перспективность применения методов, основанных на взаимосвязи признаков, для прогноза течения и исхода сочетанных заболеваний. Доказано, что прогноз здоровья и жизни больного зависит как от особенностей течения заболевания, так и от локальных факторов (квалификации медицинского персонала данного учреждения, его материально-технической базы и т. п.). Поэтому, чтобы получить прогностические данные, обусловленные лишь особенностями заболевания, нужны методы, не связанные с априорной верификацией данных по исходам лечения [41].

Целенаправленное выявление факторов риска развития осложненного течения БА, сочетающейся с другими ЗОБП, на основании данных комплексного клинично-инструментального обследования и определения значимости каждого из выявленных факторов риска позволяет предвидеть вероятность неудовлетворительных результатов консервативной терапии и своевременно формулировать показания к хирургической операции [38].

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что у клиницистов имеются достаточно убедительные данные, подтверждающие тесную взаимосвязь между БА и ЗОБП. Однако, несмотря на ряд ценных работ в области изучения функции ЖКТ при БА, многие отдельные вопросы еще остаются недостаточно изученными.

Список литературы находится в редакции.

Фундаментальные исследования,  
2010, № 4



*Передплата з будь-якого місяця!  
У кожному відділенні «Укріошми»!  
За передплатними індексами:*

Здоров'я України®

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА  
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

**35272**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

**37634**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

**37633**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,  
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

**37635**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

**37639**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

**37631**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ПЕДІАТРІЯ»

**37638**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

**37632**

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР  
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

**49561**

НАШ САЙТ:

*www.health-ua.com*

*Архів номерів  
«Медичної газети  
«Здоров'я України»  
з 2003 року*

*У середньому  
понад 8000  
відвідувань  
на день*