

Эндоскопические и хромоэндоскопические особенности патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с хронической обструктивной болезнью легких

Е.А. Костякова

ОГБУЗ «Клиническая больница №1», отделение эндоскопии, Смоленск

Проведено обследование 61 больного с хронической обструктивной болезнью легких. При эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта выявлено преобладание следующих изменений со стороны слизистой оболочки: эзофагита, эрозивного гастрита, атрофического гастрита, язвы двенадцатиперстной кишки. Применение раствора конго красного позволило диагностировать кислый гастро-эзофагеальный рефлюкс у 68,9% больных, а конго-теста – преобладание гиперацидного состояния желудочного содержимого (50,8%).

АКТУАЛЬНОСТЬ

Считается, что хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) может способствовать формированию патологических процессов во многих органах и системах, включая органы пищеварения, значительным образом ухудшающих качество жизни пациентов и имеющих важное прогностическое значение [1, 2, 3, 4]. По данным литературы, у всех больных с ХОБЛ при морфологическом исследовании выявляются признаки гастрита, а у 90% больных при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и 24-часовой рН-метрии – признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [5, 6]. Основным методом, позволяющим диагностировать эндоскопически негативную форму ГЭРБ и определить характер рефлюктанта, является 24-часовая рН-метрия [7]. Однако данный метод трудоемок – требует значительных временных и материальных затрат. В клинической практике в качестве альтернативного экспресс-метода диагностики кислого гастроэзофагеального рефлюкса может использоваться витальный краситель конго красный, меняющий окраску на сине-черную в кислой среде [8, 9, 10].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить эндоскопические и хромоэндоскопические особенности патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных с ХОБЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основную группу вошел 61 пациент с ХОБЛ среднетяжелого и тяжелого течения, находившийся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска. Средний возраст составил 70 лет. 52 пациента (85,2%) были представителями мужского пола,

9 (14,8%) – женского. Группу сравнения составили 65 человек, не страдавшие ХОБЛ, находившиеся на стационарном лечении по поводу острой хирургической или сосудистой патологии, соответствующие по возрастному и половому составу основной группе. Всем пациентам выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) эндоскопом Pentax EG 2990 i (Япония) с введением в нижнюю треть пищевода по катетеру 2–3 мл 0,3% раствора красителя конго красного.

Конго красный относится к группе реактивных красителей, способных изменять свою окраску в зависимости от pH среды: в кислой среде (рН 3–5,2) он приобретает сине-черную окраску (рис. 1), в нейтральной и щелочной (рН 5,2 и выше) сохраняет бордово-красный цвет (рис. 2).

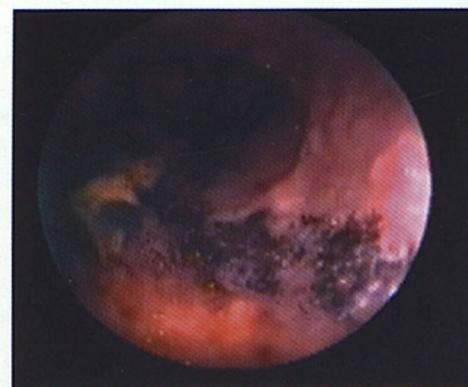


Рис. 1. Хромоэзофагоскопия с 0,3% конго красным. Изменение окраски красителя на сине-черную



Рис. 2. Хромоэзофагоскопия с 0,3% конго красным. Отсутствие изменения окраски красителя

В ходе эндоскопического исследования осуществляли забор желудочного содержимого в специальный контейнер, соединенный с отсосом, в который по завершении исследования помещали бумажный индикатор конго-тест (Sintana SM, Санкт-Петербург) для определения pH желудочного содержимого. С биоптатом из антрального отдела желудка проводили постановку быстрого уреазного теста для выявления *Helicobacter pylori* (Sintana SM, Санкт-Петербург). Для сравнения двух независимых выборок применяли непараметрический критерий Манна–Уитни, для оценки значимости различий частот – критерий χ^2 Пирсона (критерий Фишера) с поправкой Йетсена. Статистически значимыми считали значения критериев $<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При опросе 11 (18%) пациентов основной группы и 45 (69,2%) пациентов группы сравнения предъявили жалобы на изжогу, боли и чувство тяжести в эпигастрии, тошноту ($\chi^2=33,41$; $p<0,001$).

В ходе проведения ЭГДС эндоскопически позитивная форма ГЭРБ встречалась у 37 (60,7%) пациентов с ХОБЛ, что статистически значимо чаще по отношению к группе сравнения ($\chi^2=37,02$; $p<0,001$). При этом эзофагит 1-й степени ($\chi^2=23,56$; $p<0,001$) и 2-й степени ($\chi^2=4,46$; $p=0,035$) также статистически значимо чаще встречались у пациентов основной группы (рис. 3).

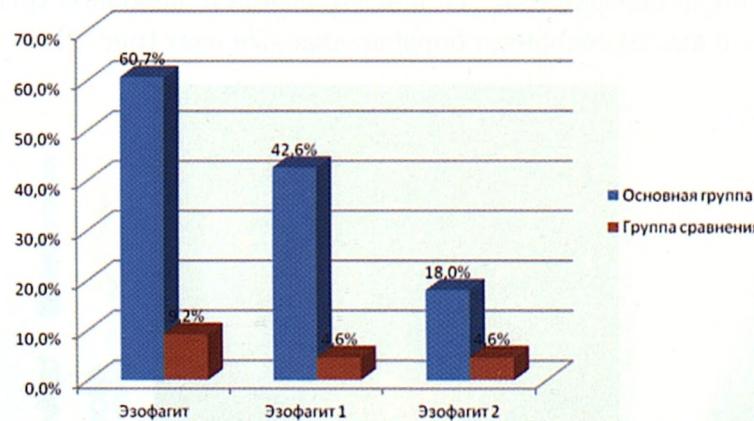


Рис. 3. Частота эндоскопически позитивных форм ГЭРБ у больных с ХОБЛ

Основным механизмом развития ГЭРБ является недостаточность нижнего пищеводного сфинктера [6, 7]. Нарушение моторной функции пищевода в виде халазии кардии регистрировалось у 40 (65,6%) пациентов основной группы, в группе сравнения – у 5 (7,8%); $\chi^2=43,43$; $p<0,001$).

В литературе имеются сообщения о преобладании щелочного рефлюкса у пожилых пациентов, к которым относится контингент обследуемых больных [11].

Применение конго красного в процессе ЭГДС сопровождалось изменением окраски слизистой оболочки

пищевода на сине-черную у 42 (68,9%) пациентов основной группы и у 25 (38,5%) обследованных группы сравнения ($\chi^2=11,67$; $p<0,001$). В ходе проведения корреляционного анализа между двумя качественными признаками (наличие эзофагита и изменение окраски конго красного) у больных основной группы была выявлена сильная прямая взаимосвязь ($r=+0,85$; $p<0,001$). Полученные данные свидетельствуют о доминирующей роли кислого гастроэзофагеального рефлюкса в развитии ГЭРБ у больных ХОБЛ.

В ходе проведения ЭГДС у всех пациентов основной группы выявлены эндоскопические признаки хронического гастрита (рис. 4): эрозивного ($n=31$), атрофического ($n=21$), поверхностного ($n=17$). В группе сравнения доминирующим оказался поверхностный гастрит ($\chi^2=4,50$; $p=0,034$), реже встречались эрозивный ($\chi^2=4,45$; $p=0,035$) и атрофический гастриты ($\chi^2=5,09$; $p=0,024$).

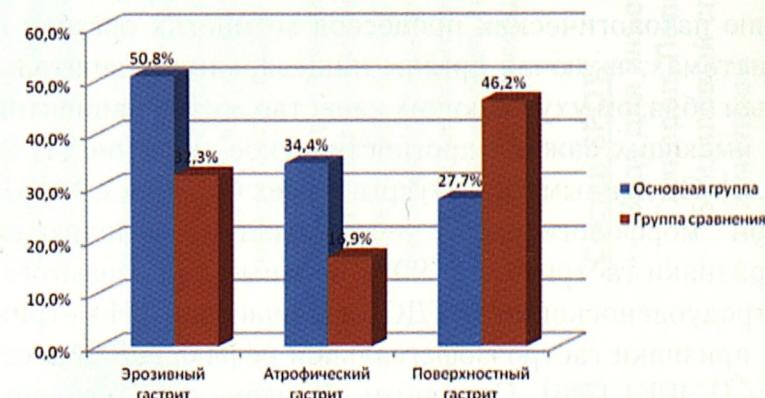


Рис. 4. Частота эндоскопических форм гастрита у больных с ХОБЛ

В ходе проведения ЭГДС язвенные поражения желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявлены у 20 (32,8%) пациентов основной группы и у 10 (15,4%) группы сравнения ($\chi^2=5,25$; $p=0,022$). При этом язва двенадцатиперстной кишки статистически значимо чаще встречалась у пациентов с ХОБЛ ($\chi^2=4,59$; $p=0,032$) (рис. 5).

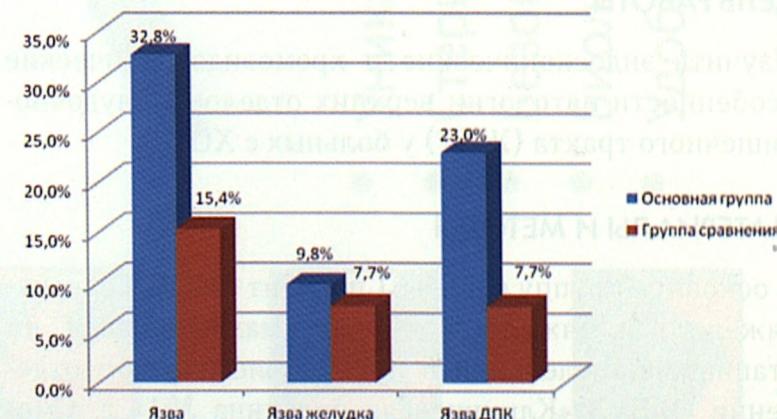


Рис. 5. Частота язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ХОБЛ

Следует отметить, что при постановке быстрого уреазного теста у 49 (80,3%) пациентов основной группы и у 59 (90,8%) группы сравнения был получен положительный результат, свидетельствующий об инвазии *Helicobacter pylori* ($p>0,05$).

При определении реакции желудочного содержимого с использованием конго-теста среди пациентов основной группы доминировали признаки гиперацидного состояния с pH менее 3,8 ($\chi^2=8,93$; $p=0,028$ по отношению к группам с pH 3,9–4,6 и pH >4,7). В то же время у пациентов группы сравнения, наоборот, доминировали признаки гипоацидного состояния с pH >4,7 ($\chi^2=6,95$; $p=0,008$ по отношению к группе с pH <3,8 и $\chi^2=38,30$; $p<0,001$ по отношению к группе с pH 3,9–4,6). Соответственно, гипоацидное состояние желудочного содержимого статистически значимо реже наблюдалось у пациентов с ХОБЛ ($\chi^2=14,81$; $p=0,001$ по отношению к группе сравнения) (рис. 6).

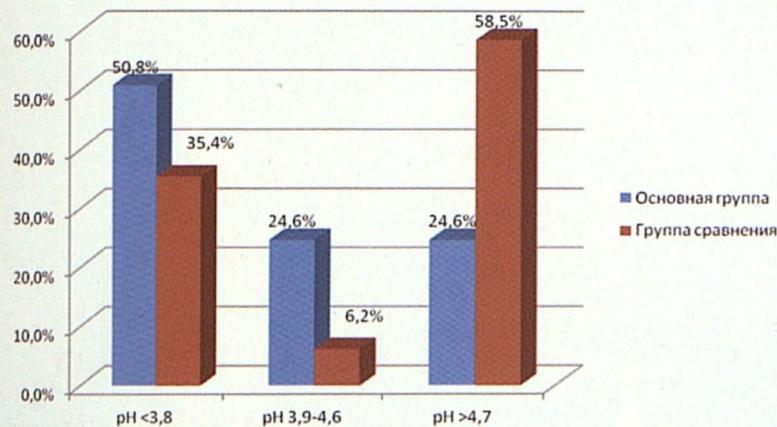


Рис. 6. Частота различных диапазонов pH желудочного содержимого у больных с ХОБЛ

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о более частом формировании и более тяжелом течении патологии верхних отделов ЖКТ у больных с ХОБЛ, что, по-видимому, является следствием комплексного воздействия патогенетических факторов, имеющих место при данном заболевании. Изучение роли и вклада отдельных из них является перспективным для оптимизации подходов к лечению больных с ХОБЛ.

ВЫВОДЫ

1. В структуре патологии верхних отделов ЖКТ у больных с ХОБЛ преобладают эндоскопически позитивная форма ГЭРБ (60,7%), эрозивный гастрит (50,8%), атрофический гастрит (34,4%) и язва двенадцатиперстной кишки (32,8%).
2. Доминирующую роль в развитии эзофагита у больных с ХОБЛ играет патологический кислый гастроэзофагеальный рефлюкс, развитию которого способствует халазия кардии (65,6%).

3. У больных с ХОБЛ доминируют признаки гиперацидного состояния желудочного содержимого (50,8%).
4. Конго красный может использоваться в процессе проведения эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ для выявления кислого гастроэзофагеального рефлюкса.
5. Целесообразно рассмотреть вопрос о внесении в стандарты медицинской помощи больным с ХОБЛ проведение эзофагогастродуоденоскопии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tan S.L., Wood A.M. Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidity: a review and consideration of pathophysiology // Panminerva Med. – 2009. – Vol. 51. – № 2. – P. 81-93.
2. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Пульмонология. – 2007. – № 2. – С. 5–9.
3. Чучалин А.Г. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. – М.: Атмосфера, 2005. – 96 с.
4. Andreassen H., Vestbo J. Chronic Obstructive Pulmonary Disease as a Systemic Disease: an Epidemiological Perspective // Eur. Respir. J. – 2003. – Vol. 22. – Suppl. 46. – P. 2–4.
5. Чумак Е.П. Гастропатии при хронической обструктивной болезни легких: клинические и диагностические критерии: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.– Саратов, 2007– 20 с.
6. Филиппов Д.И. Особенности диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с хронической обструктивной патологией легких: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.– Санкт-Петербург, 2010– 22 с.
7. Джулай Г.С., Секарёва Е.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: состояние и перспективы решения проблемы. методические рекомендации для врачей / Под ред. проф. В.В. Чернина. – Тверь: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. – 48 с.
8. Суровцев И.Ю., Королев В.Н. Хромоэндоскопия в оценке распространенности опухолевого процесса желудка и пищевода // Сибирский онкологический журнал. – 2007. – Приложение №2. – С. 105–106.
9. Ушаева Л.А., Балалыкин Д.А. Прогнозирование развития рецидива язвенной болезни с помощью хромоэндоскопии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. – № 6. – С. 17 – 21.
10. Chromoendoscopy // Gastrointestinal endoscopy. – 2007. – Vol. 66. – № 4. – P. 639–649.
11. Шаробаро В.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.– Смоленск: СГМА, 2008.–59 с.

КОНТАКТЫ

Костякова Екатерина Александровна – врач-эндоскопист отделения эндоскопии ОГБУЗ «Клиническая больница №1», аспирант кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО СГМА Минздравсоцразвития России.
214018, г. Смоленск, ул. Урицкого дом 4 кв. 20.
Телефон 8910-720-14-51
e-mail: katyalimova@yandex.ru

First Announcement

EUS2012

18th International Symposium on Endoscopic Ultrasonography

September 6 - 8, 2012

Saint Petersburg, Russia

CHAIRPERSON

Thomas Roesch, M.D. (Germany)

University Hospital Eppendorf

VICE-CHAIRPERSON

Mikhail Korolev, M.D. (Russia)

Mariinskaya Hospital

SECRETARY GENERAL

Evgeny Fedorov, M.D. (Russia)

Moscow University Hospital N 31

PROGRAM COMMITTEE

Hiroyuki Maguchi, M.D. (Japan)

Teine Keijinkai Hospital

Bertrand Napoleon, M.D. (France)

Private Hospital Jean Mermoz

Michael Wallace, M.D. (U.S.A.)

Mayo Clinic



www.eus2012.org



LONDON LIVE ENDOSCOPY

UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL

20th - 21st September 2012

- Simultaneous 3 room live endoscopy
- Outstanding expert faculty
- State-of-the-art lectures
- Breakout sessions
- Industry hands-on tutorials



Royal College of Physicians CME Applied for
(12 CME Credits 2011)

