

Д.И.Корабельников, А.Г.Чучалин

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Кафедра госпитальной терапии педиатрического факультета
Российского государственного медицинского университета

В настоящее время как среди взрослого населения, так и среди детской популяции наблюдаются значительный рост заболеваемости бронхиальной астмой (БА), увеличение числа тяжелых форм заболевания, трудно поддающихся лекарственной терапии, а также увеличение числа больных БА с сочетанным поражением различных органов и систем [20, 67,70,72,75-77].

Одним из наиболее часто встречающихся видов патологии, сочетающихся с БА, является патология органов пищеварения [6,7,35,37,38,43,44,50,51]. Наличие слизистых оболочек в анатомии дыхательной и пищеварительной систем создает условия для высокой частоты (47%) сочетанных поражений при схожих патоморфологических процессах, снижении регенераторных свойств [45]. При этом возникает ситуация взаимного влияния патологических процессов.

Е.В.Гембицкий и соавт. [23] выявили патологию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и гепатобилиарной системы (ГБС) у 47,9% больных БА. Изменения отличались многообразием и различной патогенетической связью с основным заболеванием.

По данным *А.В.Ломоносова* [44], сочетание БА с патологией пищеварительной системы наблюдалось более чем у 50% госпитализированных больных с БА, а по наблюдениям *А.А.Федотова* и *С.Я.Батагова* [63], различная патология ЖКТ имела место у всех больных атопической БА.

Патологические изменения пищеварительного тракта у больных БА могут быть патогенетически связанными с основным заболеванием либо предшествовать возникновению БА и не иметь с ней патогенетической связи.

Наиболее широко в литературе представлены сведения о язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки [7,10-13,16,21,22,48,49] и гастроэзофагеальном рефлюксе [22,59,17,32,47,27,78] при БА, хотя существует значительное число публикаций о других формах патологии ЖКТ.

Была выявлена прямая зависимость гастродуоденальных повреждений от тяжести и характера патологического процесса в легких [5]. В свою очередь гастродуоденальные язвы вызывают хронические воспалительные процессы в легких, выраженность которых в значительной степени зависит от тяжести язвенного процесса [54].

Некоторые исследователи объясняют поражение слизистой оболочки желудка при БА гипоксемией и гиперкапнией, возникающими при дыхательной недостаточности [4-7,40,42,50], другие считают, что локальная гипоксия может быть вызвана нарушениями микроциркуляторного русла и его нейроэндокринной регуляции [8,50]. Полагают также, что сочетанные поражения слизистых оболочек дыхательной и пищеварительных систем вызваны метаболическими и аллергическими нарушениями [9,64], нарушениями взаимосвязи нервной, иммунной и эндокринной систем [39], а также вторичными иммунодефицитными состояниями, для которых характерны подобные сочетанные повреждения. Последнее положение подтверждается наблюдениями *Е.П.Калининой и соавт.* [35], которые сообщают о значительной частоте сочетанных поражений слизистых оболочек ЖКТ и бронхов при крапивнице и атопическом синдроме.

Достаточно серьезной проблемой является и сочетание БА с гастроэзофагеальным рефлюксом в связи с важной ролью последнего в возникновении и патогенезе БА. Полагают, что микроаспирация желудочного содержимого в трахею и бронхи приводит к гиперреактивности бронхов за счет усиления экссудативной реакции слизистой оболочки и рефлекторного вагусного механизма, что приводит к возникновению бронхоспазма [18,47,59,74]. По данным большинства авторов, рефлюкс-эзофагит обнаруживается в 50-80% и более, при этом наблюдается более тяжелое течение БА, персистирующий характер бронхообструкции, развитие дыхательной недостаточности, кроме того, возможно возникновение повторных пневмоний, развитие абсцессов, бронхоэктазов, пневмофиброза [26,27,58,65,71,73].

По данным *Б.Д.Старостина* [58], влияние гастроэзофагеального рефлюкса на течение БА имело место у 82% больных, однако по другим наблюдениям [33] гастроэзофагеальный рефлюкс, поддерживающий патологический процесс в легких, но не провоцирующий удушье, наблюдается у 51,2% больных, клинически значимый — у 4,8%, индифферентный — у 44% больных.

Помимо указанных выше гастроэзофагеального рефлюкса и язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки при БА с достаточно высокой частотой регистрируется такая патология ЖКТ, как эзофагит, хронический гастрит, дуоденит, колит [2,35,44,46,63].

По данным *С.М.Кириллова* [38], сочетание БА с заболеваниями пищеварительного тракта составляет 47,9%; более 2/3 составляют хронические формы гастрита (27,3%), дуоденита, холецистита, панкреатита, язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. Частота эзофагитов, симптоматических язв и эрозий, рефлюкс-гастрита превышает их встречаемость в популяции. У больных с atopической БА патология ЖКТ наблюдается в 2 раза чаще, чем в популяции.

При БА, сопровождающейся патологией ЖКТ, можно выделить 2 основные группы процессов: 1) патогенетически связанные с БА и 2) не имеющие связи с ней.

К 1-й группе относятся изменения, возникшие на фоне БА (т.е. вторичные) с четкой связью активных проявлений со стороны ЖКТ с обострением БА. В этом случае наблюдается обострение таких заболеваний с преимущественно острым течением, как эзофагит, эрозивный и рефлюкс-гастрит, гастрит, симптоматические язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, дуоденит, панкреатит, которые приобрели на фоне БА хроническое течение.

Ко 2-й группе относятся возникшие до заболевания БА хронические органические заболевания ЖКТ, а также интеркуррентные процессы. По данным *Е.В.Гембицкого и соавт.* [23], больные 1-й группы составили 25% от всех обследованных больных с БА, а больные 2-й группы — 75%, в том числе у 20% из них наблюдалось обострение на фоне БА. Длительное лечение БА сопровождалось увеличением удельного веса патологии 1-й группы.

Кроме патогенных факторов, связанных с самой астмой, не следует исключать фактор лечения БА. Больные принимают препараты, раздражающие слизистую оболочку ЖКТ и нарушающие моторную деятельность сфинктерного аппарата [15,61]. При длительном приеме салицилатов, хлорида кальция, эуфиллина, ксантиновых производных и кортикостероидов существует возможность возникновения эрозий и лекарственных язв — "симптоматических язв" причем последние склонны к кровотечениям [25,41,66].

Состояние ГБС и поджелудочной железы при БА, их роль в патогенезе БА и влияние на течение забо-

левания также является объектом изучения, хотя в этом вопросе существует еще меньше определенности, чем в вопросе сочетания патологии ЖКТ и БА.

Известно, что при БА наблюдается целый ряд метаболических нарушений, которые могут свидетельствовать о вовлечении в процесс ГБС [30]. Изменения функций печени при патологии ГБС наблюдали *В.Т.Волков* [19] и *Н.Ю.Ефимова, Т.Л.Сизых* [28], которые при обследовании 50 больных аспириновой БА выявили патологию ГБС в 97,5% случаев, в частности дискинезию желчевыводящих путей (ДЖВП) гипомоторного типа эти авторы наблюдали у 44% больных. О значительной частоте патологии желчного пузыря, выявленной с помощью ультразвукового исследования, свидетельствуют данные *Ф.Ф.Тетенева, В.Т.Волкова* [62] и *Н.А.Ивановой, А.В.Богданова* [34], причем, по данным последних авторов, ДЖВП у детей, больных БА, встречалась в 1,3 раза чаще, чем в популяции, что может свидетельствовать об этиологической общности этих заболеваний [52].

И.И.Балаболкиной и соавт. [1] методом динамической гепатобилисцинтиграфии с ^{99m}Tc -ХИДА было выявлено, что из 40 обследованных детей в возрасте от 4 до 12 лет, страдающих пищевой аллергией, а также БА atopической и смешанной формы (21 ребенок, 52,5%), только у 6 (15%) человек не было обнаружено нарушений со стороны ГБС и лишь у 3 из них не было выявлено другой сопутствующей патологии со стороны ЖКТ. У 24 (60%) были выявлены симптомы интоксикации, увеличение размеров печени, болезненность при пальпации в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера. Снижение поглотительно-выделительной функции печени было обнаружено у 9 (22,5%) обследованных, у 17 (42,5%) были выявлены признаки гипермоторной ДЖВП в сочетании с недостаточностью сфинктера Одди, 8 (20%) детей страдали хроническим холециститом, а у 2 (5%) гипермоторная ДЖВП сочеталась со снижением поглотительно-выделительной функции печени. Следует отметить, что только у 18 (45%) детей были в анамнезе диспепсия и боли в правом подреберье.

По данным других авторов [29], при обследовании 45 детей с atopической БА в возрасте от 4 до 14 лет при целенаправленном сборе жалоб и анамнеза изменения со стороны ЖКТ были обнаружены у всех больных. Сочетание заболеваний органов пищеварительного тракта отмечались у большинства больных. У 70% был обнаружен дисбактериоз, у 50% — хронический дуоденит, у 30% — ДЖВП по гипомоторному типу, у 16% — явления диспанкреатизма.

По данным *Т.В.Беднаржевской* [2], ДЖВП у взрослых больных БА была выявлена в 48% случаев. Аналогичные результаты были получены *А.А.Федотовым, С.Я.Батаговым* [62] и *А.Г.Чучалиным и соавт.* [68].

Значительно реже в отличие от ДЖВП встречается сочетание БА с хроническим холециститом. Так, *С.Г.Осинин* [46] при обследовании 600 больных обнаружил холецистит лишь в 6% случаев.

В отличие от упомянутых ранее авторов *С.М.Кириллов* [38], обследовав 432 больных БА, обнаружил ДЖВП лишь в 0,9% случаев, тогда как хронический бескаменный холецистит с холангитом и калькулезный холецистит — у 11,6 и 6,25% соответственно, хронический гепатит и гепатоз были выявлены у 5,1 и 3,2% больных, хронический панкреатит — у 9,5% обследованных. Было отмечено частое сочетание холецистита с патологией печени и поджелудочной железы. По его наблюдениям имело место явное преобладание развития заболеваний ГБС до возникновения БА, редкость совпадения во времени обострения сопутствующих заболеваний и БА, редкость обратимости процессов в ходе лечения, что свидетельствовало об их патогенетической независимости от БА. Было отмечено также отсутствие патогенетической связи панкреатита и БА.

При обследовании 55 больных БА в возрасте от 30 до 68 лет *С.В.Смирнова* и *В.И.Пыцкий* [57] выявили, что из 5 больных с "истинной аллергической (иммунологической, специфической)" БА у 3 был обнаружен хронический холецистит. Однако связи обострения БА с обострениями сопутствующей патологии отмечено не было.

В группе больных БА неиммунологического генеза (39 человек) у всех была выявлена патология ГБС: паренхиматозные поражения печени в 94,9% случаев (хронический персистирующий гепатит — в 69,2%, хронический активный гепатит — в 18,0%, цирроз печени — в 7,7%); хронический холецистит — в 5,1% случаев. Анамнестически прослеживалась связь обострения БА с обострениями заболеваний ГБС. В группе больных смешанной БА патология ГБС была также обнаружена у всех обследованных: паренхиматозные поражения печени — в 81,8% случаев (хронический персистирующий гепатит в 72,7%, портальный цирроз печени в 7,7%); хронический холецистит — в 18,2% случаев. Сочетание патологии ГБС с патологией ЖКТ было отмечено в 9,1% случаев.

Авторы сделали вывод, что выявленная патология ГБС во всех случаях неиммунологической формы БА свидетельствует об ее участии в патогенезе последней.

По мнению *А.Г.Чучалина* [66], патология желчевыводящих путей (ЖВП) нередко сопутствует БА, но обязательности в поражении печени нет. Более того, было подмечено, что с развитием острого гепатита наблюдается ремиссия БА. Однако сочетание хронического поражения печени и поджелудочной железы всегда усугубляет течение БА. Поражение поджелудочной железы в свою очередь может наступать вследствие терапии кортикостероидными препаратами. Описаны случаи стероидных панкреатитов, панкреонекрозов.

Т.Л.Сизых, Н.Ю.Ефимова [54] на основании полученных данных клинко-инструментальных исследований пришли к заключению о важной роли патологии печени в возникновении метаболических изменений, иммунных нарушений, ведущих к форми-

рованию аспириновой БА. Авторы полагают, что существуют особенности поражения печени при аспириновой БА, отличающие ее от других видов БА.

Несмотря на отсутствие единой точки зрения на характер взаимозависимости и взаимного влияния БА и патологии ЖКТ, ГБС и поджелудочной железы, большинство авторов придерживаются мнения, что сочетание патологии бронхов и пищеварительного тракта у больных БА способствует формированию синдрома взаимного отягощения. Это создает условия для более тяжелого течения БА и для более затяжного и тяжелого течения патологии ЖКТ. Выявлено патогенетическое сродство БА и ее осложнений [38]. В частности, при БА, сопровождающейся гастроэзофагеальным рефлюксом, наблюдается более тяжелое течение БА, персистирующий характер бронхообструкции и развитие дыхательной недостаточности [17,26,27,64,71,73].

По данным *А.В.Ломоносова* [44], сочетанное течение БА и патологии пищеварительной системы (гастроинтестинальной, гепатобилиарной и их комбинаций) характеризуется взаимным отягощением заболеваний. Это приводит к обострению БА при обострении заболеваний гастродуоденальной зоны, во взаимозависимости по времени обострений обоих процессов. При этом купирование обострений происходит, как правило, в разные сроки, и ремиссия заболеваний пищеварительной системы возникает позднее, чем ремиссия БА.

Гастроэнтерологическое обследование больных с БА позволяет выявить поражения пищеварительной системы, адекватная терапия которых будет способствовать положительной динамике БА. В связи с этим предлагаются различные способы профилактики и лечения язвенных поражений гастродуоденальной зоны и рефлюкс-гастрита у больных БА [3,11,18,60,69], а *Г.М.Смаков, З.И.Савченко, И.В.Одинец* [55] сообщают об особенностях лечебной тактики при воспалительных заболеваниях желчного пузыря у больных БА.

При лечении больных БА, осложненной патологией ЖКТ и ГБС, существует ряд трудностей, связанных, в частности, с побочным действием некоторых лекарственных препаратов на состояние пищеварительной системы [14,24,31,36] и индивидуальной лекарственной непереносимости [31], которая может быть связана с замедлением процессов трансформации в печени, что в свою очередь приводит к замедлению реакций гидроксилирования, диметилирования и ацетилирования лекарственных средств [53]. *А.Г.Чучалин* отмечает наличие определенных трудностей медикаментозной терапии при появлении у больных БА лекарственного гастрита, желудочной или дуоденальной язвы и рекомендует в этих случаях парентеральный путь введения противоастматических средств с добавлением спазмолитиков [66].

Тактика лечения БА, осложненной патологией ЖКТ и ГБС, разработанная *С.М.Кирилловым* [38], помимо использования традиционных препаратов для БА,

включает в себя терапевтическую коррекцию заболеваний пищеварительной системы. Были предложены 3 варианта в зависимости от выраженности патологических процессов со стороны ЖКТ и ГБС. В период ремиссии должна осуществляться профилактика обострений заболеваний, при умеренном обострении рекомендуется курсовое применение симптоматической терапии и, наконец, при тяжелых обострениях следует проводить комплексную терапию в полном объеме. В применении последнего варианта коррекции, по мнению автора, нуждаются до 40% больных.

Высокая частота сопутствующей патологии со стороны пищеварительной системы и их влияние на характер течения БА, определяющей особую тактику при лечении таких больных, требует соответствующей подготовки врачей-пульмонологов и сотрудников пульмонологических стационаров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И., Юхтина Н.В., Омельницкая И.П. и др. Опыт применения радионуклеотидных методов исследования с целью оценки состояния легких и гепатобилиарной системы у детей с аллергическими заболеваниями. Педиатрия 1991; 1: 42-45.
2. Беднаржевская Т.В. Система внешнего дыхания и патология желудочно-кишечного тракта у больных хроническим бронхитом. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1995. № 1302.
3. Березов Ю.С., Ковалев А.И. Нарушения физиологической функции кардии и их значение. Хирургия 1981; 3: 13-16.
4. Бессонова Г.А. Состояние желудка и гастродуоденальные язвы у больных хронической пневмонией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск; 1974.
5. Бирг Н.А. Гастродуоденальные язвы и хронические неспецифические заболевания легких при их сочетанном течении (вопросы патогенеза, клиники, лечения и профилактики): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Казань; 1983.
6. Бирг Н.А. Клинико-патогенетические параллели при вторичных эрозиях и изъязвлении слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных неспецифическими заболеваниями легких. В кн.: Морфология и магнитобиология. Чебоксары; 1985. 85-88.
7. Бирг Н.А. Хронические неспецифические заболевания легких и гастродуоденальные язвы при их сочетанном течении. Тер. архив 1991; 7: 147-152.
8. Бондаренко Ю.И. Нейрогуморальные, метаболические и микроциркуляторные нарушения в патогенезе стрессорных повреждений желудка и их коррекция: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1988.
9. Будаговская В.Н., Войтко Н.Е. Аллергические реакции у больных язвенной болезнью, частота пищевой и лекарственной аллергии. Вопросы питания 1984; 3: 30-33.
10. Василенко В.Х., Матвеев Н.К., Николаева О.Н. Острые гастродуоденальные эрозии и язвы. Клин. мед. 1970; 4: 33-39.
11. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. М.: Медицина; 1978.
12. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: Медицина; 1981.
13. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.Л. Язвенная болезнь. М.; 1987.
14. Вахрушев Я.М., Быденов В.А. Возможные патогенетические механизмы поражения гастродуоденальной системы у больных бронхиальной астмой. В кн.: Теоретические, этиологические, диагностические и лечебные аспекты гастроэнтерологии. Смоленск; 1989. 11.
15. Вахрушев Я.М., Романова С.Е., Климентова С.В. и др. Оценка функционального состояния желудка при длительном лечении преднизолоном больных бронхиальной астмой. В кн.: Сборник резюме 7-го Национального конгресса по болезням органов дыхания М.; 1997. № 17.
16. Вендик А.О., Филин В.А. Состояние верхних отделов пищеварительного тракта у детей с бронхиальной астмой и рецидивирующими обструктивными бронхитами. В кн.: Сборник резюме 4-го Национального конгресса по болезням органов дыхания М.; 1994. № 111.
17. Водопьян А.В., Ландышев Ю.С., Ленишин А.В. Гастроэзофагеальный рефлюкс у больных бронхиальной астмой. В кн.: Сборник резюме 3-го Национального конгресса по болезням органов дыхания СПб; 1992. № 343.
18. Водопьян А.В., Ландышев Ю.С. Бронхиальная астма и рефлюкс-эзофагит. В кн.: Сборник резюме 4-го Национального конгресса по болезням органов дыхания М.; 1994. № 275.
19. Волков В.Т. Оценка результатов стимуляции интердином селезенки и печени у больных бронхиальной астмой. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания М.; 1995. № 15.
20. Волков В.Т., Карзилов А.И. Анализ эволюции бронхиальной астмы в Западной Сибири. В кн.: Сборник резюме 6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания Новосибирск; 1996. № 26.
21. Галанкин В.Н., Жиц М.З., Федотов В.И. Изменения гастродуоденальной системы при хронических неспецифических заболеваниях легких. Арх. пат. 1985; 47 (11): 84-89.
22. Геллер Л.И., Глинская Т.П., Николаева Л.И. Желудочно-пищеводный рефлюкс и бронхиальная астма. Тер. арх. 1990; 2: 69-72.
23. Гембицкий Е.В., Кириллов Е.М., Кириллов М.М. и др. Клинико-патогенетическая группировка патологии пищеварительного тракта у больных бронхиальной астмой. В кн.: Сборник резюме 6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания Новосибирск; 1996. № 42.
24. Гребенев А.Л. Клиника, профилактика и лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки при применении нестероидных противовоспалительных препаратов. Пробл. гастроэнтерол. 1994; 3-4: 8-11.
25. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В кн.: Комаров Ф.И. и др. (ред.) Болезни пищевода и желудка. М.: Медицина; 1995; т.1: 534-549.
26. Гроздова Т.Ю., Черненко Ю.В., Столярова Е.И. Клиническое значение эндоскопических методов исследования у часто болеющих детей с затяжной респираторной патологией. В кн.: Сборник резюме 6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания Новосибирск; 1996. № 1891.
27. Драчук Е.Б., Калев О.Ф., Иванова Н.В. Желудочно-кишечный рефлюкс у больных бронхиальной астмой. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания М.; 1995. № 39.
28. Ефимова Н.Ю., Сизых Т.Л. Функциональное состояние печени у больных аспириновой бронхиальной астмой по данным динамической гамма-сцинтиграфии. В кн.: Сборник резюме 3-го Национального конгресса по болезням органов дыхания СПб; 1992. № 348.
29. Заболотских Т.В., Абакумова А.В., Серга А.П. Состояние желудочно-кишечного тракта у детей с atopической бронхиальной астмой. В кн.: Сборник резюме 6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. Новосибирск; 1996. № 327.
30. Задорожная Т.А., Габор М.Л., Собрак Л.П., Слесивых И.А. Гастроинтестинальные пептиды у больных обструктивными заболеваниями легких. В кн.: Сборник резюме 1-го Всесоюзного конгресса по болезням органов дыхания Киев; 1990. № 1126.
31. Закиров В.А. Клиническая характеристика и особенности лечения больных бронхиальной астмой, сочетающейся с другой патологией внутренних органов, с применением разгрузочно-диетической терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л.; 1991.
32. Звягин А.А., Блинова А.С., Назарецкая О.М. Частота и клинические проявления желудочно-пищеводного рефлюкса при бронхиальной астме у детей. В кн.: Сборник резюме 3-го На-

- ционального конгресса по болезням органов дыхания. СПб; 1992. 211.
33. Звягин А.А., Почивалов А.В., Блинова А.С. и др. Гастроэзофагеальный рефлюкс при бронхиальной астме у детей. В кн.: Сборник резюме 7-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1997. № 249.
 34. Иванова Н.А., Богданова А.В. Сочетаемость бронхиальной астмы с различными заболеваниями у детей. В кн.: Сборник резюме 4-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1994. № 125.
 35. Калинина Е.П., Чучалин А.Г., Колганова Н.А. Клинико-морфологические особенности слизистых оболочек бронхов и желудочно-кишечного тракта у больных с atopической бронхиальной астмой. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания М.; 1995. № 49.
 36. Кириллов М.М., Шашина М.М. Функциональное состояние почек при гнойных заболеваниях легких. Пульмонология 1994; 2: 71–75.
 37. Кириллов С.М., Божьев В.И., Пичугин Ю.И. и др. Особенности течения язвенной болезни при хронических неспецифических заболеваниях легких. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1995; 5 (3, прил. 1): 114, № 347.
 38. Кириллов С.М. Патология пищеварительной системы у больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов; 1997.
 39. Корецкая Л.Р. Межсистемные изменения и терапевтическая их коррекция на разных этапах лечения бронхиальной астмы у детей. В кн.: Сборник резюме 2-го Всесоюзного конгресса по болезням органов дыхания Челябинск; 1991. № 191.
 40. Кочетков С.Г. Роль гиперкапнии в возникновении и течении заболеваний желудка у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (Экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Самара; 1996.
 41. Краснова Л.В. Состояние желудка у больных бронхиальной астмой. В кн.: Тезисы Научной конф. "Проблемы гастроэрологии". Саратов; 1981. 21–22.
 42. Краснова Л.В. Состояние защитного барьера слизистой желудка у больных обструктивными заболеваниями легких. В кн.: Сборник научн. работ Саратовского мед. ин-та. Саратов; 1990. 81.
 43. Краснова Л.В., Костюнина М.Н., Яфарова Н.К. и др. Морфофункциональное состояние желудка у больных бронхиальной астмой. В кн.: Сборник резюме 3-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. СПб; 1992. № 306.
 44. Ломоносов А.В. Особенности течения бронхиальной астмы, сочетанной с патологией органов пищеварения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов; 1998.
 45. Осинин С.Г. Некоторые особенности течения бронхиальной астмы у больных старше 50 лет и оценка эффективности у них метода разгрузочно-диетической терапии. В кн.: Гериатрические аспекты клинической пульмонологии. Л.; 1990. 84–86.
 46. Пархоменко Л.К., Радбиль О.С. Желудочно-пищеводный рефлюкс и бронхиальная астма. Клин. мед. 1994; 6: 4–7.
 47. Пергаев А.П. Эндоскопическая характеристика гипоксических изменений гастродуоденальной системы у больных некоторыми хроническими неспецифическими заболеваниями легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток; 1986.
 48. Поганка В., Шелест М., Мельтер Я. и др. Гастроэзофагеальный рефлюкс в бронхоскопической клинике у детей. В кн.: Сборник резюме 4-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1994. № 130.
 49. Погромов А.П., Лашкевич А.В. Гипоксический фактор и его значение в формировании гастродуоденальных заболеваний. Клин. мед. 1996; 1: 3–7.
 50. Путинцев Е.В. К вопросу глобальной стратегии по профилактике и лечению бронхиальной астмы. В кн.: Сборник резюме Всероссийской конф. "Проблемы терапевтической и хирургической пульмонологии". СПб; 1997. № 134.
 51. Ревуцкая А.Е., Ласица О.И., Охотникова Е.Н. и др. Особенности поражения органов пищеварения у детей с бронхиальной астмой. В кн.: Сборник резюме 2-го Всесоюзного конгресса по болезням органов дыхания. Челябинск; 1991. № 252.
 52. Светлый Л.И., Альперович Б.Р., Марин Т.В. Изучение процессов печеночного метаболизма у больных бронхиальной астмой. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1995. № 109.
 53. Сердюк Т.М., Чечень Л.В., Кулик Н.В. Диагностика сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта у больных хроническим бронхитом. В кн.: Сборник резюме 3-го Всесоюзного конгресса по болезням органов дыхания. СПб; 1992. № 282.
 54. Сизых Т.Л., Ефимова Н.Ю. Функциональное состояние печени у больных аспириновой бронхиальной астмой. Пробл. туб. 1994; 4: 57–60.
 55. Смаков Г.М., Савченко З.И., Одинец И.В. Лечебная тактика при воспалительных заболеваниях желчного пузыря у больных бронхиальной астмой. Вестн. хир. 1989; 7: 14–17.
 56. Смирнова С.В., Пыцкий В.И. К патогенезу бронхиальной астмы. В кн.: Проблемы региональной алергологии. Ташкент; 1989. 185–186.
 57. Старостин Б.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рус. мед. журн. 1997; 2: 72–80.
 58. Суходольский А.В., Киреева Т.В., Гасик Т.К. и др. Выявление легочной микроаспирации желудочного содержимого — фактора, влияющего на развитие неспецифических заболеваний легких. В кн.: Сборник резюме 2-го Всесоюзного конгресса по болезням органов дыхания. Челябинск; 1991. № 1195.
 59. Табидзе З.Ш. К патогенезу желудочно-кишечных кровотечений при астматическом статусе. В кн.: Материалы VIII Съезда терапевтов Грузии. Кутаиси; 1988. 454–456.
 60. Тарасова О.Н., Урсова Н.И., Тюрина Т.К. Комплексное лечение бронхиальной астмы и хронических заболеваний органов пищеварения. В кн.: Сборник резюме 7-го Национального конгресса по болезням органов дыхания М.; 1997. № 125.
 61. Тетенев Ф.Ф., Волков В.Т. Оценка ультразвукового сканирования органов брюшной полости больных бронхиальной астмой. В кн.: Материалы IV Съезда гастроэнтерологов. М.; 1990. 733–734.
 62. Федотов А.А., Батагов С.Я. Двигательная активность желудка и печеночный кровоток у больных бронхиальной астмой с пищевой аллергией. В кн.: Сборник резюме 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1995. № 136.
 63. Циммерман Я.С. Спорные вопросы классификации гастродуоденальных язв. Клин. мед. 1990; 3: 145.
 64. Чегемова П.М., Гасанова Р.Г., Измайлова М.Х. и др. Особенности течения бронхиальной астмы у больных с диафрагмальной грыжей. В кн.: Сборник резюме 6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. Новосибирск; 1996. № 207.
 65. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М.: Медицина; 1985.
 66. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма: глобальная стратегия. Тер. арх. 1994; 3: 3–8.
 67. Чучалин А.Г., Грачева Н.М., Щербаков И.Т. и др. Бронхиальная астма и состояние желудочно-кишечного тракта. В кн.: Сборник резюме 4-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М.; 1994. № 29.
 68. Barret N.R. Chronic peptic ulcer of esophagus and oesophagitis. Br. J. Surg. 1950; 38: 175–175.
 69. Godard Ph., Chanez P., Pujol J.L. et al. Asthma. Epidemiologie, physiopathologie, diagnostic, evolution et prognostic. Rev. Prat. (Paris) 1990; 40 (1): 65–67.
 70. Goldman G., Bennet J.R. Gastroesophageal reflux and respiratory disorders in adults. Lancet 1988; 2 (8609): 493–494.
 71. Haahela J.K. et al. Prevalence of asthma in Finnish young men. Br. Med. J. 1990; 301: 266–268.
 72. Herve Ph., Denjean A., Jian R. et al. Does an extra bronchial stimulus initiate and potentate bronchial hyperreactivity in asthma? Effect of oesophageal HCL infusion. Am. Rev. Respir. Dis. 1984; 129 (4): 235.
 73. Mansfield L.E. Gastroesophageal reflux and respiratory disorders: A review. Ann. Allergy 1989; 62 (3): 158–161.

74. McWhorter W.R., Polis M.A., Kaslow R.A. Occurrence, predictors and consequences of adult asthma in NHANESI and follow-up survey. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1989; 139 (3): 721–724.
75. Nicolai T. et al. Reactivity to cold-air hyperventilation in normal and in asthmatic children in a survey of 5.697 schoolchildren in southern Bavaria. *Ibid.* 1993; 147: 565–572.

76. Peat J.K. et al. Changes in prevalence of asthma and allergy in Australian children 1982–1992. *Ibid.* 800.
77. Sontag S.I., O'Connell S., Khandelwal S. et al. Most asthmatics have gastroesophageal reflux with or without bronchodilator therapy. *Gastroenterology* 1990; 99 (3): 613–620.

Поступила 18.09.02

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК [616.248+616.233-002.2]-053.2-085.234

А.Б.Малахов¹, Н.А.Генне², А.В.Карпушкина², Т.А.Белова¹, Т.Г.Решетова¹,
М.А.Малахов¹, С.П.Маурко¹

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И СТОИМОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИЛИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

¹ Ивановская государственная медицинская энциклопедия,

² Клиника детских болезней Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова

Бронхиальная астма (БА) является актуальной проблемой детской пульмонологии, о чем свидетельствуют высокая распространенность и рост заболеваемости во всех возрастных группах [6,8]. Хроническое течение этой патологии диктует целесообразность длительного лечения, что сопровождается большими материальными затратами системы здравоохранения, пациентов, их семей и общества в целом.

Экономическое бремя лечения заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом (БОС), в том числе БА, неоднократно рассчитывалось специалистами различных стран [12–14].

В исследованиях, оценивающих стоимость лечения БА, было показано, что для общества стоимость лечения одного больного колеблется от 326 до 1316 долларов США. По оценке экономистов Гамбургского университета, общие расходы на это заболевание составляют USD 2500 млн в год, из которых USD 1600 млн — прямые, а USD 900 млн — непрямые затраты [17,19]. В Новой Зеландии прямые и непрямые затраты на БА составили USD 112,88 млн и USD 64,60 млн соответственно [2], США — USD 5147 и USD 673 млн [15–17]. В Канаде респираторные заболевания занимают третью позицию по затратам системы здравоохранения среди других заболеваний. По данным *National Institut for Health*, затраты значительно и диспропорционально возрастают при лечении тяжелой БА. Пациенты с тяжелым течением БА составляют 10% от больных этим заболеванием. Тем не менее на их лечение приходится около 51% прямых затрат здравоохранения и 54% общих затрат на БА. На рис.1 приведены сравнительные данные распределения прямых затрат терапии БА в РФ и США [9,19].

По данным ряда авторов, выявлена очевидная закономерность — расходы на лечение возрастают при

недостаточном контроле БА любой степени тяжести.

Общеизвестно, что наиболее затратной частью является лечение обострений заболевания [11,18]. Разница в расходах при лечении обострений астмы различной степени тяжести объясняется не только различием объемов затрачиваемой медицинской помощи, но и количеством используемых препаратов (рис.2).

Лекарственные средства составляют существенную часть расходов здравоохранения при лечении БА, последняя входит в группу 10% заболеваний, исход которых непосредственно зависит от назначаемого лечения. Следует понимать, что прогноз БА и качество жизни больного, его самочувствие и уровень активности напрямую зависят от эффективности противоастматической терапии [5].

Смешанная система источников финансовых поступлений в России затрудняет проведение фармакоэкономических исследований [2,10]. До сегодняшнего дня ведущим источником финансирования остается бюджет. Во Владимирской области в систе-



Рис.1. Распределение прямых затрат на ребенка с бронхиальной астмой.

а — данные Е.В.Просековой и соавт. (Россия), б — данные K.Weiss и соавт. (США).