

**В. М. ДУРЛЕШТЕР^{1, 2}, Н. В. КОРОЧАНСКАЯ^{1, 2},
И. Ю. СВЕЧКАРЬ^{1, 2}, Р. Ш. СИУХОВ², Р. Б. БЕРЕТАРЬ^{1, 2},
Н. Г. МИРЦХУЛАВА², Н. Е. ШАБАНОВА²**

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕФЛЮКС-АССОЦИИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

¹Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС

*ГОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;*

*²ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2 МЗ Краснодарского края,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2;
тел. 8-928-4119057. E-mail: barracuda00@yandex.ru*

В статье приведены данные обследования и лечения пациентов с рефлюкс-эзофагитом и бронхиальной астмой. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая антирефлюксная операция. Результаты хирургического лечения оценивали через 1, 6, 12, 24 и более месяцев. В ходе обследования выявлены отсутствие рефлюкс-эзофагита и существенное уменьшение явлений астмы после проведенного оперативного лечения у всех больных.

Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит, внепищеводные проявления, бронхиальная астма, антирефлюксные операции.

**V. M. DURLESHTER^{1, 2}, N. V. KOROCHANSKAYA^{1, 2}, I. U. SVECHKAR^{1, 2},
R. S. SIUHOV², R. B. BERETAR^{1, 2}, N. G. MIRTZHULAVA², N. E. SHABANOVA²**

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH REFLUX-ASSOCIATED BRONCHIAL ASTHMA

*¹Department of surgery № 1 Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4;*

*²regional hospital № 2,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnih partizan street, 6/2;
tel. 8-928-4119057. E-mail: barracuda00@yandex.ru*

The article presented the results of the examination of patients with reflux-esophagitis and bronchial asthma. All patients underwent the laparoscopic antireflux procedure. The results of surgery were assessed in 1, 6, 12, 24 and more months. The check-up has revealed the absence of reflux-esophagitis and significant decreasing of asthma manifestations in all of patients after surgery.

Key words: reflux-esophagitis, supraoesophageal manifestations, bronchial asthma, antireflux procedure.

Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и рефлюкс-эзофагита (РЭ) в настоящее время является очень актуальной. Данное заболевание принято считать гастроэнтерологической патологией XXI века, так как прослеживается заметная тенденция к уменьшению заболеваемости преваляровавшей ранее язвенной болезнью и увеличению заболеваемости ГЭРБ. Симптомы этого заболевания (чаще всего изжога) при тщательном опросе выявляются у 30–40% взрослого населения развитых стран, а воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода, то есть рефлюкс-эзофагит, диагностируют у 30–45% лиц с характерной симптоматикой, подвергшихся эндоскопическому обследованию [4].

В последние годы появилось много клинических исследований, подтверждающих взаимосвязь между ГЭРБ и патологией других органов и систем, единым патогенетически связывающим звеном которой является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) [4, 6, 12, 14]. Определена большая группа так называемых атипичных, или внепищеводных, проявлений рефлюкс-эзофагита, среди которых выделяют бронхопульмо-

нальные, оториноларингологические, кардиальные и стоматологические.

Среди возможных бронхолегочных проявлений (аспирационная пневмония, фиброзирующий альвеолит, хронический персистирующий кашель) особое место занимает бронхиальная астма (БА). Имеется ряд работ, в которых исследована взаимосвязь между патогенезом ГЭРБ и БА, а также влияние кислотосупрессивной терапии на течение астмы [2, 3, 6, 7, 9, 13, 15].

В настоящее время большинство пациентов с ГЭРБ, в том числе с внепищеводной бронхопульмональной патологией, лечатся медикаментозно, что обеспечивает хороший непосредственный эффект у 90–95% больных, однако после его отмены в течение года отмечается рецидив симптомов у 80–100% человек [10].

Антирефлюксное хирургическое вмешательство является единственным методом, позволяющим восстановить функцию нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и устранить гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) и его последствия [8, 11].

В настоящее время существует большое число оперативных методик, применяемых при лечении

ГЭРБ. Тем не менее данные литературы свидетельствуют о неудовлетворенности хирургов и пациентов их результатами [1, 5, 8].

Целью работы явилось повышение эффективности комплексного хирургического и медикаментозного лечения больных с сочетанием ГЭРБ и бронхиальной астмы.

Материалы и методы

Работа основана на результатах клинического, морфологического и функционального обследования 160 пациентов с ГЭРБ в хирургических отделениях МБУЗ «Городская больница № 2 «КМЛДО» г. Краснодара (с 2013 г. – ГБУЗ ККБ № 2) за период 2008–2012 годов.

У 11 (6,9%) из общего числа больных имелась неаллергическая астма, из них мужчин – 3, женщин – 8. Диагноз астмы устанавливался по критериям GINA (2006) на основании характерных жалоб, анамнеза, наличия обратимой бронхиальной обструкции по данным ФВД (увеличение $ОФВ_1$ на 15% и более после приема бронходилататора – 200 мкг сальбутамола). У 2 пациентов наблюдалась астма с тяжелым течением, у 6 – средней степени тяжести, у 3 – астма с легким персистирующим течением. Продолжительность заболевания астмой колебалась от 5 до 37 лет, в среднем $16,5 \pm 3,7$ года. Все пациенты находились на постоянной медикаментозной противоастматической терапии. Не включены в исследование больные с доказанным аллергическим генезом астмы.

Все больные данной группы в предоперационном периоде были обследованы с помощью следующих методов: эзофагогастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование ЖКТ с барием, суточная рН-метрия пищевода и желудка, а также рентгенография легких, спирометрия, фаринго- и ларингоскопия, консультация пульмонолога. Проводилась оценка клинической картины астмы (количество дневных и ночных симптомов) и потребности в противоастматических медикаментах. В качестве как начального, так и контрольного диагностического метода использовалось измерение параметров функции внешнего дыхания (ФВД): определение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), функциональной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$), вычисление индекса Тиффно ($ОФВ_1/ФЖЕЛ$). С целью оценки контролирования астмы использовался международный тест по контролю над астмой (АСТ – asthma control test).

Всем пациентам после соответствующего дообследования и предоперационной подготовки в плановом порядке выполнено лапароскопическое антирефлюксное вмешательство по разработанной и используемой в клинике методике (приоритетная справка на изобретение № 2013122121 от 14.05.2013). Показанием для оперативного лечения всех больных являлся рефлюкс-эзофагит, осложненный внепищеводными проявлениями и резистентный к консервативной терапии.

Контрольные осмотры после антирефлюксной операции проводились в сроки через 1 месяц, 6 месяцев, 1 год, затем с интервалом в 1 год. Результаты лечения условно разделили на: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Хорошим результатом считали в том случае, если после антирефлюксной операции удалось достигнуть снижения количества симптомов и доз потребляемых медикаментов; хороший уровень контроля над астмой – 22 и более баллов по

АСТ; удовлетворительным – уменьшение симптомов и стабилизация течения астмы; удовлетворительный уровень контроля – 20–21 балл по АСТ; неудовлетворительным – при сохранении или усугублении симптомов, факте возникновения хотя бы одного астматического статуса, повышения потребности в препаратах, усиления степени тяжести астмы; результат теста АСТ менее 20 баллов.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica 6». Достоверность отличий сравниваемых признаков оценивалась критерием Вилкоксона. Полученные различия считались достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования

При исследовании морфофункционального статуса гастроэзофагеального перехода у всех 11 больных выявлена аксиальная ГПОД. При эндоскопии у больных с легкой персистирующей формой астмы выявлен катаральный неэрозивный эзофагит, а у всех пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением астмы установлена эрозивная форма рефлюкс-эзофагита. У всех 11 пациентов с ГЭРБ-ассоциированной астмой выявлены патологические показатели суточной рН-метрии пищевода.

При анализе клинической картины установлено, что частота дневных симптомов астмы (приступы затрудненного дыхания, кашель, одышка, тяжести в грудной клетке) составляет 1,6 (ДИ: $Q_{25}-0,8$; $Q_{75}-2,2$) и превалирует над частотой ночных симптомов, медиана которых составила 0,2 (ДИ: 0,1; 0,2). Частота возникновения как дневных, так и ночных симптомов была выше у пациентов с тяжелой астмой.

Все пациенты находились на базисной медикаментозной противоастматической терапии. Больные с легкой персистирующей формой астмы в качестве базисной терапии получали ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) – будесонид или беклометазон в дозе 200–500 мкг/сутки на 1–2 приема. С целью купирования либо предупреждения приступа астмы использовались ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия (сальбутамол или фенотерол), медиана среднесуточного количества доз потребляемых коротких бронходилататоров составила 1 (0,8; 1,2).

Больные со среднетяжелой персистирующей формой астмы в качестве базисной терапии получали комбинированную форму препарата ИГКС – будесонид (500 мкг/сут.) и ингаляционный β_2 -агонист длительного действия – формотерол, на 2 приема в сутки. С целью купирования симптомов также использовались ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия, медиана количества доз которых в сутки составила 2 (1,9; 2,5). Пациенты с тяжелой астмой в качестве базисной терапии получали комбинированную форму препарата ИГКС – будесонид (1000 мкг/сут.) и ингаляционный β_2 -агонист длительного действия – формотерол, на 2 приема в сутки. С целью купирования приступа астмы также использовались ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия, медиана среднесуточного количества доз коротких бронходилататоров – 3,75 (2,6; 3). В среднем по группе потребность в бронходилататорах короткого действия составила 2 (1,2; 3) дозы в сутки.

При анализе показателей ФВД выявлено, что медиана значения $ОФВ_1$ в целом по группе составила

Динамика дневных симптомов у пациентов с бронхиальной астмой в различные сроки послеоперационного периода

Степень тяжести астмы	Количество дневных симптомов астмы, Ме (ДИ: Q25; Q75)				
	До операции	Через 1 мес.	Через 6 мес.	Через 1 год	Через 2 года
Легкая персистирующая	0,6 (0,5; 0,8)	0,4 (0,3; 0,5)*	0,3 (0,3; 0,4)*	0,2 (0,1; 0,2)*	0,1 (0,1; 0,2)*
Средней тяжести	1,8 (1,3; 2,3)	0,9 (0,6; 0,4)*	0,55 (0,5; 0,75)*	0,5 (0,4; 0,65)*	0,35 (0,2; 0,5)*
Тяжелая	2,7 (1,6; 2,4)	1,5 (1,1; 1,1)*	1 (0,7; 0,8)*	0,9 (0,6; 0,8)*	0,8 (0,5; 0,7)*
Всего	1,6 (0,8; 2,2)	0,9 (0,5; 1,5)*	0,5 (0,4; 1)*	0,5 (0,2; 0,8)*	0,3 (0,2; 0,4)*

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с соответствующей группой до операции.

Таблица 2

Динамика ночных симптомов у пациентов с астмой в различные сроки послеоперационного периода

Степень тяжести астмы	Количество ночных симптомов астмы, Ме (ДИ: Q25; Q75)				
	До операции	Через 1 мес.	Через 6 мес.	Через 1 год	Через 2 года
Легкая персистирующая	0,07 (0,05; 0,07)	0,05 (0,03; 0,05)	0,03 (0,02; 0,04)	0,03 (0,02; 0,03)	0,03 (0,02; 0,03)
Средней тяжести	0,2 (0,1; 0,2)	0,1 (0,08; 0,15)*	0,06 (0,04; 0,1)*	0,05 (0,05; 0,06)*	0,05 (0,04; 0,05)*
Тяжелая	0,65 (0,37; 0,6)	0,4 (0,2; 0,4)	0,3 (0,15; 0,3)*	0,25 (0,15; 0,25)*	0,25 (0,15; 0,25)*
Всего	0,2 (0,1; 0,2)	0,1 (0,05; 0,15)*	0,06 (0,03; 0,1)*	0,05 (0,03; 0,06)*	0,05 (0,03; 0,05)*

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с соответствующей группой до операции.

72% (70; 75), ЖЕЛ – 80% (74; 82), ФЖЕЛ – 76% (73; 81) от должных величин. Медиана индекса Тиффно составила 96%. Снижение показателей было более выражено у пациентов с тяжелой формой астмы. Указанные результаты свидетельствуют о существенном снижении показателей спирометрии у исследуемых пациентов, несмотря на проводимую медикаментозную терапию.

При оценке теста АСТ из 11 пациентов с астмой только 3 человека (2 – с легкой, 1 – со средней степенью тяжести) продемонстрировали хороший контроль над течением заболевания, у них количество баллов составило 20. У всех остальных больных астма была неконтролируемой, наименьший результат отмечен у больных с тяжелой формой – по 15 баллов. Медиана показателя АСТ по всей группе до операции составила 17 (15; 20).

После проведенного оперативного антирефлюксного лечения летальных исходов не было. У 2 (18%) человек отмечена умеренно выраженная дисфагия, наблюдаемая в течение первых 15–20 суток после операции, которая купировалась самостоятельно, без

специального лечения. Интраоперационных осложнений, конверсий в лапаротомию не было. Отдаленные результаты прослежены у всех 11 пациентов.

Через 1 месяц типичной симптоматики ГЭРБ не наблюдалось ни у одного пациента, при дальнейшем наблюдении картина не изменялась. При выполнении эндоскопии уже через 1 месяц после антирефлюксной операции отмечалась выраженная положительная динамика со стороны слизистой оболочки пищевода: эзофагит отсутствовал у всех обследованных. При рентгенологическом исследовании на 4–5-е сутки после операции восстанавливались плотное смыкание и абдоминальная позиция кардии, ГЭР отсутствовал. При выполнении контрольного суточного рН-мониторирования через 6 месяцев после выполнения антирефлюксной операции у всех 11 пациентов в нижней трети пищевода зафиксировано от 2 до 7 непродолжительных слабокислых рефлюксов в сутки, не достигающих средней трети пищевода, что позволило расценить их как физиологические. Среднее значение рН

Результаты динамического исследования показателей спирометрии у пациентов с астмой в зависимости от сроков послеоперационного периода

Параметры ФВД	Показатели (в % от должных величин) Ме (Q25; Q75)				
	До операции	Через 1 мес.	Через 6 мес.	Через 1 год	Через 2 года
ОФВ ₁	72 (70; 75)	79 (77; 84)*	82 (79; 89)*	86 (89; 92)*	90 (89; 95) *
ЖЕЛ	80 (74; 82)	82 (75; 85)	84 (77; 87)	89 (82; 90)*	91 (85; 93) *
ФЖЕЛ	76 (73; 81)	81 (78; 84)	83 (80; 86)	87 (85; 89)*	90 (89; 93)*
Индекс Тиффно	95 (91; 97)	97 (94; 98)	98 (95; 99)	99 (95; 99)	100

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с группой до операции

увеличилось с 5 (4,5; 6,2) до 6,7 (6,2; 6,9) ($p > 0,05$). Достоверно ($p < 0,05$) снизились: % времени с рН менее 4, число рефлюксов в целом и продолжительных рефлюксов; индекс DeMeester уменьшился в 11 раз – до значений, соответствующих норме. Подобная трансформация морфологических и функциональных показателей сохранялась и в более отдаленные сроки после операции.

Анализ отдаленных результатов продемонстрировал положительную динамику дневных и ночных симптомов астмы после операции. Уже через 1 месяц медиана суточного количества дневных симптомов по группе статистически значимо снизилась – с 1,6 (0,8; 2,2) до 0,9 (0,5; 1,5); ночных – с 0,2 (0,1; 0,2) до 0,1 (0,05; 0,15). В дальнейшем положительная тенденция к уменьшению симптомов астмы сохранялась. Так, при проведении контрольной рН-метрии через 6 месяцев после фундопликации ни в одном случае не было отмечено связи симптомов астмы с фиксируемыми короткими слабокислыми рефлюксами.

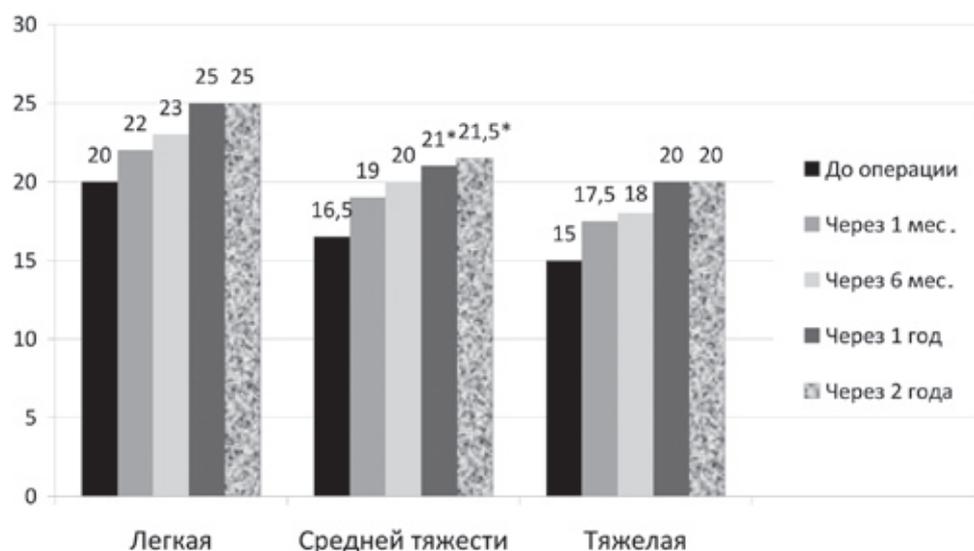
Через 2 года контроля частота дневных приступов статистически значимо снизилась – до 0,3 (0,2; 0,4), $p = 0,03$; ночных симптомов – до 0,05 (0,03; 0,05), $p = 0,04$. За все время диспансерного наблюдения не отмечено ни одного случая развития астматического

статуса. Трансформация клинической симптоматики астмы в различные сроки наблюдения отражена в таблицах 1 и 2.

В ходе послеоперационного наблюдения отмечены положительные изменения в приеме противоастматических медикаментов.

3 пациентов с легкой персистирующей формой астмы в течение первого года после операции оставались на базисной терапии препаратами ИГКС – будесонид в дозе 200–500 мкг/сутки на 1–2 приема, «по требованию» использовались ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия (сальбутамола сульфат или фенотерола гидробромид), причем необходимость в их использовании после операции уменьшалась с течением времени (табл. 3). Через 2 года наблюдения медиана суточного количества доз коротких β_2 -агонистов в сутки составила 0,2 (0; 0,2) – статистически значимое различие по сравнению с предоперационным показателем, $p < 0,05$.

Положительная динамика клинических симптомов и контролируемое течение астмы позволили 2 пациентам в сроки более года после операции вначале уменьшить, а затем и полностью отменить препарат ИГКС и перейти в режим применения коротких β_2 -агонистов «по требованию». Вышеуказанные условия позволили курирующему пульмонологу сни-



Трансформация показателей теста АСТ в различные сроки послеоперационного периода,

* – $p < 0,05$ по сравнению со значениями до операции

зять этим пациентам степень тяжести астмы до легкой интермиттирующей. Один пациент остается на базисной терапии ИГКС 500 мг/сут., режим приема коротких бронходилататоров уменьшился и составляет через 2 года наблюдения 0,2 дозы в сутки (1 раз в 5–6 дней).

В группе пациентов со среднетяжелой персистирующей формой астмы ($n=6$) также отмечены положительные изменения. Одному больному в течение первого года последовательно снижена доза ИГКС с 500 до 200 мкг в сутки, затем снижен до 1 приема и далее отменен ингаляционный β_2 -агонист длительного действия; к концу 2-го года наблюдения проведена отмена ИГКС, пациент перешел в режим применения коротких β_2 -агонистов «по требованию», при этом медиана количества доз последних снизилась до 0,3 в сутки. Степень тяжести астмы у этого больного ступенчато через легкую персистирующую к концу 2-го года наблюдения была снижена до легкой интермиттирующей.

Еще 1 пациенту со среднетяжелой формой астмы в течение 2 лет наблюдения снижена степень тяжести до легкой персистирующей после соответствующего ступенчатого снижения медикаментозной терапии; через 2 года терапия в объеме: прием ИГКС до 500 мкг/сут., потребляемые короткие бронходилататоры – 0,6 доз/сут.

Остальные 4 пациента со среднетяжелой формой астмы остаются на прежнем уровне базисной медикаментозной терапии: прием комбинированной формы препарата ИГКС и ингаляционного β_2 -агониста пролонгированного действия; у 2 пациентов его потребление снижено до 1 приема в сутки; у 2 – прежние 2 приема в сутки. Число доз потребляемых коротких бронходилататоров в сутки у 3 больных снизилось; у 1 пациента потребление коротких β_2 -агонистов осталось на дооперационном уровне – 1,5 доз/сут.

В данной подгруппе отмечена статистически значимая динамика потребления коротких бронходилататоров: через 6 месяцев после операции – 0,75 (0,5; 1) дозы в сутки, $p<0,05$; через 2 года – 0,5 (0,3; 0,85), $p<0,05$.

У 2 больных с исходно тяжелой астмой также отмечены положительные изменения в послеоперационном периоде. Базисная терапия у одного пациента осталась на прежнем уровне, у другого доза ИГКС снижена с 1000 до 500 мкг в сутки. Медиана суточного количества доз коротких β_2 -агонистов статистически достоверно снизилась у обоих пациентов – до 1,25 дозы (табл. 3).

Трансформация показателей ФВД в различные сроки послеоперационного периода отражена в таблице 3.

Через 1 месяц после оперативного лечения отмечено повышение уровня всех наблюдаемых показателей, однако различия были статистически незначимы. Статистически достоверные различия по всем параметрам спирометрии отмечены в срок наблюдения 1 год после антирефлюксной операции. Так, в указанный срок наблюдения уровень $ОФВ_1$ составил 82% (79; 89) по сравнению с предоперационным показателем – 72% (70; 75), $p<0,05$.

Тенденция к повышению уровня $ОФВ_1$ сохранялась с увеличением срока послеоперационного периода и через 2 года наблюдения составила 90% (89; 95). Повышение уровней ЖЕЛ и ФЖЕЛ происходило

соответственно повышению $ОФВ_1$, достоверные различия были зафиксированы через 1 год наблюдения. Через 2 года уровень ЖЕЛ в среднем составил 91% (85; 93), ФЖЕЛ – 90% (89; 93) против дооперационных показателей в 80% (74; 82) и 76% (73; 81) соответственно ($p<0,05$).

Проведена оценка изменения показателей международного теста по контролю над астмой АСТ в различные сроки послеоперационного периода. Результаты представлены на рисунке.

Хотя различия при сравнении подгрупп в разные сроки в большинстве своем не достигли статистически значимого уровня, отмечено постепенное повышение количества баллов в зависимости от увеличения сроков послеоперационного периода у всех наблюдаемых больных. Так, у 2 пациентов с легкой персистирующей астмой в сроки 1 год и более выявлены показатели полного контроля над астмой – 25 баллов. Среди больных со средней тяжестью астмы в сроки наблюдения 1 и 2 года отмечено статистически достоверное повышение ($p<0,05$) среднего уровня баллов, при этом у 5 человек зафиксирован хороший уровень контроля над астмой – от 20 до 22 баллов, а у 1 пациента через 2 года отмечен полный контроль над астмой – 25 баллов. У больных с тяжелой астмой также отмечено увеличение среднего балла, хотя и не достигшее статистической достоверности: по 20 баллов через 1 год и более по сравнению с 15 баллами до операции.

Средний показатель теста АСТ по всей группе также увеличивался, различия достигли статистической значимости ($p<0,05$) через 6 месяцев – 20 (18; 22) баллов; медиана показателя через 2 года составила 22 (20; 25) балла, $p=0,03$.

Обсуждение результатов

Положительная клиническая динамика, уменьшение потребности в медикаментах, улучшение показателей спирометрии и полностью контролируемое течение астмы (25 баллов по вопроснику АСТ) позволили курирующему пульмонологу снизить 2 пациентам с легкой персистирующей астмой степень тяжести заболевания на легкую интермиттирующую. Один пациент из этой подгруппы остается на прежней степени астмы, у него отмечается улучшение по всем наблюдаемым показателям.

Среди 6 пациентов со среднетяжелой персистирующей формой астмы также отмечены положительные изменения. Одному больному, достигшему полного контроля над астмой (25 баллов по АСТ), в течение срока наблюдения степень тяжести астмы ступенчато через легкую персистирующую к концу 2-го года была снижена до легкой интермиттирующей. Еще 1 пациенту со среднетяжелой формой астмы в течение 2 лет наблюдения уменьшена степень тяжести до легкой персистирующей после соответствующего ступенчатого снижения медикаментозной терапии. Остальные 4 пациента со среднетяжелой формой астмы, продемонстрировавшие улучшение результатов, но в меньшей степени, остаются на прежней степени заболевания.

У 2 больных с исходно тяжелой астмой в послеоперационном периоде также отмечены положительные изменения приведенных выше клинических и инструментальных показателей; снижения степени тяжести астмы этим пациентам не проводилось.

Таким образом, через 2 года наблюдения 3 больных имели легкую интермиттирующую форму, 2 – легкую персистирующую, 4 – средней тяжести персистирующую, 2 – тяжелую форму астмы.

Двухлетнее динамическое диспансерное наблюдение пациентов с астмой позволило обосновать следующую комплексную оценку эффективности антирефлюксного лечения: хороший результат зафиксирован у 6, удовлетворительный – у 5 пациентов с астмой. Неудовлетворительных результатов не отмечено.

Обобщая представленные результаты, можно заключить, что оперативное антирефлюксное лечение у исследованных пациентов оказало выраженное положительное воздействие на течение астмы, которое заключается в уменьшении количества дневных и ночных приступов, снижении потребности в противоастматических медикаментах, улучшении функциональных показателей дыхания и уровня контроля над данным заболеванием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов Д. Ю., Матвеев Н. Л., Мацак В. А. Исследование эффективности лапароскопических фундопликаций при хирургическом лечении ГЭРБ // Эндоскопич. хирургия. – 2008. – Т. 14. № 3. – С. 27–34.
2. Бурков С. Г., Арутюнов Т. А. Бронхолегочная и орофарингеальная патология и ГЭРБ // Клинич. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2007. – № 1. – С. 35–41.
3. Иванова О. В., Исаков В. А., Морозов С. В., Федулов Д. С., Цодикова О. М. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Русский медицинский журнал. Бол. органов пищевар. – 2004. – № 2. – С. 15–21.
4. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Пособие для врачей. – М., 2005. – 30 с.

5. Луцевич О. Э., Галлямов Э. А., Преснов К. С., Гвоздик В. В., Макушин А. А. Выбор способа эндохирургических антирефлюксных вмешательств при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2012. – Т. 7. № 1. – С. 117–118.

6. Маев И. В., Юрнев Г. Л., Бурков С. Г. Внепищеводные проявления ГЭРБ // Терапевт. архив. – 2007. – Т. 79. № 3. – С. 57–66.

7. Палеев Н. Р., Исаков В. А. и соавт. ГЭРБ и патология органов дыхания: доказательства взаимосвязи и нерешенные проблемы // Вестн. Рос. академии мед. наук. – 2005. – № 6. – С. 3–7.

8. Пучков К. В., Филимонов В. Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – М.: «Медпрактика-М», 2003. – 171 с.

9. Рощина Т. В. Супраэзофагеальные проявления ГЭРБ // Клинич. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 1. – С. 27–30.

10. Циммерман Я. С., Воложанина Л. Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенез, клиника, диагностика и лечение // Клиническая медицина. – 2005. – № 9. – С. 16–24.

11. Черноусов А. Ф., Шестаков А. Л., Тамазян Г. С. Рефлюкс-эзофагит. – М.: ИЗДАТ, 1999.

12. Fass R., Achem S. R., Harding S., Mittal R. K. Review article: supra-oesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux disease and the role of night-time gastro-oesophageal reflux // Aliment pharmacol ther. – 2004. – № 20 (suppl. 9). – P. 26–38.

13. Gislason T., Janson C., Vermeire P. Respiratory symptoms and nocturnal gastroesophageal reflux: a population-based study of young adults in three European countries // Chest. – 2002. – № 121 (1). – P. 158–163. doi:10.1378/chest.121.1.158.

14. Malagelada J. R. Review article: supraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease // Aliment. pharmacol. ther. – 2004. – Vol. 19, suppl. 1 – P. 43–48.

15. Parsons J. P., Mastronade J. G. Gastroesophageal reflux disease and asthma // Cur. opin. pulm. med. – 2010. – № 16. – P. 60–63.

Поступила 27.01.2014

Э. А. ДЯГТЯРЬ¹, А. Г. СИРАК², И. М. БЫКОВ¹, Л. В. АКОПОВА¹

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ СТОМАТИТЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ПОМОЩЬЮ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА

¹Кафедра фундаментальной и клинической биохимии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 355063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²кафедра стоматологии ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310; тел. (8652) 350551. E-mail: kafedrastom@yandex.ru

Исследование посвящено изучению роли нарушений в гигиене полости рта и плохом уходе за зубными протезами в формировании патологического процесса в области протезного ложа. Всего обследовано 178 пациентов, постоянно пользующихся съемными зубными протезами, которым был поставлен диагноз «стоматит зубного ряда». С помощью цитологического метода установлено, что при клинических признаках стоматита зубных рядов в цитограммах отпечатков отмечались нарастание дистрофических изменений клеток плоского эпителия, пласты полуразрушенных лимфоидных элементов, резко возрастает число сегментоядерных нейтрофилов и мононуклеаров до 60–70 в поле зрения. Наличие в цитограммах клеток плоского эпителия, контаминированных микроорганизмами, служит диагностическим признаком плохой гигиены полости рта и указывает на высокий риск развития воспалительных процессов в зоне протезного ложа. Установлено, что цитологический метод позволяет достаточно точно оценить гигиеническое состояние полости рта в области протезного ложа, что имеет важное диагностическое значение для определения тактики проведения лечебно-профилактических мероприятий при стоматите зубных рядов.

Ключевые слова: стоматит зубных рядов, гигиена полости рта, цитологический метод.