DOI: 10.26693/jmbs06.04.091

УДК 616.24-007.272:616.329-002

Лях О. І., Товт-Коршинська М. І., Дербак М. А.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Мета роботи - вивчити особливості клінічного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень у поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.

Матеріал та методи. Проведено ретроспективне дослідження 138 пацієнтів, які знаходились на лікуванні у пульмонологічному відділенні з приводу загострення захворювання та амбулаторному лікуванні у лікаря-гастроентеролога.

Було сформовано 3 групи пацієнтів: 1 група (n=60) – пацієнти з хронічним обструктивним захворюванням легень в поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, 2 група (n=42) – пацієнти з хронічним обструктивним захворюванням легень без ознак гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, які проходили лікування з приводу загострення захворювання, та 3 група (n=36) – хворі на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, які лікувалися амбулаторно. Хворі були однорідні за віком, стадією захворювання і тривалістю хвороби. Середній вік обстежуваних складав $55 \pm 1,64$. Серед обстежуваних пацієнтів за статтю переважали чоловіки – 78,4% (80 із 102).

Було досліджено основні клініко-анамнестичні особливості перебігу поєднаної патології. Описано значення оцінки функціональних змін показників спірограми у даній категорії пацієнтів.

Результати. У показниках функції зовнішнього дихання у хворих усіх груп виявлено достовірне зниження показників функції зовнішнього дихання.

У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою збільшується частота загострень, які пов'язані з присутністю та вираженістю гастроентерологічних симптомів, а саме посилення печії, відрижки кислим викликає погіршенням респіраторних симптомів, аж до виникнення загострення хвороби з послідуною госпіталізацією. Також у даній групі пацієнтів тривалість перебування в стаціонарі збільшується на $1,5 \pm 0,4$ днів, що пов'язане з тяжким перебігом загострення хронічного обструктивного захворювання легень і необхідністю застосування подвійної дози глюкокортикоїдів для контролю симптомів дихальної недостатності. Серед скарг у пацієнтів з поєднаною патологією переважали позастравохідні прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Висновок. Наявність супутньої гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень розширює і обтяжує клінічні прояви основного захворювання.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, функція зовнішнього дихання, позастравохідні прояви.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дане дослідження виконано в рамках загальнокафедральної теми кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб ДВНЗ «УжНУ» «Поліморбідна патологія при захворюваннях органів травлення, особливості патогенезу, можливості корекції», № державної реєстрації 0118U004365; а також загальнокафедральної теми кафедри внутрішніх хвороб медичного факультету № 2 ДВНЗ «УжНУ» «Клініко-патогенетичні та психосоматичні аспекти поєднаної терапевтичної патології, оптимізація лікувальних підходів», шифр - 3А-2017.

Вступ. Сучасні наукові дослідження все більшу увагу звертають на вирішення численних питань щодо розвитку та прогресування поєднаної патології органів травної та респіраторної систем [1, 2, 3]. Особливу актуальність має проблема ведення хворих з поєднанням гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) [4, 5, 6]. Адже таке поєднання ускладнює діагностику та перебіг захворювань, знижує ефективність лікування та сприяє погіршенню прогнозу [7].

Часте поєднання ХОЗЛ та ГЕРХ пояснюють формуванням наступного патогенетичного кола: ГЕРХ, унаслідок прямої дії соляної кислоти, пепсину та інших інгредієнтів шлункового соку, та ініціювання езофагобронхіального рефлюксу [8, 9, 10], сприяє розвитку бронхоспазму і запального процесу в бронхах, а препарати, що застосовуються при ХОЗЛ та бронхіальній астмі, індукують прогресування ГЕРХ (сприяння релаксації нижнього сфінктера стравоходу) [11].

За спостереженнями Dent J, El-Serag HB et al., ризик розвитку ХОЗЛ у пацієнтів з рефлюкс-езофагітом був у 2 рази вищий, ніж в осіб контрольної групи [12]. За даними Бойко Т.В. ХОЗЛ формує хибне коло, призводячи до розвитку та підтримки

гастроезофагеального рефлюксу через зростання градієнта тиску між грудною та черевною порожнинами [13].

Незважаючи на вагомі докази взаємовпливу цих патологічних станів, клінічний перебіг поєднаної патології ХОЗЛ і ГЕРХ залишаються неповністю вивченими [14]. Розуміння клінічних особливостей коморбідної патології у даної категорії пацієнтів є підґрунтям для розробки діагностичних та лікувальних протоколів ведення даної категорії пацієнтів. Тому поглиблене вивчення клінічного перебігу поєднаної патології хронічного обструктивного захворювання легень у поєднанні з ГЕРХ має наукову і практичну актуальність для сучасної медицини.

Мета дослідження – вивчити особливості клінічного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень у поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.

Матеріал та методи дослідження. Проведено ретроспективне дослідження 138 пацієнтів, які знаходились на лікуванні у пульмонологічному відділенні КНП «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака» з приводу загострення захворювання та амбулаторному лікуванні у лікаря-гастроентеролога у період 2018-2021 рр.

Дослідження проведено відповідно до основних біоетичних норм Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення науково-медичних досліджень із поправками (2000, з поправками 2008), Універсальної декларації з біоетики та прав людини (1997), Конвенції Ради Європи з прав людини та біомедицини (1997). Письмова інформована згода була отримана у кожного учасника дослідження і вжиті всі заходи для забезпечення анонімності пацієнтів.

Критерії включення: хворі із загостренням ХОЗЛ стадія 2 (GOLD II), вік >40 років, об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) складало <60% від належного і відношення об'єму форсованого видиху за 1 секунду до форсованої життєвої ємності легень (ОФВ1/ФЖЄЛ) <70%, приріст ОФВ1 після інгаляції β_2 -агоністом короткої дії менше 12% в порівнянні з вихідним значенням.

Критеріями виключення з дослідження були хворі на злоякісні новоутворення, системні захворювання сполучної тканини, блокади серця, вроджені вади розвитку та серцева недостатність вище II-го функціонального класу за класифікацією Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів.

У свою чергу, діагноз ХОЗЛ підтверджений згідно з наказу МОЗ України №555 від 27.06.2013 року «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» та положеннями, сформульованими

в документі GOLD [2017]. Діагноз гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) виставлявся при наявності відповідних скарг та ФЕГДС та рН-метрії у хворого (наказ МОЗ України № 943 від 31.10.2013 року).

Встановлення діагнозу супутньої патології було верифіковано на попередніх етапах дослідження та лікування. Деяким пацієнтам проводили додаткові методи дослідження для уточнення діагнозу. Усім хворим проведено такі загальноклінічні та лабораторно-інструментальні методи дослідження: ЗАК, ЕКГ, ЕхоКС, спірометрію, пульсоксиметрію. Зворотність бронхообструкції оцінювали за допомогою проби із сальбутамолом.

Було сформовано 3 групи пацієнтів: 1 група (n=60) – пацієнти з ХОЗЛ в поєднанні з ГЕРХ, 2 група (n=42) – пацієнти з ХОЗЛ без ознак ГЕРХ, які знаходилися на лікуванні у пульмонологічному відділенні з приводу загострення захворювання та 3 група (n=36) – хворі на ГЕРХ, які лікувалися амбулаторно. Хворі були однорідні за віком, стадією захворювання і тривалістю хвороби. Середній вік обстежуваних складав $55 \pm 1,64$. Серед обстежуваних пацієнтів за статтю переважали чоловіки – 78,3% (108 із 138).

Статистична обробка результатів досліджень проводилась за допомогою ліцензійних програмних продуктів, які входили до пакету Microsoft Office Professional, 2007. Визначались середня арифметична показника (M), середньоквадратичне відхилення (σ), похибка середньої арифметичної (m), кількість досліджень (n), а також у пропорціях і відсотках із зазначенням довірчого інтервалу (ДІ). Порівняння середніх групових значень та оцінка достовірності відмінностей здійснювалися за параметричними та непараметричними методами варіаційної та рангової статистики із застосуванням t-тесту Стюдента, U-критерію Вілкоксона-Манна-Уїтні. За рівень статистичної достовірності приймалися значення показника вірогідності різниці між групами $p < 0,05$.

Результати дослідження. При проведенні аналізу даних анамнезу у пацієнтів були виявлені такі спільні фактори ризику розвитку ХОЗЛ і ГЕРХ:

- куріння: у групі 1 – 85,0% (51 із 60), у групі 2 – 76,1% (32 із 42). При розрахунку індексу курця (ІК) отримано наступні дані: в групі 1 – $22 \pm 2,48$, в групі 2 – $23 \pm 2,35$ має значення при $p < 0,05$;
- надмірна маса тіла, визначалася за допомогою розрахунку індексу маси тіла (ІМТ) – у групі 1 – 70,0% (42 із 60), у групі 2 – 40,5% (17 із 42) виявлено взаємозв'язок при $p < 0,05$;
- алергічні реакції – у групі 1 – 31,7% (19 із 60), у групі 2 – 26,2% (11 із 42) не встановлено взаємозв'язку при $p < 0,05$.

При опрацюванні даних спірографії у пацієнтів з поєднаною ГЕРХ виявлено достовірно більш ви-

ражене зниження основних показників зовнішнього дихання: ОФВ1, ФЖЕЛ, максимальної об'ємної швидкості повітря на рівні видиху (МОШ) 25%, 50%, 75% співвідношення ОФВ1 / ФЖЕЛ в порівнянні з нормальними значеннями у людей відповідної статі, віку, росту і маси тіла (ОФВ1 > 80%, ОФВ1 / ФЖЕЛ > 70%). У групі з поєднаною патологією показники ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1 / ФЖЕЛ відповідно були 63,2±1,8, 75,5±1,2, 73,3±1,9, 63,2±0,9% і склали достовірну різницю ($p < 0,05$) з аналогічними показниками групи 2 (пацієнти з ХОЗЛ без ознак ГЕРХ), в якій ці показники в середньому склали 66,1±1,4, 78,1±0,7, 75,4±1,7, 65,2±0,7% відповідно (табл. 1).

Таблиця 1 – Розподіл показників спірографії між групами

Показник	Група 1 n=60	Група 2 n=42	Група 3 n=36
ОФВ 1, %	63,2±1,8*	66,1±1,4	81,4±0,4**
ЖЕЛ, %	75,5±1,2	78,1±0,7	83,3±1,3
ФЖЕЛ, %	73,3±1,9*	75,4±1,7	85,3±1,2
ОФВ1/ФЖЕЛ, %	63,2±0,9*	65,2±0,7	88,3±1,2
МОШ 25, %	40,1±1,4*	43,3±1,5	55,3±2,1**
МОШ 50, %	34,3±1,5	36,5±1,3	51,3±1,8**
МОШ 75, %	33,2±1,7*	33,4±2,0	50,1±1,4**

Примітка: Достовірність різниці: * - в порівнянні з хворими групи 2 і 3 при $p < 0,05$

Аналізуючи рентгенологічну картину легень у обох групах хворих майже з однаковою частотою виявлено – постзапальний пневмофіброз (1 група – 63,3% (38 із 60) і 2 група – 66,7% (28 із 42).

При фізикальному огляді у 102 пацієнтів у 77,5% (79 із 102) грудна клітина була нормальної конфігурації, у 21,5% (23 із 102) – емфізематозної конфігурації. Під час аускультативної у 41,1% (42 із 102) хворих вислуховувались сухі розсіяні хрипи на фоні ослабленого везикулярного дихання над усією поверхнею грудної клітки, а у 20,5% (21 із 102) – вологі хрипи, які міняли локалізацію при покашлюванні, у 10,8% (11 із 102) визначалося послаблене везикулярне дихання з жорстким відтінком, у 17 хворих (10,9%) - жорстке дихання, та у 27,6% (28 із 102) відмічалося незмінне везикулярне дихання (табл. 2).

Скарги характерні для ураження органів травлення та притаманні ГЕРХ, встановлено у 60 із 102 (58,8%) обстежених пацієнтів із ХОЗЛ, що розцінено, як типові стравохідні прояви рефлюксної хвороби. Домінуючими клінічними симптомами ураження верхніх відділів травної системи у хворих на ХОЗЛ була відрижка кислим у 55,0% (33 із 60)

Таблиця 2 – Клінічні ознаки ХОЗЛ у обстежених пацієнтів

Ознака	Група, (абс. /%)	
	1 група (n=60) ХОЗЛ + ГЕРХ (абс. /%)	2 група (n=42) ХОЗЛ (абс. /%)
Задихка:	59/98,3	41/97,6
при фізичних навантаженнях	48/81,7	30/71,4
в спокої	11/18,3	12/28,6
Кашель:	57/95,0	40/95,2
продуктивний, більше зранку, пов'язаний зі зміною положення тіла	26/43,3	29/69,1*
малопродуктивний, протягом доби, у вигляді покашлювання, посилювався при зміні положення тіла	31/51,7*	13/30,9
Наявність мокротиння:	43/71,7	34/80,9
слизового характеру, в'язкої консистенції, білого кольору	17/28,3	12/28,5
слизово-гнійного характеру, в'язкої консистенції, жовтого-зеленого кольору	16/26,7	18/42,8*
слизово-гнійного характеру, в'язкої консистенції, бурого кольору	3/5,0	3/7,1
слизового характеру, рідкої консистенції, прозоре	7/11,6*	1/2,3
Відчуття скутості в грудній клітці	40/66,6	26/61,9
Утруднення дихання	38/63,3	25/59,5
Біль в грудній клітці	18/30,0	16/38,0**
Слабкість, зниження толерантності до фізичних навантажень	52/86,6	35/83,3

Примітки: різниця між показниками у хворих 1 та 2 групи достовірні: * – $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

випадків пацієнтів, ком у горлі у 51,6% (31 із 60) випадків пацієнтів – ($p < 0,01$), печія у 50,0% (30 із 60) випадків пацієнтів, а також дисфагія у 46,6% (28 із 60) випадків пацієнтів – ($p < 0,05$), тоді як у хворих 3 групи (пацієнти з ГЕРХ) – відрижка кислим у 91,6%

(33 із 36) випадків пацієнтів та печія у 80,5% (29 із 36) випадків пацієнтів – ($p < 0,01$). Слід зауважити, що у пацієнтів 3 групи ГЕРХ частіше клінічно проявляється типовою «стравохідною» симптоматикою – у 75,0% (27 із 36) випадків ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблиця 3 – Клінічні ознаки ГЕРХ у обстежених пацієнтів

Ознака	Група, (абс. /%)	
	1 група (n=60) ХОЗЛ + ГЕРХ	3 група (n=36) ГЕРХ
Стравохідні прояви ГЕРХ	(n=34), 56,7	(n=27), 75,0*
печія	30/50,0	29/80,5 **
відрижка кислим	33/55	33/91,6
дисфагія	28/46,7	17/47,2 *
ком у горлі	31/51,7 **	12/33,3
Позастравохідні прояви ГЕРХ	(n=26), 43,3 *	(n=9), 25,0
Отоларингологічні	(n=8), 13,3 *	(n=2), 5,5
першіння у горлі	7/11,6	2/5,5
охриплість голосу	4/6,6	-
Легеневі	(n=14), 23,3 *	(n=3), 8,3
сухий, гавкливий кашель, який посилюється вночі	14/23,3	3/8,3
Кардіологічні	(n=4), 6,6%*	(n=4), 11,1%
загруднинні болі по ходу стравоходу	2/3,3	3/8,3
перебої в роботі серця	2/3,3	1/2,8

Примітки: різниця між показниками у хворих 1 та 3 групи достовірна: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

Під час вивчення причин загострення ХОЗЛ у групі 2 був встановлений їх зв'язок з перенесеною напередодні гострою респіраторною інфекцією верхніх дихальних шляхів у 76,1% (32 із 42) пацієнтів при $p < 0,05$.

Пацієнти в групі 1 відмічали спочатку наростання гастроентерологічних симптомів, а саме посилення печії, відрижки кислим і т.інш., з послідовним погіршенням респіраторних симптомів, аж до виникнення загострення ХОЗЛ при $p > 0,05$.

Оцінюючи тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі виявлено, що в групі

з поєднаною ГЕРХ визначається клінічно значиме збільшення часу перебування на $1,5 \pm 0,4$ днів в порівнянні з групою 2 без супутньої ГЕРХ при $p > 0,05$, що ймовірно пов'язане з тяжчим перебігом загострення ХОЗЛ. В групі з супутньою ГЕРХ 78% (47 із 60) хворих потребували застосування подвійної дози глюкокортикоїдів для контролю симптомів дихальної недостатності.

Оцінюючи ураження слизової оболонки стравоходу у хворих 1 групи LA–C на 14,1% частіше діагностовано при позастравохідній формі ГЕРХ, тоді як у хворих 3 групи, навпаки, LA–C частіше встановлено серед пацієнтів з стравохідною формою ГЕРХ (на 7,4%) – $p < 0,05$. LA–D в обох групах обстежених частіше виявлено серед пацієнтів з стравохідною формою ГЕРХ у 5,8% (2 із 34) хворих 1 та у 3,7% (1 із 27) хворих 3 групи – $p > 0,05$. Слід зазначити, що у хворих 3 групи з позастравохідною формою ГЕРХ не діагностовано LA–D, а серед обстежених 1 групи (при позастравохідній формі ГЕРХ), лише у 3,8% обстежених.

Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ+ГЕРХ часто виявляється кандидозний езофагіт (особливо при стравохідних проявах ГЕРХ) – до 26,5% обстежених хворих ($p < 0,01$). Особливістю ендоскопічної картини у хворих з позастравохідними проявами ГЕРХ на фоні ХОЗЛ є поєднання гастро-езофагального та дуодено-гастрального рефлюксів (ДГР) (до 61,5%) – $p < 0,01$ (табл. 4).

Аналізуючи частоту виявлення *Helicobacter pylori* (Hr), встановлено позитивний гелікобактерний статус у 72,9% (70 із 96).

Гелікобактерна інфекція виявлена у 76,7% (46 із 60) хворих на ХОЗЛ+ГЕРХ та у 58,3% (21 із 36) пацієнтів 3 групи. Аналіз інфікованості *H. pylori* щодо клінічної форми ГЕРХ вказує на більш високу частку виявлення даної інфекції у хворих 1 групи при атиповому перебігу захворювання

Таблиця 4 – Ураження слизової оболонки стравоходу згідно LA-класифікації у хворих на ХОЗЛ+ГЕРХ

Ступінь ураження згідно LA-класифікації	1 група (n=60) хворі на ХОЗЛ+ГЕРХ		3 група (n=36) хворі на ГЕРХ	
	стравохідні прояви ГЕРХ (n=34)	позастравохідні прояви ГЕРХ (n=26)	стравохідні прояви ГЕРХ (n=27)	позастравохідні прояви ГЕРХ (n=9)
Рефлюкс-езофагіт (ступінь важкості відповідно до LA класифікації)				
LA–A	6/17,6%	3/11,5%	12/44,4%	5/55,6%
LA–B	19/55,8%	13/50,0%	9/33,3%	2/33,3%
LA–C	7/20,5%	9/34,7%*	5/18,5%*	2/11,1%
LA–D	2/5,8%	1/3,8%	1/3,8%	-
Кандидозний езофагіт	9/26,5%**	2/7,6%	1/3,7%	-
ДГР	12/35,2%	16/61,5%*	5/18,5%**	1/11,1%

Примітки: різниця між показниками у хворих 1 та 3 групи з стравохідними та позастравохідними проявами ГЕРХ достовірна: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

57,6% (16 із 26), тоді як у хворих з стравохідною формою рефлюксної хвороби інфікованість складає 41,1% (14 із 34).

У хворих 3 групи (ГЕРХ без ХОЗЛ), навпаки, *H. pylori*-інфікованість частіше діагностовано серед хворих з стравохідною формою ГЕРХ, а саме – 62,9% (17 із 27) проти 44,4% (4 із 9) у хворих з позастравохідною формою захворювання.

Ступінь обсіменіння слизової оболонки шлунку *Helicobacter pylori*, який визначено у цитологічних мазках-відбитках біопсій за Аруїном у 66,6% (64 із 96) хворих відповідав 1 ступеню вираженості (табл. 5).

Таблиця 5 – Ступінь обсіменіння слизової оболонки шлунку *Helicobacter pylori* за Аруїном (%) у хворих на ХОЗЛ

Показник	Ступінь обсіменіння слизової оболонки шлунка (СОШ) <i>Hp</i> , (n=96) абс/%			
	високий	середній	низький	бактерії в пре-параті відсутні
ХОЗЛ+ГЕРХ (n=60)	10/16,7	12/20	38/63,3*	0
ГЕРХ (n=36)	4/11,1	6/16,7	26/72,2*	0

Примітка: * – достовірна різниця між ступенями обсіменіння ($p < 0,05$)

Інфікування *Hp*-флорою антрального відділу шлунку спостерігалось у 4 рази ($p < 0,0001$) частіше в порівнянні з тілом шлунка, відповідно 74,1% (71 із 96).

Обговорення отриманих результатів.

Отже, оцінюючи показники функції зовнішнього дихання у хворих усіх груп виявлено достовірне зниження показників МОШ 25, 50,75. У групі з супутньою і без супутньої ГЕРХ – значне зниження, ознака обструкції на рівні дрібних і середніх бронхів, що є характерна особливість ХОЗЛ згідно даних багатьох досліджень [2, 4, 6, 7].

Порівнюючи клінічні симптоми виявлено, що пацієнти у групах 1 і 2 найчастіше скаржилися на задишку (98,3% і 97,6%) і кашель (95,0% і 95,2%) відповідно. Характеристика задишки в обох групах була майже однаковою, а саме: під час фізичних навантажень зареєстрована у 81,7% хворих першої групи і 71,4% другої групи хворих, а в спокої у 18,3% і 28,6% відповідно, при $p < 0,05$.

Кашель у обох групах мав однаковий розподіл, але різні характеристики. Відповідно у групі 1 найчастішим видом кашлю був малопродуктивний – у 51,7% у вигляді покашлювання, який посилювався

при зміні положення тіла з горизонтального на вертикальне та при прийомі їжі, інтенсивність була однаковою протягом доби. У групі 2 частіше зустрічався продуктивний кашель у 69,1%, що турбував більше зранку і посилювався при зміні положення тіла. Наявність мокротиння виявлено у 71,7% хворих у групі 1 і у 80,9% у групі 2. При макроскопічному обстеженні мокроти між групами були виявлені певні відмінності. У хворих групи 1 найчастіше харкотиння було слизове, в'язкої консистенції, білого кольору (у 28,3% хворих), що викликало важкість при відкашлюванні, а у групі 2 найчастіше слизово-гнійного характеру, в'язкої консистенції, жовто-зеленого кольору (у 42,8% хворих при $p < 0,05$). Відчуття скутості в грудній клітці з неможливістю повноцінно здійснити видих знайдено на 5% частіше у хворих групи 1. Також скарги на утруднення дихання, особливо вночі з посиленням задишки (63,3%), слабкість і зниження толерантності до фізичних навантажень, що обмежували працездатність (86,6%) відмічалось частіше у групі 1, в порівнянні з групою 2 відповідно 59,3% і 83,3%. Біль в грудній клітці, який посилювався після кашлю, помірної інтенсивності мали на 8,0% більше пацієнтів у групі 2.

Після детального аналізу скарг встановлено, що частина хворих на ХОЗЛ відмічають першіння у горлі до 11,6% випадків, охриплість голосу до 6,6% випадків, а також надсадний сухий кашель до 23,3% випадків. Хворих на ХОЗЛ, які відмічали за груднинні болі по ходу стравоходу та порушення в роботі серця у 6,6%, що частіше виникало після вживання жирної, смаженої їжі, газованих напоїв та кави, проконсультовано кардіологом, дообстежено і розцінено як позастравохідні прояви ГЕРХ.

У хворих на ХОЗЛ позастравохідна симптоматика ГЕРХ реєструється на 17,8% частіше ($p < 0,05$), а саме – у 23,3% (14 із 60) випадків під «легеневою» маскою та у 13,3% (8 із випадків - ураження отоларингологічних органів. У хворих 3 групи ГЕРХ достовірно частіше клінічно проявляється типовою стравохідною симптоматикою.

Висновки

1. Наявність супутньої ГЕРХ у хворих на ХОЗЛ розширює і обтяжує клінічні прояви основного захворювання та сприяє зниженню показників функції зовнішнього дихання.
2. У хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ГЕРХ частота загострень є вищою і пов'язана з присутністю та вираженістю гастроентерологічних симптомів, а саме посилення печії, відрижки кислим викликає погіршенням респіраторних симптомів, аж до виникнення загострення хвороби з послідувочою госпіталізацією.

3. Тривалість перебування в стаціонарі хворих з поєднаною патологією більша на $1,5 \pm 0,4$ днів, ніж в пацієнтів без поєднаної патології. Це пов'язане з тяжким перебігом загострення ХОЗЛ і необхідністю застосування подвійної дози глюкокортикоїдів для контролю симптомів дихальної недостатності.
4. Щодо клінічних симптомів ХОЗЛ в групі 1 з поєднаною патологією переважав малопродуктивний кашель - у 51,7%, з наявністю харкотиння слизової, в'язкої консистенції. Також відчуття скутості в грудній клітці з неможливістю повноцінно здійснити видих знайдено на 5% частіше у даної групи пацієнтів. Скарги на утруднення дихання, особливо вночі з посиленням задишки у 63,3% пацієнтів, слабкість і зниження толерантності до фізичних навантажень, що обмежували працездатність у 86,6% хворих відмічалася частіше у групі з супутньою ГЕРХ, ніж у групі без поєднаної патології.
5. Найчастішими симптомами ГЕРХ у пацієнтів з ХОЗЛ були позастравохідні симптоми, а саме першіння у горлі до 11,6% випадків, охриплість голосу до 6,6% випадків, а також надсадний сухий кашель до 23,3% випадків. Пацієнти на ХОЗЛ, які скаржилися на за груднинні болі по ходу стравоходу та порушення в роботі серця, що частіше виникало після вживання жирної, смаженої їжі, газованих напоїв та кави, проконсультовано кардіологом, дообстежено і розцінено як позастравохідні прояви ГЕРХ у 6,6% відповідно.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується вивчити патогенез поєданого перебігу хронічного обструктивного захворювання легень у поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, та оцінити якість життя пацієнтів з поєднаною патологією.

References

1. Bobyk LR, Levynska NI, Piddubna AA, Vivsyannik VV, Sazhyn NI. Metabolichni osoblyvosti erozyvno-vyrakovykh urazhen shlunka ta dvanadtsyatypaloi kyshky u khvorykh na khronichne obstruktyvne zakhvoryuvannya lehen [The pathogenetic features of erosive-ulcerative damages of stomach and duodenum in patients with chronic obstructive lung's disease]. *Young Scientist*. 2018; 11(63): 13-16. [Ukrainian]
2. Shevchuk-Budz UI. Clinical and functional features of chronic bronchitis development admixed with a gastroesophageal reflux disease during an additional prescription of lecithine. *Pharm Innovat J*. 2018; 7(4): 488-489.
3. Derbak MA, Boldizhar AA, Sirchak ES, Lazur YaV, Aleksandrova MYa. Kliniko-funktsionalnye osobennosti sochetanogo techeniya bronkhialnoy astmy i gastroezofagealnoy refluksnoy bolezni i ikh korektsiya [Combined course of bronchial asthma and gastroesophageal reflux disease: its clinical, functional peculiarities, and mechanisms of its correction]. *Georgian Med News*. 2017 Nov; (272): 69-74. [Russian]
4. Hashynova KYu. *Khronichne obstruktyvne zakhvoryuvannya lehen: prohnozuvannya perebihu ta optymizatsiya terapiyi z urakhuvannyam lokalnoho urazhennya ta systemnykh proyaviv* [Chronic obstructive pulmonary disease: forecasting the course and optimization of therapy taking into account local lesions and systematic manifestations]. Abstr. Dr. Sci. (Med.). Dnipropetrovsk; 2017. 360 p. [Ukrainian]
5. Shevchuk-Budz UI. The study of clinical and pathogenetic characteristics of the chronic bronchitis course on the background of the aggravating concomitant gastroesophageal reflux. *Pharm Innovat J*. 2018; 7(10): 59-61.
6. Lin YH, Tsai CL, Tsao LI, Jeng C. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) experiences among COPD patients with comorbid gastroesophageal reflux disease. *J Clin Nurs*. 2019 May; 28(9-10): 1925-1935. PMID: 30698890. doi: 10.1111/jocn.14814
7. Makarova HV, Rekalova OM. Osoblyvosti perebihu khronichnoho bronkhitu u khvorykh z suputnoyu hastroezofagalnoyu refluksnoyu khvoroboyu [Features of the course of chronic bronchitis in patients with concomitant gastroesophageal reflux disease]. *Astma y allerhyia*. 2019; (4): 37-42. [Ukrainian]
8. Francis DO. Chronic cough and gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2016; 12(1): 64-6. PMID: 27330507. PMCID: PMC4865789
9. Khalil AM, Trofimov VI, Bibikova AA. Osobennosti techeniya khronicheskoy obstruktyvnoy bolezni legkikh v sochetanii s gastroezofagalnoy refluksnoy boleznyu [Clinical picture of chronic obstructive pulmonary disease combined with gastroesophageal reflux disease]. *Uchenye zapiski SPbGMU im IP Pavlova*. 2012; 19(1): 78-80. [Russian]
10. Khalil AM. Otyagoshchenie techeniya khronicheskoy obstruktyvnoy bolezni legkikh (KhOBL) gastroezofagalnoy refluksnoy boleznyu (GERB) [The burden of the flow of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) gastroesophageal reflux disease (GERD)]. *Vrach-provizor-patsient*. 2011; (1): 17. [Russian]
11. Kryvenko VI, Hrinenko TYu, Pakhomova SP. *Funktsionalni rozlady shlunkovo-kyshkovoho traktu u praktytsi likarya zahalnoi praktyky - simeynoi medytsyny* [Functional disorders of the gastrointestinal tract in practice of general practitioner - family medicine]. Navch posibnik. Zaporizhzhya; 2015. 89 p. [Ukrainian]

12. Dent J, El-Serag HB, Wallander M, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2005; 54(5): 710-7. doi: 10.1136/gut.2004.051821. PMID: **15831922**. PMCID: PMC1774487
13. Boyko TV. Suchasni aspekty diahnozyky hastroezofahealnoi refluksnoi khvoroby [Modern aspects of diagnosis of gastroesophageal reflux disease]. *Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny*. 2017; 2: 8-12. [Ukrainian]
14. Kozub DD. Osoblyvosti perebihu bronkhialnoi astmy u poyednanni z hastroezofahealnoyu refluksnoyu khvoroboyu [Features of bronchial asthma in combination with gastroesophageal reflux disease]. Sumy; 2016. Available from: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/44651> [Ukrainian]

УДК 616.24-007.272:616.329-002

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Лях О. И., Товт-Коршинская М. И., Дербак М. А.

Резюме. *Цель работы:* изучить особенности клинического течения хронического обструктивного заболевания легких в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 138 пациентов, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении по поводу обострения заболевания и амбулаторном лечении у врача-гастроэнтеролога.

Было сформировано 3 группы пациентов: 1 группа (n=60) - пациенты с хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 2 группа (n=42) - пациенты с хроническим обструктивным заболеванием легких без признаков гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, которые проходили лечение по поводу обострения заболевания, и 3 группа (n=36) - больные гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, которые лечились амбулаторно. Больные были однородны по возрасту, стадии заболевания и продолжительности болезни. Средний возраст обследуемых составлял 55±1,64. Среди обследуемых пациентов по полу преобладали мужчины - 78,4% (80 из 102).

Исследованы основные клинико-анамнестические особенности течения сочетанной патологии. Проведена оценка функциональных изменений показателей спирограммы у данной категории пациентов.

Результаты. В показателях функции внешнего дыхания у больных всех групп выявлено достоверное снижение показателей функции внешнего дыхания.

У больных хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью увеличивается частота обострений, связанных с присутствием и выраженностью гастроэнтерологических симптомов, а именно усиление изжоги, отрыжки кислым, что вызывает ухудшение респираторных симптомов, вплоть до обострения болезни с последующей госпитализацией. Также у данной группы пациентов продолжительность пребывания в стационаре увеличивается на 1,5±0,4 дней, что связано с тяжелым течением обострения хронического обструктивного заболевания легких, и необходимостью применения двойной дозы глюкокортикоидов для контроля симптомов дыхательной недостаточности. Среди жалоб у пациентов с сочетанной патологией преобладали внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Вывод. Наличие сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных хроническим обструктивным заболеванием легких расширяет и отягощает клинические проявления основного заболевания

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, функция внешнего дыхания, внепищеводные проявления.

UDC 616.24-007.272:616.329-002

Clinical Characteristics of the Combined Course of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Gastroesophageal Reflux Disease

Liakh O. I., Tovt-Korshynska M. I., Derbak M. A.

Abstract. The comorbid diseases can occur at any stage of bronchial obstruction, and, regardless of the severity or phase of chronic obstructive pulmonary disease, significantly affect disability, increase the frequency of hospitalizations, and increase the cost of medical care.

The presence of concomitant gastroesophageal reflux disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease is an independent aggravating risk factor for exacerbations and is associated with health deterioration of this group of patients.

The purpose of the study was to study the features of the clinical course of chronic obstructive pulmonary disease in combination with gastroesophageal reflux disease.

Materials and methods. Retrospective analysis of 138 patients who were treated in the pulmonology department for exacerbation of the disease and outpatient treatment by a gastroenterologist was carried out.

3 groups of patients were formed: 1 group (n=60) – patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with gastroesophageal reflux disease, 2 group (n=42) – patients with chronic obstructive pulmonary disease without signs of gastroesophageal reflux disease, who were treated in the pulmonology department for exacerbation of the disease and 3 group (n=36) – patients with gastroesophageal reflux disease who were treated on an outpatient basis. The patients were similar in age, stage of disease and duration of illness. The average age of the patients was 55 ± 1.64 . It should be noted, regarding the gender characteristics of the groups, that among the examined patients by gender, men predominated – 78.4% (80 out of 102).

Results and discussion. The main clinical and anamnestic features of the combined pathology were studied. The significance of the assessment of functional changes in spirometry indexes in this category of patients is described.

A significant decrease in external respiration function was revealed in the indicators of the external respiration function in patients of all groups. In the patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with gastroesophageal reflux disease the frequency of exacerbations increases. These exacerbations were associated with the presence and severity of gastrointestinal symptoms, namely increased heartburn, acid regurgitation causes worsening of respiratory symptoms, until the exacerbation of the disease with subsequent hospitalization. Also the length of stay in the hospital of the patients in this group increased by 1.5 ± 0.4 days, which is associated with a severe exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and the need to use a double dose of glucocorticoids to control the symptoms of respiratory failure.

Among the complaints of patients with combined pathology, extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease prevailed.

Conclusion. The presence of concomitant gastroesophageal reflux disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease expands and aggravates the clinical manifestations of the underlying disease.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, gastroesophageal reflux disease, external respiration function, extraesophageal manifestations.

ORCID and contributionship:

Olesya I. Lyakh: 0000-0003-1539-5407 ^{B,C,D}

Mariana I. Tovt-Korshynska: 0000-0002-8763334X ^A

Mariya A. Derbak: 0000-0003-4791-4080 ^{E,F}

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis,
C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article,
E – Critical review, F – Final approval of the article

CORRESPONDING AUTHOR

Olesya I. Lyakh

Uzhhorod national University,
Medical Faculty 2, Department of Internal Medicine
20, Hryboiedova Str., Uzhhorod 88000, Ukraine
tel: +380954498248, e-mail: olesya.lyakh@uzhnu.edu.ua

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 09.06.2021 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування