

ПОЄДНАННЯ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПРАКТИЦІ ПУЛЬМОНОЛОГА

У. І. Шевчук-Будз, М. М. Островський, С. Л. Філіпова

*Івано-Франківський національний медичний університет; кафедра фтизіатрії та пульмонології з курсом професійних хвороб;
м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2; тел. 0968374635*

У статті наведено детальний опис клінічного перебігу поєднаної патології. Проаналізовано джерела літератури з даних захворювань.

Ключові слова: *хронічний бронхіт, гастроєзофагеальна рефлюкс-на хвороба.*

Хвороби органів дихання відносяться до найбільш поширених захворювань людини і в структурі загальної захворюваності вони входять до числа лідерів за кількістю днів непрацездатності.

Хронічний бронхіт – це дифузне неспецифічне запальне ураження бронхіального дерева з прогресуючим перебігом, обумовлене тривалим подразненням бронхів різноманітними шкідливими агентами, що має прогресуючий перебіг, і характеризується порушенням слизоутворення та дренажної функції бронхів, клінічно проявляється кашлем, виділенням харкотиння й задишкою. Клінічним критерієм захворювання є хронічний продуктивний кашель не менше 3-ох місяців на рік протягом 2-х років і більше, наявність у фазі загострення везикулярного дихання із сухими хрипами, статистично 2-3 загострення на рік протягом останніх 2-ох років, рентгенологічні ознаки потовщення стінок бронхів та явище пневмосклерозу.

Як свідчать результати численних епідеміологічних досліджень, загострення хронічного бронхіту (ХБ) наявне від 1 до 4 разів на рік, тому в останні 3-4 десятиліття відзначається зростання частоти хвороб органів дихання практично в усіх країнах світу.

Статистичні дані не достовірно висвітлюють епідеміологічну ситуацію щодо розповсюдження ХБ, оскільки дані базуються на основному показнику звертання пацієнтів у лікувальні установи, але не на гострих чи тяжких випадках, коли пацієнт лікується самостійно в домашніх умовах. Тому показник загострення ХБ може бути значно вищим, що буде мати як медичне, так і соціальне значення.

На даний час хронічні захворювання досить часто поєднуються з уже наявною супутньою патологією, що призводить до погіршення перебігу кожного захворювання зокрема, та ускладнює діагностичний процес, який у подальшому впливає на ефективність лікування доміну-

ючої патології. Тому поєднання даних двох патологій хронічного бронхіту та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) призводить до виникнення синдрому взаємного обтяження та хронічного запального процесу, що негативно впливає на перебіг захворювань і ускладнює діагностичний, терапевтичний процес.

Проблема гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) характеризується широкою розповсюдженістю, з типовим чи нетиповим клінічним перебігом, що призводить до погіршення перебігу захворювання та ускладнює діагностичний процес, який у подальшому впливає на ефективність лікування хвороби. За останні 50 років проблема ГЕРХ не була настільки поширена та актуальна, як в теперішній час, оскільки швидке розповсюдження захворювання, особливо у людей молодого та середнього віку, які є працездатними, призводить до проблем не тільки медичного характеру, але й соціального [4, 5, 6].

У Львівській області було проведено епідеміологічне дослідження серед дорослого населення, у яких були скарги на зригування кислим вмістом шлунка та печію, що становило 30% [2].

За даними вивчення епідеміологічної поширеності ГЕРХ у Харківській області було встановлено показник 26% [3].

В Україні були проведені епідеміологічні дослідження, які показали, що протягом останніх років захворюваність ГЕРХ зросла на 39,3%, переважно за рахунок осіб працездатного віку [1].

Відсутність чітких діагностичних критеріїв та ефективність лікування, яке переважно є довготривалим або пожиттєвим, а також супутня обтяжуюча патологія в цілому негативно впливає на якість життя хворого та знижує працездатність [7].

На сьогоднішній день ГЕРХ характеризується як захворювання з первинним порушенням моторно-евакуаторної функції стравоходу та шлунка. Сприятливими чинниками в розвитку ГЕРХ є зниження тонусу нижнього стравохідного сфінктера (НСС), збільшення числа епізодів послаблення НСС, зниження стравохідного кліренсу: здатності до самоочищення від шлункового рефлюктанту, підвищення внутрішньошлункового тиску, послаблення моторної функції шлунка.

На ризик розвитку ГЕРХ впливає куріння сигарет, нераціональне харчування (кислотоутворюючі продукти, що впливають на зниження тонусу НСС), гіподинамія, вагітність, ожиріння, вживання ліків при супутніх патологіях (бета-блокатори, антихолінергічні засоби, антагоністи кальцію), стресові ситуації. У розвитку ГЕРХ також відіграє важливу роль мікроорганізм *Helicobacter pylori*, який за присутності в слизовій оболонці кардіального відділу шлунка негативно впливає на перебіг рефлюксофагіту [5]. При наявній шлунково-кишковій патології, яка асоційована з *Helicobacter Pylori* активується запальний процес із вивільненням цитокінів та медіаторів запалення, які мають системні ефекти [5].

Останніми роками актуальні проблеми сучасної медицини привертають все більшу увагу фахівців, оскільки позастравохідні прояви ГЕРХ, серед яких має місце хронічний кашель, хронічний бронхіт з частими загостреннями на протязі року, аспіраційні пневмонії, бронхіальна астма обтяжуюче впливають на перебіг супутньої патології [5].

При супутній ГЕРХ та ХБ у хворих виникає поліморфізм позастравохідних скарг, на відміну від ізольованої ГЕРХ. Клінічні симптоми у пацієнтів з ГЕРХ характеризуються інтенсивністю симптоматики (Фадєєнко Г.Д., Крахмалова О.О., 2014).

При клінічних спостереженнях виявлено і доведено, що у хворих на супутню патологію шлунково-кишкового тракту (ШКТ) з інфікуванням Н.рулогі обтяжується протікання хронічного бронхіту [5].

Клінічний випадок 1. Пацієнтка К, 1967 р.н., жителька Тлумацького району знаходилась на дообстеженні та лікуванні у відділенні диференційної діагностики Івано-Франківського обласного клінічного фтизіопульмонологічного центру.

Скарги при поступленні: кашель з виділенням слизисто-гнійної мокроти, інколи у вигляді гнійних згустків з неприємним запахом, нічний кашель приступоподібного характеру, посилення задишки при помірному ступені фізичного навантаження, субфебрилітет, пітливість, загальна слабкість.

Анамнез захворювання: вважає себе хворою з 2014 року, коли знаходилась на лікуванні правобічної пневмонії по місцю проживання, отримувала антибактеріальну терапію, було проведено рентгенологічний динамічний контроль органів грудної клітки – динаміка позитивна. Продовжила амбулаторне лікування під спостереженням дільничного терапевта.

Проте, близько останніх 6 місяців стан погіршився, з'явився кашель із виділенням слизистої, а згодом слизисто-гнійної мокроти, посилилась задишка при помірному ступені фізичного навантаження, субфебрилітет, приступи нічного кашлю. Лікувалась самостійно – стан без покращення. По місцю проживання проведено рентгенографію органів грудної клітки: виявлено зміни інфільтративного характеру в обох легенях, що розцінено, як негативну динаміку. Консультована пульмонологом в поліклініці ОФПЦ, скерована на дообстеження та лікування в діагностичне відділення.

Анамнез життя: перенесена правобічна пневмонія в 2014 р., простудні захворювання, бронхіт. Туберкульоз та венеричні захворювання заперечує. Шкідливих звичок немає. Алергологічний анамнез не обтяжений. Роди 1 – нормальні.

При об'єктивному обстеженні: хвора задовільного відживлення. Шкіра чиста, бліда, ціанозу немає. Язик чистий, вологий. Слизові блідо-рожеві. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Щитовидна залоза не збільшена. Грудна клітка нормостенічна, деформацій не виявлено,

дихання синхронне з обох сторін. Пальпація не болюча. Молочні залози м'які без ущільнень. При перкусії легеневиий звук з притупленням. Над легеньми аускультативно дихання везикулярне, жорстке, сухі жужжачі хрипи з обох сторін. ЧД-18/хв. SpO₂ 99-100%. Тони серця ритмічні, звучні ЧСС – 88 хв. АТ 120/80 мм.рт.ст. Живіт м'який, не болючий при пальпації. Печінка по краю реберної дуги не виступає. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Електрокардіографія (ЕКГ): ритм синусовий, правильний з ЧСС 88. Електрична вісь серця без відхилень. Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса. Помірні зміни в міокарді.

Ехокардіоскопія (Ехо КС): камери серця не поширені. Скоротлива здатність міокарду задовільна.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП): ознаки хронічного холециститу, хронічного панкреатиту, сольового діатезу.

Рентгенографія органів грудної клітки (РТГ ОГК): легеневі поля без вогнищевих та інфільтративних змін. Периваскулярні та перибронхіальні склеротичні зміни. Корені легень структурні. Серце в межах норми. Синуси вільні.

Фібробронхоскопія (ФБС): вхід у трахею вільний. Трахея без змін. Каріна гостра рухома. Слизова бронхіального дерева гіперемована, невелика кількість слизистого харкотиння. Санація.

Комп'ютерна томографія органів грудної клітки: ознаки хронічного бронхіту, пневмосклерозу.

Фіброгастроскопія: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба з ерозіями в нижній третині стравоходу. Еритематозно-ексудативна гастродуоденопатія із незначною підвищеною кислотністю (рН шлункового вмісту 3,5). Дуодено-гастро-езофагеальний рефлюкс. Ознаки дискінезії жовчних шляхів.

Комп'ютерна спірографія: вентиляційна недостатність І ступеня по змішаному типу.

Комп'ютерна спірографія: вентиляційна недостатність не визначається (в динаміці).

У результаті проведеного обстеження, встановлено клінічний діагноз: Хронічний гнійний необструктивний бронхіт, фаза загострення.

Пневмосклероз перибронхіальний. Легенева недостатність І ступеня.

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, еритематозно-ексудативна гастродуоденопатія із незначною підвищеною кислотністю.

На фоні отриманої терапії, що включала муколітики, бронхолітики, інгібітори протонної помпи відмітила стан з покращенням, а саме зменшились кашель та задишка, нормалізувалась температура тіла, покращилась якість життя.

Рекомендовано: спостереження дільничного терапевта, гастроентеролога по місцю проживання. Рентгенологічний та лабораторний контроль через 3 місяці.

Клінічний випадок 2. Пацієнтка С., 1969 р.н., жителька Богородчанського району знаходилась на дообстеженні та лікуванні у відділенні диференційної діагностики Івано-Франківського обласного клінічного фтизіопульмонологічного центру.

Скарги при поступленні: кашель з виділенням слизисто-гнійної мокроти, нічний кашель приступоподібного характеру, посилення задишки при помірному ступені фізичного навантаження, дискомфорт в грудній клітці, пітливість, загальна слабкість.

Анамнез захворювання: вважає себе хворою близько останніх 3-х місяців, поява кашлю з виділенням слизисто-гнійної мокроти, посилення задишки при помірному ступені фізичного навантаження, поява нічного кашлю. Лікувалася самостійно, стан без покращення. Консультована пульмонологом в поліклініці обласного фтизіопульмонологічного центру, скерована на дообстеження та лікування в діагностичне відділення.

Анамнез життя: хронічний бронхіт багато років. Туберкульоз та венеричні захворювання заперечує. Шкідливих звичок немає. Алергологічний анамнез не обтяжений. Роди: 2.

При об'єктивному обстеженні: хвора задовільного відживлення. Шкіра чиста, бліда, ціанозу немає. Язик чистий, злегка обкладений білим нальотом. Слизові блідо-рожеві. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Щитовидна залоза не збільшена. Грудна клітка нормостенічна, деформацій не виявлено, дихання синхронне з обох сторін. Пальпація не болюча. Молочні залози м'які без ущільнень. При перкусії легеневиий звук з притупленням в нижніх відділах. Над легенями аускультативно дихання везикулярне, жорстке, сухі жужжачі хрипи з обох сторін, що збільшуються на форсованому видиху. ЧД-18/хв. SpO₂ 98-99%. Тони серця ритмічні, звучні ЧСС- 75 хв. АТ 110/80 мм рт.ст. Живіт м'який, не болючий при пальпації. Печінка по краю реберної дуги не виступає. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Дані інструментальних методів обстеження.

Електрокардіографія (ЕКГ): ритм синусовий, правильний з ЧСС 75. Електрична вісь серця без відхилень. Помірні зміни в міокарді.

Ехокардіоскопія (Ехо КС): камери серця не поширені. Скоротлива здатність міокарду задовільна.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП): ознаки хронічного холециститу, хронічного панкреатиту.

Рентгенографія органів грудної клітки (РТГ ОГК). Легеневі поля без вогнищевих та інфільтративних змін. Ознаки периваскулярних, пе-

рибронхіальних склеротичних змін. Корені легень структурні. Серце в межах норми. Синуси вільні.

Фібробронхоскопія (ФБС): вхід у трахею вільний. Трахея без змін. Каріна гостра рухома. Слизова бронхіального дерева гіперемована, набрякла, невелика кількість слизистого харкотиння. Санація.

Комп'ютерна томографія органів грудної клітки: ознаки хронічного бронхіту, пневмосклерозу.

Фіброгастроскопія: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. Еритематозно-ексудативна гастродуоденопатія із незначною підвищеною кислотністю (рН шлункового вмісту 3,0). Дуодено-гастро-езофагеальний рефлюкс.

Комп'ютерна спірографія: вентиляційна недостатність I ступеня по змішаному типу.

У результаті проведеного обстеження, встановлено клінічний діагноз: Хронічний гнійний необструктивний бронхіт, фаза загострення.

Пневмосклероз перибронхіальний. Легенева недостатність I ступеня.

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, еритематозно-ексудативна гастродуоденопатія із незначною підвищеною кислотністю.

На фоні отриманої терапії, що включала муколітики, бронхолітики, інгібітори протонної помпи додатково було призначено препарат ліпін, який використовувався інгаляційно та per os, стан пацієнтки з покращенням: знято дискомфортні відчуття в грудній клітці, зменшилися приступи нічного кашлю, задишки, покращилась якість життя.

Рекомендовано: спостереження дільничного терапевта, гастроентеролога за місцем проживання. Рентгенологічний та лабораторний контроль через 3 місяці.

У цих двох випадках описано приклади перебігу поєднаної патології легеневої системи та шлунково-кишкового тракту, що часто зустрічається практиці лікаря, але не завжди проводиться достатній діагностичний пошук для виявлення причини появи скарг на кашель, задишку чи дискомфорт у грудній клітці, тому потрібно правильно проводити збір анамнезу життя, хвороби, дообстежувати інші органи і системи, для виявлення можливої супутньої обтяжуючої патології.

Література

1. Вдовиченко В.І. Можливості прокінетиків у лікуванні гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / В.І. Вдовиченко, А.В. Острогляд, Я.П. Свердан // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 6. – С. 73-76.
2. Ингибиторы протонной помпы при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: стоит ли ждать полного оправдания надежд или признать легкое разочарование? Часть I / Н.Б. Губергриц, О.А. Голубова, Г.М. Лукашевич, В.С. Рахметова // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – №2 (70). – С. 99-103.

3. ГЕРХ: сучасні уявлення про етіопатогенез, діагностику та лікування (частина I) / Л.В. Журавльова [та ін.]. – 2011. – № 1. – С. 43-49.
4. Лекції по гастроентерології./ А.А. Опарин, А.Г. Опарин, Н.В. Лаврова, Ю.И. Дворяшкіна. – Факт, 2013. – 175 с.
5. Опарин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Проблематика. Диагностика. Лечение / А.А. Опарин, Н.В. Лаврова // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2014. – № 1. – С. 29-36.
6. Острогляд А.В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби в Україні / А.В. Острогляд // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 1 (27). – С. 30-32.
7. Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и Helicobacter pylori. / Г. Д. Фадеенко, А. Е. Гриднев // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – № 1(75). – С. 93-95.
8. Щербинина М.Б. Новые стратегии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / М.Б. Щербинина, Е.В. Закревская, Т.А. Скороход // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 4 (54). – С. 83-89.

Стаття надійшла до редакційної колегії 17.11.2016 р.

*Рекомендовано до друку д.м.н., професором **Василюком С.М.**, д.м.н., професором **Нідзельським М.Я.** (м. Полтава)*

COMBINING OF CHRONIC BRONCHITIS AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PULMONOLOGIST PRACTISE

U. I. Shevchuk-Budz, M. M. Ostrovskij, S. L. Filipova

*Ivano-Frankivs'k national medical university; department of Phthysiology
and Pulmonology with courses occupational diseases;
76018, Ivano-Frankivs'k, Galitsca st., 2; e-mail: starui007@mail.ru*

The detailed description of clinical motion of the united pathology is resulted in the article. The sources of literature are analyzed from the given diseases.

Key words: *chronic bronchitis, gastroezofageal reflux illness.*