

Володкіна Н.О. Реологічні властивості сироватки крові при хронічному обструктивному захворюванні легень у шахтарів-вугільників.

В порівнянні із здоровими шахтарями, у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень вище показники міжфазної активності сироватки крові. На реологічний стан даної біологічної рідини мають свій вплив вік пацієнтів та підземний стаж роботи. Поверхневий натяг крові відображає виразність легеневої гіпертензії, а релаксація сироватки – рівень легеневого судинного опору. Має місце вплив гірничо-геологічних чинників на реологічний стан крові хворих шахтарів.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, шахтарі, кров, сироватка, реологія.

Резюме

Володкина Н.А. Реологические свойства сыворотки крови при хроническом обструктивном заболевании легких у шахтеров-угольщиков.

По сравнению со здоровыми шахтерами, у больных хроническим обструктивным заболеванием легких выше показатели межфазной активности сыворотки крови. На реологическое состояние данной биологической жидкости оказывают свое влияние возраст пациентов и подземный стаж работы. Поверхностное натяжение крови отражает выраженность легочной гипертензии, а релаксация сыворотки – уровень легочного сосудистого сопротивления. Имеет место влияние горногеологических факторов на реологическое состояние крови больных шахтеров.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, шахтеры, кровь, адсорбция, реология.

Summary

Volodkina N.A. Rheological properties of blood serum at coal miners with chronic obstructive pulmonary disease.

At patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) rates of interfacial activity of serum are higher compared with healthy miners. Patients' age and length of service underground exert their influence to the rheological state of the biological fluid. The surface tension of the blood reflects the severity of pulmonary hypertension, and the relaxation of the serum - the level of pulmonary vascular resistance. There are mining and geological factors influence the rheological state of sick miners blood.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, miners, blood, adsorption, rheology.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова

КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

О.В. Єрмоленко

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

За даними епідеміологічних досліджень близько чверті людства мають прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). При цьому захворюваність ГЕРХ продовжує неухильно зростати. Так, за останні 20 років частота виявлення ерозивної форми ГЕРХ зросла з 3,1 до 16%. Висока поширеність ГЕРХ відмічається у США (13-29%), Швеції (17%), Великобританії (10%), Іспанії (10%). Потрібно відмітити що ГЕРХ достатньо серйозно погіршує якість життя пацієнтів незалежно від раси і континенту, а також є достатньо важливою економічною проблемою для системи охорони здоров'я [6].

Серед позастравохідних симптомів провідне місце займають бронхолегеневі «маски» ГЕРХ: епізоди кашлю або експіраторної задишки у нічний час без інших причин, а також фактичне сприяння розвитку органічної пульмонологічної патології з досить серйозним прогнозом [10, 19]. У хворих на ГЕРХ розвиваються аспіраційні пневмонії, бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), при цьому патологічний ГЕРХ є пусковим механізмом нападів задишки та ядухи, переважно вночі [4, 21]. Згідно з літературними даними, у 60–80 % хворих на БА та ХОЗЛ виявляють ГЕРХ. При цьому формується патологічне коло: ГЕРХ за рахунок прямої дії та ініціації езофагобронхіального рефлексу індукує розвиток бронхоспазму і запального процесу в бронхах, у свою чергу препарати, що застосовують при ХОЗЛ, індукують прогресування ГЕРХ. Згідно з літературними даними, приблизно у 75 % пацієнтів з хронічним бронхітом тривалий сухий кашель асоціюється з ГЕРХ [1, 9, 17, 18].

Таким чином, відсутність єдиної думки науковців відносно можливості та характеру взаємного впливу за умов клінічного поєднання

ГЕРХ та ХОЗЛ [2, 3, 20], і, водночас, висока ймовірність взаємообтяження перебігу та взаємообумовленості патогенетичних взаємозв'язків, багато із яких залишаються недостатньо вивченими, вимагають продовження дослідження у цьому напрямку [16]. Тому ми вважали актуальним вивчити особливості клінічних проявів ГЕРХ на тлі ХОЗЛ та вплив комбінації сучасних препаратів езоноту та урсофальку.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Стаття виконувалася відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і являє собою фрагмент теми НДР: «Клініко-патогенетична характеристика, лікування та медична реабілітація гастроезофагальної рефлюксної хвороби у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень» (№ держреєстрації 0113U004379).

Метою роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу ГЕРХ на тлі ХОЗЛ та ефективність використання сучасних препаратів езоноту та урсофальку.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 86 хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ віком від 20 до 59 років, при цьому з таблиці 1 наглядно видно, що зі збільшенням віку хворих частіше зустрічається ГЕРХ на тлі ХОЗЛ. Всі обстежені хворі були розподілені на дві групи – основну (48 осіб) та зіставлення (38 пацієнтів). Для реалізації мети дослідження обидві групи хворих були рандомізовані за віком, статтю та характером перебігу поєднаної патології. Верифікацію діагнозів здійснювали на підставі скарг, даних анамнезу, клінічної картини хвороби, результатів комплексного лабораторного обстеження та інструментальних досліджень згідно з Наказами МОЗ України № 271 (2005) стосовно ГЕРХ [11] та № 128 (2007) – відносно ХОЗЛ [12] та уніфікованим біохімічним методам обстеження хворих [14]. Пацієнти за показаннями були проконсультовані гінекологом, урологом, проктологом, неврологом, психоневрологом та/або психіатром.

Інструментальне обстеження включало проведення:

- Ультразвукового дослідження органів травлення, з метою виключення/уточнення патології біліарного тракту, жовчного міхура, підшлункової залози (сканер ультразвуковий діагностичний «Аloka CCD 1700» з лінійним датчиком з частотою коливань 5 МГц, Японія);
- Esoфагофіброгастроуденоскопії (ЕФГДС) з прицільною біопсією слизової оболонки нижньої третини стравоходу і слизової оболонки антрального відділу препілоричної частини шлунка (гастрофі-

броскоп GIF - XT 30, «Olympus Optical Co. Ltd», Японія). При виявленні рефлекс-езофагіту його ступінь тяжкості оцінювали за результатами ендоскопічного дослідження з використанням Лос-Анджелеської класифікації (1998): ступінь А – один або більше дефектів слизової оболонки розміром менше ніж 5 мм, які розташовані між верхівками двох складок слизової оболонки; ступінь В – один або більше дефектів слизової оболонки розміром понад 5 мм, які розташовані між верхівками двох складок слизової оболонки; ступінь С – один або більше дефектів слизової оболонки, які поширюються на дві складки або більше слизової оболонки, але охоплюють менше ніж 75 % обводу стравоходу; ступінь D – один або більше дефектів слизової оболонки, які поширюються більше ніж на 75 % обводу стравоходу;

- Рентгеноскопічного дослідження органів травлення з сульфатно - барієвої суспензією (виконано чотирьом пацієнтам у зв'язку з відмовою від ЕФГДС);

- Поліпозиційне рентгенологічного дослідження стравоходу з сульфатно - барієвої суспензією в положенні Транделенбурга при підозрі на грижу стравохідного отвору діафрагми;

- Морфологічне дослідження біоптатів слизової оболонки нижньої третини стравоходу на 1 см вище Z- лінії і антрального відділу препілоричної частини шлунка;

- Одномоментне фракційне зондування шлунка з наступним визначенням кислотоутворюючої і секретотворюючої функцій шлунка.

Інструментальне обстеження органів дихання включало в себе проведення:

- Проведення рентгенографії органів грудної клітини в 2 проекціях, яку проводили на апараті КРД 50 «Индиакон»-01 (Росія).

- Дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) у обстежуваних хворих визначали за допомогою комп'ютерного спірографічного апарату «Кардіоплюс» («Метекол», Україна). Оцінювали життєву ємкість легень (ЖЄЛ), форсовану життєву ємкість легень (ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1), індекс Тифно (ОФВ1/ ЖЄЛ), максимальну об'ємну швидкість при видиху 25% ЖЄЛ (МОШ25), максимальну об'ємну швидкість при видиху 50% ЖЄЛ (МОШ50), максимальну об'ємну швидкість при видиху 75% ЖЄЛ (МОШ75). Для оцінки зворотності бронхіальної обструкції проводили тест із бронхолітиком (сальбутамол у дозі 400 мкг), який давали через дозований інгалятор.

Пацієнти обох груп (основної та зіставлення) отримували загальноприйняте лікування ГЕРХ на тлі ХОЗЛ у відповідності до

«Стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення» [13]. Крім загальноприйнятої терапії хворі основної групи додатково отримували урсофальк усередину по 500 мг (1 таблетка) 1 раз на день протягом 10–14 діб приймати наніч та езолонг по 20 мг 1 раз на добу на протязі 4 тижнів поспіль.

Урсофальк містить у своєму складі в якості діючого компоненту урсодезоксихолевої кислоти (УДХК). Виявлено також, що препарати УДХК позитивно впливають на біохімічні параметри оксидативного стресу, зменшують активність ліпопероксидації й покращують ліпідний спектр крові. Підкреслюється, що урсофальк добре переноситься хворими й не викликає ніяких побічних ефектів, у тому числі алергічних. Урсофальк зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату та дозволений до клінічного застосування (Наказ МОЗ України № 494 від 10.08.2011 р.) [15].

Езолонг – це інгібітор протонного насоса, знижує секрецію HCl в шлунку шляхом специфічного інгібування протонного насоса в парієтальних клітинах. Переходячи в активну форму в кислому середовищі секреторних каналців парієтальних клітин СО шлунку, активується та пригнічує протонний насос – H⁺/K⁺ АТФазу. Пригнічує базальну та стимульовану секрецію HCl. Езолонг зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення UA/11328/01/01) та дозволений до клінічного застосування (Наказ МОЗ України № 287 від 18.05.2011 р.) [5].

Саме ці аспекти фармакологічної дії комбінації препаратів езолонгу та урсофальку роблять їх використання при сполученій патології у вигляді ГЕРХ на тлі ХОЗЛ дуже доцільним.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері Intel Pentium III 800 за допомогою одно- і багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel, Statistica 6.1/prof та Statistica), при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних випробовуваннях [7, 8].

Отримані результати та їхнє обговорення

Дані щодо суб'єктивної симптоматики (скарги хворих на стан здоров'я) було проаналізовані окремо у обох групах хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ (основній та зіставлення) (табл. 1).

В цілому клінічна картина ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, у обстежених хворих характеризувалася наявністю симптоматики загострення запального процесу, при цьому відрижку відмічали всі обстежені

хворі, 28 осіб (58,3 %) основної групи та 28 хворих (73,7%) на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ групи зіставлення відмічали відрижку повітрям, а 20 осіб (41,7%) основної групи та 10 пацієнтів (26,3%) групи зіставлення відмічали відрижку кислим; печія була характерна всім хворим з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, на напади задухи, які виникають після їжі скаржилися 39 хворих (81,3 %) основної групи та 30 пацієнтів (78,9%) групи зіставлення; біль в епігастральній області була у 25 пацієнтів (52,1%) основної групи та 21 хворих (55,3%) групи зіставлення.

Таблиця 1

Суб'єктивна симптоматика у обстежених хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ (абс. і %)

| Скарги хворих на стан здоров'я | Групи обстежених хворих | | | | P |
|---|-------------------------|------|-----------------------|------|--------|
| | основна (n=48) | | зіставлення (n=38) | | |
| | абс. | % | абс. | % | |
| Відрижка | 48 | 100 | 38 | 100 | <0,01 |
| Відрижка повітрям | 28 | 58,3 | 28 | 73,7 | <0,01 |
| Відрижка кислим | 20 | 41,7 | 10 | 26,3 | <0,01 |
| Печія | 48 | 100 | 38 | 100 | <0,01 |
| Напади задухи, які виникають після їжі | 39 | 81,3 | 30 | 78,9 | <0,01 |
| Біль в епігастральній області | 25 | 52,1 | 21 | 55,3 | <0,01 |
| Відчуття тяжкості в епігастральній області | 27 | 56,3 | 23 | 60,5 | <0,01 |
| Нудота і блювота | 18 | 37,5 | 9 | 23,7 | <0,01 |
| Дисфагія | 38 | 79,2 | 27 | 71,0 | <0,01 |
| Сухість у роті | 12 | 25,0 | 11 | 28,9 | <0,01 |
| Печіння язика | 9 | 18,8 | 9 | 23,7 | <0,01 |
| Кислий або гіркий присмак у роті | 21 | 43,8 | 20 | 52,6 | <0,01 |
| Біль у ділянці серця | 5 | 10,4 | 3 | 7,8 | <0,001 |
| Перебої в роботі серця | 9 | 18,8 | 7 | 18,4 | <0,01 |
| Відчуття болю, грудки, стороннього тіла в глотці | 27 | 56,3 | 26 | 68,4 | <0,01 |
| Першіння, бажання «прочистити горло» | 17 | 35,4 | 15 | 39,5 | <0,01 |

На відчуття тяжкості в епігастральній області з'являлися скарги 27 обстежених (56,3%) основної групи та 23 особи (60,5%) групи зі-

ставлення, на нудоту та блювання скаржилися 18 хворих (37,5%) основної групи та 9 пацієнтів (23,7%) групи зіставлення. Дисфагія була констатована у 38 осіб (79,2%) основної групи та у 27 пацієнтів (71,0%) групи зіставлення, сухість у роті - відповідно у 12 (25,0%) та 11 (28,9%) обстежених. На печіння язика з'являли скарги 9 обстежених (18,8%) основної групи та 9 осіб (23,7%) групи зіставлення, на кислий або гіркий присмак у роті скаржилися 21 хворих (43,8%) основної групи та 20 пацієнтів (52,6%) групи зіставлення. На біль у ділянці серця з'являли скарги 5 обстежених (10,4%) основної групи та 3 особи (7,8%) групи зіставлення, на перебої в роботі серця скаржилися 9 хворих (18,8%) основної групи та 7 пацієнтів (18,4%) групи зіставлення, відчуття болю, грудки, стороннього тіла в глотці було констатовано у 27 осіб (56,3%) основної групи та у 26 пацієнтів (68,4%) групи зіставлення, першіння, бажання «прочистити горло» - відповідно у 17 (35,4%) та 15 (39,5%) обстежених.

При огляді у 40 хворих (83,3%) основної групи та у 35 пацієнтів (92,1%) групи зіставлення спостерігалася нормальна форма грудної клітки, у 8 осіб (16,7%) основної групи та 3 обстежених (7,9%) групи зіставлення - відмічалася емфізематозна форма грудної клітки, у 39 хворих (81,2%) пацієнтів, що склали основну групу та у 32 осіб (84,2%) групи зіставлення перкуторно виявлявся легеневий звук із коробковим відтінком, у 9 хворих (18,8%) основної групи та у 6 осіб (15,8%) групи зіставлення - ясний перкуторний легеневий звук, у 9 пацієнтів (18,8%) основної групи та у 8 хворих (21,1%) групи зіставлення при огляді було відмічено жорстке дихання, у 32 осіб (66,7 %) основної групи та у 24 пацієнтів (63,1%) групи зіставлення - послаблене везикулярне дихання з жорстким відтінком, у 7 осіб (14,5%) основної групи та у 6 обстежених (15,8%) групи зіставлення - незмінене везикулярне дихання, у 16 хворих (33,3%) основної групи та у 17 пацієнтів (44,7%) групи зіставлення спостерігалися розсіяні сухі хрипи, у 32 осіб (66,7%) основної групи та 21 обстеженого (55,3%) групи зіставлення - відмічались поодинокі сухі хрипи в нижніх відділах (табл. 2).

«Золотим стандартом» і основним верифікуючим методом патології стравоходу залишається ендоскопія з прицільною біопсією з відділів верхнього поверху травного тракту. При необхідності для діагностики недостатності кардіального сфінктера та грижі стравохідного отвору діафрагми ЕФГДС доповнювалася рентгенологічними дослідженнями (42 особи - 48,8%). Дані ендоскопічного обстеження показали, що поєднаний перебіг ХОЗЛ і ГЕРХ розвивався пе-

реважно на тлі хронічного гастриту, хронічного гастродуоденіту, хронічного дуоденіту, а також виразкової хвороби 12-палої кишки. Так, у 59 хворих (68,6%) на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ виявлено хронічний гастрит, у 42 пацієнтів (48,8%) - хронічний гастродуоденіт, у 8 осіб (9,3%) - хронічний дуоденіт. У 49 обстежених пацієнтів (56,9%), за даними ендоскопічного і рентгенологічного досліджень, виявлено недостатність кардіального сфінктера.

Таблиця 2

Об'єктивна симптоматика у обстежених хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ (абс. і %)

| Об'єктивна симптоматика | Частота виявлення симптомів | | | |
|---|-----------------------------|------|--------------------|------|
| | основна (n=48) | | зіставлення (n=38) | |
| | абс. | % | абс. | % |
| Нормальна форма грудної клітки | 40 | 83,3 | 35 | 92,1 |
| Емфізематозна форма грудної клітки | 8 | 16,7 | 3 | 7,9 |
| Легеневий звук із коробковим відтінком | 39 | 81,2 | 32 | 84,2 |
| Ясний перкуторний легеневий звук. | 9 | 18,8 | 6 | 15,8 |
| Дихання жорстке | 9 | 18,8 | 8 | 21,1 |
| Послаблене везикулярне дихання з жорстким відтінком | 32 | 66,7 | 24 | 63,1 |
| Незмінене везикулярне дихання | 7 | 14,5 | 6 | 15,8 |
| Розсіяні сухі хрипи | 16 | 33,3 | 17 | 44,7 |
| Поодинокі сухі хрипи в нижніх відділах | 32 | 66,7 | 21 | 55,3 |

Аналіз структури ГЕРХ у пацієнтів з ХОЗЛ за даними ЕФГДС дослідження стравоходу продемонстрував перевагу ерозивної форми захворювання - 53,5% (46 осіб), неерозивну рефлюксну хворобу діагностовано у 46,5% випадків (40 осіб). Ерозивне ураження стравоходу мало різноманітні ступені: найчастіше діагностували рефлюкс-езофагіт ступеня В (39 осіб, або 45,3 %) та А (36 осіб, або 41,9%), рефлюкс-езофагіти С та D ступеня визначали у 7 (8,1%) та 4 (4,7%) випадків відповідно.

При одномоментному фракційному зондуванні шлунка з наступним визначенням кислотоутворюючої і секретотворюючої функцій шлунка у 40 (46,5%) хворих визначається нормохлоргідрія, у 36 (41,9%) - гіперхлоргідрія зі збереженням функції олушення антрального відділу шлунка. Разом з тим, наявність гіпохлоргідрії у

10 (11,6%) хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ дає підстави припустити наявність додаткових патогенетичних факторів захворювання: гіперреактивності стравоходу і, рідше, лужний рефлюкс, що знаходить підтвердження в літературних джерелах.

При рентгенологічному обстеженні органів грудної порожнини у більшості пацієнтів з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ виявлялось посилення та деформація легеневого малюнку, лінійний пневмофіброз переважно в медіальних та середніх зонах на тлі дифузного пневматозу, при цьому корні легень були посилені, тяжисті. Візуалізувалися також розсіяні тіні бронхів з потовщеними стінками. У переважній частині хворих тінь серця була без змін, купол діафрагми сплюснений, тобто, переважна більшість обстежених пацієнтів мала двусторонній лінійний пневмофіброз та емфізему легень.

Повторне обстеження після завершення курсу лікування в амбулаторних умовах дозволило встановити, що в основній групі (хворі якої додатково отримували комбінацію езолонгу та урсофальку), в більшості випадків – у 41 пацієнта (85,4%) – досягнута стійка клінічна ремісія, у 7 хворих (14,6%) – відмічено значне покращення стану здоров'я, однак залишався помірно виражений астеничний синдром. У групі зіставлення стійка клінічна ремісія досягнута у 28 особи (73,7%), покращення стану здоров'я зі збереженням помірно вираженого астеничного синдрому – у 8 пацієнта (21,1%), наявність нестійкої ремісії ГЕРХ на тлі ХОЗЛ мало місце у 2 хворих (5,2%).

Дійсно, під впливом лікування, що включало додаткове введення комбінації езолонгу та урсофальку, скорочувалася тривалість збереження відрижки повітрям в основній групі хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, відносно групи зіставлення, в середньому на (4,4±0,3) дні ($P<0,05$), складаючи (11,5±0,5) діб та (15,9±0,6) діб відповідно. У хворих в основній групі відрижка кислим відмічалася протягом (12,5±0,4) діб, а у групі зіставлення – в середньому протягом (16,6±0,8) діб, тобто на (4,1±0,6) дні менше ($P<0,01$). Печія у пацієнтів основної групи ліквідувалася у середньому на (9,1±0,6) день, у групі зіставлення – на (15,4±0,7) день, тобто в середньому на (6,3±0,4) день пізніше ($P<0,01$). Напади задухи, які виникають після їжі у хворих основної групи відмічалася протягом (7,5±0,6) діб, а у групі зіставлення – (11,3±0,7) діб, що було на (3,8±0,5) ($P<0,01$) діб довше. Біль в епігастральній області ліквідувалася у пацієнтів, які отримували додатково комбінацію езолонгу та урсофальку, на (7,1±0,4) добу, а у тих, які лікувалися лише за допомогою загальноприйнятих засобів, – на (12,0±0,6) добу, тобто на (4,9±0,3) діб пізніше ($P<0,01$) (табл. 3).

Динаміка суб'єктивної симптоматики показників у хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, під впливом лікування ($M\pm m$)

| Клінічні показники | Тривалість збереження (діб): | | Різниця (діб) | P |
|--|------------------------------|--------------------|---------------|-------|
| | основна (n=48) | зіставлення (n=38) | | |
| Відрижка повітрям | 11,5±0,5 | 15,9±0,6 | 4,4±0,3 | <0,05 |
| Відрижка кислим | 12,5±0,4 | 16,6±0,8 | 4,1±0,6 | <0,01 |
| Печія | 9,1±0,6 | 15,4±0,7 | 6,3±0,4 | <0,01 |
| Напади задухи, які виникають після їжі | 7,5±0,6 | 11,3±0,7 | 3,8±0,5 | <0,01 |
| Біль в епігастральній області | 7,1±0,4 | 12,0±0,6 | 4,9±0,3 | <0,01 |
| Відчуття тяжкості в епігастральній області | 8,6±0,2 | 13,9±0,5 | 5,3±0,4 | <0,01 |
| Нудота і блювота | 4,6±0,5 | 9,9±0,8 | 5,3±0,6 | <0,01 |
| Дисфагія | 8,2±0,5 | 13,9±0,7 | 5,7±0,3 | <0,01 |
| Сухість у роті | 7,1±0,3 | 11,5±0,2 | 4,4±0,5 | <0,01 |
| Сухість губ | 5,2±0,4 | 10,7±1,1 | 5,5±0,2 | <0,01 |
| Печіння язика | 7,1±0,4 | 9,0±0,5 | 1,9±0,3 | <0,01 |
| Кислий або гіркий присмак у роті | 7,6±0,2 | 9,9±0,5 | 2,3±0,4 | <0,01 |
| Біль у ділянці серця | 5,6±0,4 | 8,9±0,8 | 3,3±0,6 | <0,01 |
| Перебої в роботі серця | 8,2±0,5 | 10,9±0,7 | 2,7±0,3 | <0,01 |
| Відчуття болю, грудки, стороннього тіла в глотці | 8,3±0,4 | 13,7±1,1 | 5,4±0,1 | <0,01 |
| Першіння, бажання «прочистити горло» | 6,1±0,4 | 10,5±0,3 | 4,4±0,4 | <0,01 |
| Осиплість голосу | 7,2±0,3 | 12,7±1,1 | 5,5±0,2 | <0,01 |

Відчуття тяжкості в епігастральній області в основній групі зникли на (8,6±0,2) добу, а у групі зіставлення – на (13,9±0,5) добу, різниця між даними термінами становила (5,3±0,4) доби ($P<0,01$), нудота и блювота були присутні в основній групі на (5,3±0,6) доби менше (4,6±0,5), ніж у групі зіставлення, де цей симптом був присутнім протягом (9,9±0,8) діб ($P<0,01$). Дисфагію обстежені основної групи відмічали протягом (8,2±0,5) доби, що було по тривалості менше на (5,7±0,3) доби (у групі зіставлення цей симптом тривав (13,9±0,7) діб; $P<0,01$). Сухість у роті,

у хворих, які отримували запропоноване лікування, ліквідувався скоріше на $(4,4 \pm 0,5)$ доби ($P < 0,01$), ніж у групі зіставлення, становивши відповідно $(11,5 \pm 0,2)$ доби та $(7,1 \pm 0,3)$ доби. Сухість губ в основній групі відмічалася протягом $(5,2 \pm 0,4)$ доби, що було коротше, ніж у групі зіставлення $(10,7 \pm 1,1)$ доби на $(5,5 \pm 0,2)$ доби ($P < 0,01$). Печіння язика в основній групі зникли на $(7,1 \pm 0,4)$ добу, а у групі зіставлення – на $(9,0 \pm 0,5)$ добу, різниця між даними термінами становила $(1,9 \pm 0,3)$ доби ($P < 0,01$), кислий або гіркий присмак у роті були присутні в основній групі на $(2,3 \pm 0,4)$ доби менше $(7,6 \pm 0,2)$, ніж у групі зіставлення, де цей симптом був присутнім протягом $(9,9 \pm 0,5)$ діб ($P < 0,01$).

Біль у ділянці серця обстежені основної групи відмічали протягом $(5,6 \pm 0,4)$ доби, що було по тривалості менше на $(3,3 \pm 0,6)$ доби (у групі зіставлення цей симптом тривав $(8,9 \pm 0,8)$ діб; $P < 0,01$). Перебої в роботі серця, у хворих, які отримували запропоноване лікування, ліквідувався скоріше на $(2,7 \pm 0,3)$ доби ($P < 0,01$), ніж у групі зіставлення, становивши відповідно $(8,2 \pm 0,5)$ доби та $(10,9 \pm 0,7)$ доби. Відчуття болю, грудки, стороннього тіла в глотці в основній групі відмічалася протягом $(8,3 \pm 0,4)$ доби, що було коротше, ніж у групі зіставлення $(13,7 \pm 1,1)$ доби на $(5,4 \pm 0,1)$ доби ($P < 0,01$).

Першіння, бажання «прочистити горло» в основній групі зникли на $(6,1 \pm 0,4)$ добу, а у групі зіставлення – на $(10,5 \pm 0,3)$ добу, різниця між даними термінами становила $(4,4 \pm 0,4)$ доби ($P < 0,01$), осиплість голосу були присутні в основній групі на $(5,5 \pm 0,2)$ доби менше $(7,2 \pm 0,3)$, ніж у групі зіставлення, де цей симптом був присутнім протягом $(12,7 \pm 1,1)$ діб ($P < 0,01$).

Таким чином, в основній групі хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, які додатково до загальноприйнятого лікування отримували комбінацію езолонгу та урсофальку, відмічена більш швидка ліквідація симптоматики захворювання та досягнення стійкої клінічної ремісії, чого не можна сказати про пацієнтів із групи зіставлення. У цих хворих також відмічена позитивна динаміка симптомів захворювання, однак дані ознаки зменшувалися значно повільніше, а тому хворих із стійкою клінічною ремісією з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, була невелика кількість.

Таким чином, отримані дані свідчать про позитивний вплив комбінації субаліну та орнітоксу на клінічні показники у хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, що робить доцільним та перспективним застосування цієї комбінації при лікуванні хворих з даною патологією в амбулаторних умовах.

Висновки

1. Обстежено 86 хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ віком від 20 до 59 років, при цьому відмічено що клінічна картина ГЕРХ досить варіабельна. Серед клінічних ознак, якими характеризувався ГЕРХ на тлі ХОЗЛ на перший план виступали стравохідні та бронхолегеневі, отоларингологічні, стоматологічні, шлункові та кардіальні.

2. Аналіз структури ГЕРХ у пацієнтів з ХОЗЛ за даними ЕФГДС дослідження стравоходу продемонстрував перевагу ерозивної форми захворювання (53,5%) над неерозивною формою (46,5 %).

3. При одномоментному фракційному зондуванні шлунка з наступним визначенням кислотоутворюючої і секретотворюючої функцій шлунка частіше визначається нормохлоргідрія (46,5%) та гіперхлоргідрія (41,9%), ніж гіпохлоргідрія (11,6%).

4. В основній групі хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, які додатково до загальноприйнятого лікування отримували комбінацію езолонгу та урсофальку, відмічена більш швидка ліквідація симптоматики захворювання та досягнення стійкої клінічної ремісії, при цьому в групі зіставлення також відмічена позитивна динаміка симптомів захворювання, однак вони зменшувалися значно повільніше, а тому хворих із стійкою клінічною ремісією ГЕРХ та ХОЗЛ, була невелика кількість.

5. В подальшому при лікуванні хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ планується вивчити ефективність використання сучасних препаратів езолонгу та урсофальку на показники клітинної ланки імунітету.

Література

1. Алексеева Е.П. Особенности клиники, диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных бронхиальной астмой: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни» / Е.П. Алексеева – Москва, 2006. – 24 с.
2. Воронникова Н.А. Рефлюксная патология и синдром бронхиальной обструкции: течение, диагностика, лечение / А.С. Эйберман, Н.А. Воронникова // Актуальные вопросы абдоминальной патологии у детей: Материалы XII конгр. детских гастроэнтерологов России. - М., 2005. - С.13 - 14.
3. Гнатейко О.З. Дуоденальный рефлюкс у детей как причина рефлюкс-гастрита и рефлюкс-эзофагита / О.З. Гнатейко, О.Л. Лычковская [и др.] // Семейная медицина – 2009. - № 2. - С. 48-51.
4. Дудка І.В. Стан деяких показників системи гемостазу у хворих на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу з супровідним хронічним обструктивним захворюванням легень / Матеріали XII Конгресу СФУЛТ (25-28 вер. 2008 р.) . – Ів.-Франківськ, 2008. – С. 31-32.

5. Езолонг: інструкція для медичного застосування / Затверджена 18.05.2011 р. Наказ МОЗ України №287, № реєстраційного посвідчення: УА/11328/01/01.
6. Колісник С.П. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики / С.П. Колісник, В.М. Чернобровий // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 1. – С. 93–97.
7. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морион, 2000. – 320 с.
8. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морион, 2002. – 160 с.
9. Ніколайчук М.В. Особливості поєданого перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та хронічного обструктивного захворювання легень: сучасний стан проблеми / М.В. Ніколайчук, К.О. Дебрецені // Наук. Вісник Ужгород. ун-ту. – 2010. – № 27. – С. 176–178.
10. Палій І.Г. Клінічні маски гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / Палій І.Г. // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 5 (61) – С. 69–76.
11. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» // Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.05. – К., 2005. – С. 45 – 48.
12. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» // Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007. – К., 2007. – С.105–146.
13. Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: методичні рекомендації / Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк [та інші.] – Київ, 2005. – 56 с.
14. Унифицированные биохимические методы обследования больных: методич. рекомендации / Под. ред. Л.Л. Громашевской. – Киев: МЗ Украины, 1990. – 64 с.
15. Урсофальк: інструкція для медичного застосування / Затверджена від 10.08.2011 р., наказ МОЗ України №494.
16. Фролова-Романюк Е.Ю. Ефективність лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби на тлі цукрового діабету 2 типу / Е.Ю. Фролова-Романюк // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 6 (68). – С. 29–31.
17. Халиль А.М. Особенности течения хронической обструктивной болезни легких и в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / А.М. Халиль, В.И. Трофимов, А.А. Бибкова // Ученые записки. СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2012. – Том 19, № 1. – С. 78–80.
18. Халиль А.М. Отягощение течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) / А.М. Халиль, В.И. Трофимов // Врач-провизор-пациент. – СПб, 2011. – № 1. – С. 17.
19. Юренев Г.Л. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (клиника, диагностика, лечение, профилактика): автореф. дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук: спец. 14.00.05 «Внутренние болезни», 14.00.47 «Гастроэнтерология» / Г.Л. Юренев. – Москва, 2007. – 47 с.

20. Casanova C. Increased gastro-esophageal reflux disease in patients with severe COPD / C. Casanova, J.S. Baudet, M. del Valle Velasco // Eur. Respir. J. – 2004. – Vol. 23, № 6. – P.841–845.
21. Franciosi L.G. Markers of disease severity in chronic obstructive pulmonary disease / L.G. Franciosi, C.P. Page, B.R. Celli // Pulm. Pharmacol. Ther. – 2006. – Vol. 19, № 3. – P.189–199.

Резюме

Єрмоленко О.В. Клініко-біохімічні особливості та оптимізація лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу на тлі хронічного обструктивного захворювання легень в амбулаторних умовах.

Обстежено 156 хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) на тлі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в амбулаторних умовах. Поєднання ГЕРХ з ХОЗЛ свідчить про механізм так званого взаємобтяження, коли наявність одного захворювання сприяє клінічним проявам супутньої патології, що надалі визначає тактику лікування цієї групи хворих. Встановлено, що в патогенетичному плані застосування сучасних препаратів езолонгу та урсофальку забезпечує позитивну динаміку клінічних та інструментальних показників у хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, хронічне обструктивне захворювання легень, езолонг, урсофальк, лікування.

Резюме

Єрмоленко О.В. Клинико-биохимические особенности и оптимизация лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне хронического обструктивного заболевания легких в амбулаторных условиях.

Обследовано 156 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) на фоне хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) в амбулаторных условиях. Сочетание ГЭРБ с ХОБЛ свидетельствует о механизме так называемого взаимоотягощения, когда наличие одного заболевания способствует клиническим проявлениям сопутствующей патологии, что в дальнейшем определяет тактику лечения этой группы больных. Установлено, что в патогенетическом плане применения современных препаратов эзометидина и урсолана обеспечивает положительную динамику клинических и инструментальных показателей у больных с ГЭРБ на фоне ХОБЛ.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, эзометидин, урсолан, лечение.

Summary

Ermolenko O.V. Clinical and biochemical characteristics and optimization of the treatment of patients with gastroesophageal reflux disease with chronic obstructive pulmonary disease in ambulatory conditions.

We examined 156 patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) on the background of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in an outpatient setting. The combination of GERD on the background of COPD indicates the mechanism of the burdening when the presence of one disease contributes to the clinical manifestations of concomitant pathologies that further determines treatment of this group of patients. Found that in terms of the use of pathogenic of modern drugs ezolong and ursofalk provides positive dynamics of clinical and instrumental parameters in patients with GERD on the background of COPD.

Key words: gastroesophageal reflux disease, chronic obstructive pulmonary disease, ezolong, ursofalk, treatment.

Рецензент: д.мед.н. Г.П. Победьонна