

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Дербак М.А., Маркович В.П., Сіксаї Л.Т.,

Лазур Я. В., Александрова М.Я.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

Бронхіальна астма (БА) - одне з найпоширеніших хронічних захворювань, яке характеризується не тільки високою розповсюдженістю, але і медико-соціальною значимістю [5]. Сьогодні у світі зареєстровано близько 300 млн хворих БА, а до 2025 р. експерти ВООЗ прогнозують ріст до 400 млн чоловік. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність БА у світі коливається у середньому від 1% до 18% і все частіше зустрічаються важкі її форми [5]. Перебіг БА залежить від багатьох факторів, у тому числі й від супутніх захворювань [2,3]. Комбінація БА з патологією органів травлення є одним з найбільш частих, клінічно різноманітних і важких [3]. Особливий інтерес, у цьому контексті, представляє гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Всесвітньою організацією гастроентерологів ГЕРХ визнана захворюванням ХХІ століття, яке зустрічається від 20 до 50% населення земної кулі [1]. Характерною рисою ГЕРХ є те, що разом з основними симптомами (печія, відрижка) можливі позастраховідні прояви [4].

Mendelson (1946) і Friedland (1966) запропонували термін "рефлюкс-індукована астма" (РІБА), основним механізмом розвитку якої вважається аспірація рефлюксата в дихальні шляхи [3].

Мета роботи: оцінити перебіг БА у хворих з ГЕРХ.

Матеріал і методи. У дослідження включено 112 хворих із середньоважким перебігом екзогенної форми БА, які проходили лікування в пульмонологічному відділенні ЗОКЛ ім. А. Новака протягом 2016-2017 рр. Середній вік обстежених $33,7 \pm 1,8$ року. Чоловіків було 52 (46,4%), а жінок - 60 (53,6%). У 77 хворих БА була асоційована з ендоскопічно позитивною ГЕРХ.

Діагноз БА верифікували відповідно до Міжнародного консенсусу (GINA, 2002), Міжнародної Класифікації Хвороб 10 перегляду (МКХ-10), та вітчизняних протоколів надання медичної допомоги. Діагноз ГЕРХ встановлювали на підставі класичних клінічних симптомів, та результатів інструментальних досліджень (фіброгастродуоденоскопії (ФГДС), і внутрішньостраховідної рН-метрії), з урахуванням Монреальського консенсусу (2006), а також згідно з вітчизняними протоколами надання медичної допомоги.

Для вивчення стану функції зовнішнього дихання (ФЗД) визначали: форсовану життєву ємність легень (FVC), обсяг форсованого видиху за 1 секунду (FEV1), максимальну об'ємну

швидкість видиху в момент, коли в легенях залишається 25% ЖЄЛ, (FEV25%), 50% ЖЄЛ (FEV50%), і 75% ЖЄЛ (FEV75%).

Усі хворі були розподілені на дві групи: 1 група (n=35) - хворі з ізольованою БА і 2 група (n=77) - хворі з БА поєднаною з ГЕРХ. Групи були репрезентативні за віком, статтю та ступенем тяжкості БА і ГЕРХ. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (середній вік $33,5 \pm 1,9$ років). Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням програми Statistica 8.0 for Windows.

Результати досліджень. Аналіз клінічної картини БА, асоційованої з ГЕРХ, показав, що для хворих цієї групи характерна більша частота денних і особливо нічних симптомів БА, ніж при ізольованому перебігові захворювання. Поряд із задишкою (яка зустрічалася в 100% хворих) і кашлю (97,3%) досить часто мали місце позастравохідні прояви ГЕРХ. Найчастішими були: печія та відрижка, які утруднювали дихання, особливо після приймання їжі - у 98,7% і 66,5% хворих, захриплість голосу та першіння в горлі - 65,3% і 58,9% відповідно. Хворі з ізольованою БА також досить часто мали легеневі прояви, але були менш виражені ($p > 0,05$). На кашель і задишку скаржилися 94,6% і 96,8% хворих цієї групи, відповідно. Печія та дисфагія у пацієнтів цієї групи нами не реєструвалася.

Також, хворі із поєднаною патологією частіше перебували в стаціонарі, ніж хворі з ізольованою БА. Частота госпіталізації пацієнтів 2 групи склала $3,4 \pm 0,5$ за рік, а пацієнтів 1 групи - $1,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). При аналізі клінічної картини відзначена статистично достовірна кореляція між частотою виникнення печії та частотою кашлю, що переходив у напади ядухи ($r = 0,59$ при $p < 0,05$).

Більш важкий перебіг БА у хворих із поєднаною патологією характеризувався достовірним зниженням основних показників ФЗД.

Так, у хворих на БА в комбінації з ГЕРХ виявлені більш низькі показники індексу Тіффно (FEV1/ FVC) $61,75\% \pm 1,17$ проти $69,9\% \pm 0,96$ у хворих на БА без ГЕРХ, FEV1 - $66,12\% \pm 0,97$ проти $73,36\% \pm 1,42$ у хворих на БА й FVC - $74,53\% \pm 0,63$ проти $79,82\% \pm 0,82$ у хворих на БА без ГЕРХ ($p < 0,05$).

Аналізуючи активність запального процесу відмічено більш високий вміст лейкоцитів у хворих 2 групи у порівнянні із хворими 1 групи ($12,5 \times 10^9 \pm 0,8$ і $10,5 \times 10^9 \pm 0,5$ відповідно; $p < 0,05$) і еозинофілів ($9,4\% \pm 0,3$ і $6,3\% \pm 0,4$ відповідно; $p < 0,05$). При цитологічному дослідженні харкотиння у хворих 2 групи відзначений вірогідно більш високий вміст еозинофілів, ніж у хворих 1 групи ($39,6 \pm 1,2\%$ і $28,7\% \pm 1,3\%$ відповідно; $p < 0,05$). Також у хворих з комбінацією БА та ГЕРХ відзначався вірогідно ($p < 0,05$) більш високий вміст у крові ІЛ-4 у порівнянні із групою хворих з ізольованою БА та здоровими особами

(92,4±2,6; 68,8±2,3; 3,7±2,4 пг/мл відповідно). При цьому, не встановлено впливу ГЕРХ на рівні IFN- γ і IL-10 і ці показники залишалися вірогідно низькими у пацієнтів обох груп, що потребує подальшого вивчення.

Висновки.

1. У хворих з ГЕРХ спостерігається більш важкий перебіг БА, що підтверджується достовірним зниженням основних показників функції зовнішнього дихання, активізацією запального процесу, переважно алергічного характеру, а також підвищенням рівня інтерлейкіна - 4 у крові. Частота госпіталізацій пацієнтів з БА поєднаною з ГЕРХ у 2 рази перевищує таку у осіб з ізольованою БА.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О.Я. Современный взгляд на проблему гастроэзофагальной рефлюксной болезни. Здоров'я України 2015; 2 (39): 8-9.
2. Бурков С.Г. ГЭРБ и бронхиальная астма: аспекты сочетанной патологии. Здоров'я України 2007; 7/1.
3. Величко В. И., Венгер Я. И., Платонова Е. М. Бронхиальная астма, ожирение и гастроэзофагальная рефлюксная болезнь: возможные механизмы взаимосвязи. Одеський медичний журнал 2013; 3 (137): 57-62.
4. Anand G., Katz P.O. Gastroesophageal reflux disease and obesity. Rev. Gastroenterol. Disord. 2010; 8 (4): 233–239.
5. Beasley R. The Global Burden of Asthma Report, Global Initiative for Asthma (GINA). 2014.

SUMMARY

CLINICAL ASPECTS OF BRONCHIAL ASTHMA IN PATIENTS WITH COMORBIDITY

Derbak M.Yu., Markovitch V. P., Siksay L.Y., Lazur Ya.V., Alexandrova M.Ya.

The work investigates the course of bronchial asthma (BA) in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). It was shown that patients with GERD have a more severe course of BA.