



**EUROPEAN CONFERENCE**

# **Conference Proceedings**



**VI International Science Conference  
«Scientific discussions and solution  
development»**

**Desember 05 – 07, 2022**

**Graz, Austria**

48.	Шапа Н.М., Гапоненко В.С. УПРАВЛІННЯ ВАРТІСТЮ ПРОЕКТУ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	175
49.	Шевчик Б.В., Шевчик Л.О., Кравець Н.Я. РОЛЬ СУЧАСНОЇ ЕКОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЕКОЛОГІЧНИХ МЕНЕДЖЕРІВ	180
MEDICINE		
50.	Reshetnyk L. DETERMINATION OF DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS	183
51.	Shevtsov O., Lytenko M., Diakov M. SPASTICITY OF THE UPPER LIMB	186
52.	Бобро Л.М., Тоткалова В.С., Лозінська О.М. ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА ТА РЕСПІРАТОРНА ПАТОЛОГІЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	189
53.	Драмарецька С.І., Удод О.А., Черепанов Б.Б. ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ І ЗАСОБИ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА	194
54.	Огороднійчук І.В., Патик В.В., Мамонтова Ю.В. ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ БАКТЕРІОЛОГІЧНОЇ ЛАБОРАТОРІЇ РЕГІОНУ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ 740 РСЕУ У 2019 – 2021 Р.Р.	196
55.	Рева Т.В., Гальченко Л.В. ВПЛИВ ПСИХОГЕННИХ СТРЕСІВ НА РОЗВИТОК ТА ПРОГРЕСУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	200
56.	Рева Т.В., Омельчук О.О. ТЕРАПЕВТИЧНА ДІЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІТАМІНУ D У ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ІНФЕКЦІЇ SARS-COV-2	204
57.	Рева Т.В., Ковтунік О.І. ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ	208

# ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА ТА РЕСПІРАТОРНА ПАТОЛОГІЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**Бобро Лілія Миколаївна**

к.мед.н., доц. кафедри загальної практики,  
сімейної медицини та внутрішніх хвороб  
Харківського національного медичного університету

**Тоткалова Вікторія Сергіївна**

студентка  
Харківського національного медичного університету

**Лозінська Олена Максимівна**

студентка  
Харківського національного медичного університету

**Вступ:** Інтерес до гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) визначається насамперед її високою поширеністю і зростанням захворюваності. Крім погіршення самопочуття та зниження якості життя, ГЕРХ у значної частки хворих супроводжується запаленням дистального відділу стравоходу, що у ряді випадків призводить до метаблазії та розвитку аденокарциноми стравоходу.

**Мета:** дослідити проблеми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та респіраторної патології в практиці сімейного лікаря.

**Матеріали та методи:** аналіз матеріалів зазначених джерел ретроспективним методом дослідження.

До найпоширеніших симптомів ГЕРХ належать печія та регургітація. Крім того, виділені позастравохідні прояви, такі як кашель, осиплість голосу, бронхіальна астма, ларингіти, синусити та ін.

В основі патогенезу захворювання лежать моторні дисфункції, що ведуть до порушень антирефлюксних механізмів та виникнення патологічного гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР), зокрема, зниження тиску та часті транзиторні розслаблення нижнього стравохідного сфінктера (НСС), підвищення внутрішньочеревного тиску та градієнта тиску, спрямованого зі шлунка в стравохід.

Джерелом ГЕР є кислотна кишеня, яка виникає внаслідок неадекватної буферної дії їжі у верхній третині шлунка, де відбувається накопичення їжі, тоді як перистальтика здійснюється дистальним відділом шлунка [1]. Важливим фактором, що сприяє виникненню і обтяжує перебіг ГЕРХ, є кіла стравохідного отвору діафрагми (КСОД). Окрім зазначеного вище, відбуваються стимуляція синтезу та вивільнення індукованого окису азоту, який також викликає недостатність НСС [2]. Відбувається замикання порочного кола розвитку ушкоджень слизової оболонки стравоходу та дихальних шляхів.

В даний час є численні свідчення асоціації ГЕРХ з хронічними респіраторними захворюваннями, хоча подібний зв'язок не завжди є однозначним. Непрямим підтвердженням взаємозв'язку між ГЕР та хронічними захворюваннями дихальних шляхів є наявність в анамнезі у пацієнтів з клінічними проявами ГЕРХ (печії та регургітації насамперед) симптомів, що періодично виникають: осиплість голосу, кашель та нічні респіраторні симптоми.

При підозрі на рефлюкс-асоційований хронічний кашель рекомендують проведення пробної кислотопрігнічуючої терапії інгібіторами протонної помпи двічі на день терміном до трьох місяців [3]. Усунення або значне полегшення кашлю після пробної терапії свідчить на користь його асоціації з ГЕРХ.

Для верифікації ГЕР у пацієнтів із хронічним кашлем, за відсутності інших симптомів ГЕРХ, найбільш доцільно використовувати 24-годинний рН-імпедансмоніторинг. Цей метод дає якісну та кількісну характеристику ГЕР, оцінює висоту поширення рефлюксу по стравоходу та зв'язок останнього із симптомами за такими показниками, як індекс симптомів та ймовірна асоціація симптому [4]. У разі підтвердження рефлюксу як причини хронічного кашлю для його усунення доцільно застосовувати курсову антирефлюксну терапію інгібіторами протонної помпи (ІПП).

Доведено, що гастроезофагеальний рефлюкс може провокувати напади бронхіальної астми (БА). Згідно з епідеміологічними дослідженнями, поєднання БА та ГЕРХ зустрічається в 34–89 % випадків [5]. Безсимптомний перебіг ГЕРХ, згідно з даними літератури, відзначається у 24–30% хворих на бронхіальну астму. Серед хворих з поєднанням БА та ГЕРХ відзначено високу поширеність кил стравохідного отвору діафрагми та рефлюкс-езофагітів.

ГЕРХ може відігравати роль у формуванні картини бронхіальної астми як за рахунок ваго-вагального рефлексу, так і за рахунок прямої мікроаспірації рефлюктату, потрапляння якого в просвіт бронхів провокує бронхоспазм. Високі рефлюкси можуть викликати рецидивуючий аспіраційний синдром із розвитком хронічного кашлю, бронхіту, хімічного пневмоніту та бактеріальних пневмоній. Для верифікації ГЕР хворим на бронхіальну астму також рекомендується проведення 24-годинного імпедансмоніторингу, езофагогастроуденоскопії.

Існує думка, що тривала терапія лансопразолом 30 мг на добу сприяє зниженню частоти загострень обструктивної хвороби легень, а також зниженню вироблення запальних інтерлейкінів [6]. Проте, за даними Parsons J. P. та Mastrorade J. G. [5], лікування безсимптомної ГЕРХ у астматиків інгібіторами протонної помпи не покращує контроль над астмою за оцінками легеневої функції, не впливає на частоту загострень та на показники якості життя хворих. Отримані результати свідчать, що практика проведення рутинної антирефлюксної терапії пацієнтам з погано контрольованою легкою та помірною астмою у поєднанні як із симптоматичною, так і безсимптомною ГЕРХ не приносить користь пацієнтам.

Систематичне застосування бронхолітиків, що знижують тонус стравохідного сфінктера, поряд з іншими патофізіологічними механізмами у

вигляді опущення діафрагми та підвищення торако-абдомінального градієнта тиску роблять пацієнтів із бронхообструктивною патологією найбільш уразливими щодо розвитку ГЕРХ. Про це свідчать результати мета-аналізу [7], згідно з яким ризик загострення ХОЗЛ у хворих з ГЕРХ у сім разів перевищував такий порівняно з хворими, які не мали ГЕРХ в анамнезі. Серед пацієнтів, які отримували антирефлюксну терапію та не мали симптомів ГЕРХ на фоні лікування, кількість щорічних загострень ХОЗЛ демонструє тенденцію до зниження [8].

На сучасному етапі ГЕР розглядають як один із факторів, здатних негативно впливати на стан легень у хворих з легенеvim фіброзом. Так, за даними дослідження [9] 46 хворим з ІФЛ провели 24-годинну рН-метрію, за результатами якої 68,6% обстежених мали ризик мікроаспірації. Про закидання вмісту шлунка в стравохід свідчить і виявлення пепсину в бронхоальвеолярній рідині хворих із загостренням ІФЛ.

У пацієнтів із поєднанням ГЕРХ та ІФЛ визначають достовірне зниження тонузу верхнього стравохідного сфінктера, більш частий проксимальний рефлюкс та уповільнення кліренсу кислоти порівняно з пацієнтами із ізольованою ГЕРХ. Тому на ранніх стадіях діагностики ІФЛ у поєднанні з ГЕРХ у пацієнтів з ризиком аспірації має розглядатися питання про хірургічне лікування ГЕРХ, яке може виявитися ефективнішим у запобіганні прогресу хвороби легень [10].

Ретроспективні когортні дослідження останніх років показали, що у випадках підтвердженого ГЕР антирефлюксна терапія ІПП або блокаторами H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів уповільнює прогресування легеневого фіброзу, покращує якість та збільшує тривалість життя хворих [11]. Цей ефект пояснюється інгібуючою дією езомепразолу на проліферацію легенеvim фіброblastів та зниженням вироблення розчинного колагену [12].

В останні роки з'явилися цікаві публікації про вплив ГЕРХ на легеневу симптоматику у дорослих та дітей, хворих на муковісцидоз (МВ). Отримані дані свідчать, що кашель при муковісцидозі не завжди пов'язаний із основним захворюванням, а може бути асоційований із кислим рефлюксом. Передбачається, що раннє виявлення безсимптомного патологічного рефлюксу та своєчасно проведена антирефлюксна терапія можуть позитивно впливати на легеневу функцію у хворих на муковісцидоз [13].

В даний час всім пацієнтам із затяжним перебігом захворювань бронхолегеневої системи та ЛОР-органів за відсутності ефекту від традиційного лікування з метою виключення або підтвердження патологічного ГЕР рекомендується проводити комплексне обстеження: езофагогастродуоденоскопію та 24-годинний імпеданс-рН-моніторинг.

У разі підтвердження ГЕРХ-асоційованої природи респіраторної патології слід призначати антисекреторну терапію поряд із фізичними методами – підняття головного кінця ліжка, зниження ваги, дієтотерапія та ін [14]. При усуненні симптомів переходять на режим підтримуючої терапії, яка проводиться за тими ж схемами, що і при ГЕРХ із типовою клінічною картиною.

**Висновок:** Своєчасна діагностика та адекватне лікування ГЕРХ у хворих з бронхолегеневою патологією можуть запобігти розвитку тяжких ускладнень та підвищити якість життя хворих у цілому. У свою чергу лікування позастравохідних проявів має проводитися з урахуванням перебігу ГЕРХ і включати співробітництво лікарів різних спеціальностей - пульмонологів, гастроентерологів, сімейних лікарів, рентгенологів, хірургів.

**Список літератури:**

1. Beaumont H., Bennink R. J., de Jong J., et al. The position of the acid pocket as a major risk factor for acidic reflux in healthy subjects and patients with GORD.— *Gut*. — 2010, Vol. 59. — P. 441–451.
2. Lazebnik L. B., Bordin D. S., Drozdov V. N., Varvanina G. G., Kozhurina T. S., Heterogeneity of nitric oxide synthase in distal esophagus of patients with gastroesophageal reflux disease. — *Gastroenterology*. — 2010. — Vol.5, Suppl.1. — P. S-558.
3. Smith JA, Woodcock A. Chronic Cough. *N Engl J Med*. 2016 Oct 20; 375(16):1544–1551.
4. Бордин Д.С., Янова О.Б., Валитова Э.Р. Методика проведения и клиническое значение импеданс-мониторинга. Методические рекомендации М. — 2013. — 28 с.
5. Parsons J. P., Mastrorade J. G. Gastro-esophageal reflux disease and asthma. *Curr Opin Pulm Med*. — 2010, — Vol. 16(1). — P. 60–3.
6. Xiong W., Zhang QS., Zhao W. et al. A 12-month follow-up study on the preventive effect of oral lansoprazole on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Exp Pathol*. 2016 Apr; 97(2):107–13.
7. Sakae TM, Pizzichini MM, Teixeira PJ, Silva RM, Trevisol DJ, Pizzichini E. Exacerbations of COPD and symptoms of gastroesophageal reflux: a systematic review and meta-analysis. *J Bras Pneumol*. — 2013, Vol. 39(3) — P. 259–271.
8. Rascon-Aguilar IE, Pamer M, Wludyka P, Cury J, Coultas D, Lambiase LR, et al. Role of gastroesophageal reflux symptoms in exacerbations of COPD. *Chest*. — 2006, Vol. 130(4) — P. 1096–1101.
9. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. *Am J Respir Crit Care Med* — 2011, Vol.183-P. 788–824.
10. Allaix ME, Fisichella PM, Noth I, Herbella FA, Borraez Segura B, Patti MG. Idiopathic pulmonary fibrosis and gastroesophageal reflux. Implications for treatment. *J Gastrointest Surg*. 2014 Jan; 18(1):100–4.
11. Lee JS, Collard HR, Anstrom KJ et al. Anti-acid treatment and disease progression in idiopathic pulmonary fibrosis: an analysis of data from three randomised controlled trials. *Lancet Respir Med* 2013; 1:369–76.
12. Ghebremariam YT, Cooke JP, Gerhart W et al. Pleiotropic effect of the proton pump inhibitor esomeprazole leading to suppression of lung inflammation and fibrosis. *J Transl Med*. 2015 Aug 1; 13:249–269.