

Частота й структура легеневих ускладнень при ГСОД: дані власних спостережень та огляду літератури

Ставнійчук Роман Володимирович, магістрант кафедри хірургії № 2, студент 5 групи 6 курсу, БДМУ
Рева Володимир Борисович-к.мед.н., доц., доцент закладу вищої освіти кафедри хірургії № 2, БДМУ

Вступ.

ГСОД супроводжується порушенням антирефлюксного бар'єра й регургітаціями, які найчастіше турбують у горизонтальному положенні та під час сну.

Саме в ці періоди виникають мікроаспірації, що запускають каскад респираторних подій: від нічного кашлю й епізодів задухи — до хронічного бронхіту та аспіраційних пневмоній; у частини хворих формується астма або бронхіт з астматичним компонентом. За нашими даними, частка пацієнтів із регургітаціями сягає 16,8–37%.

Мета.

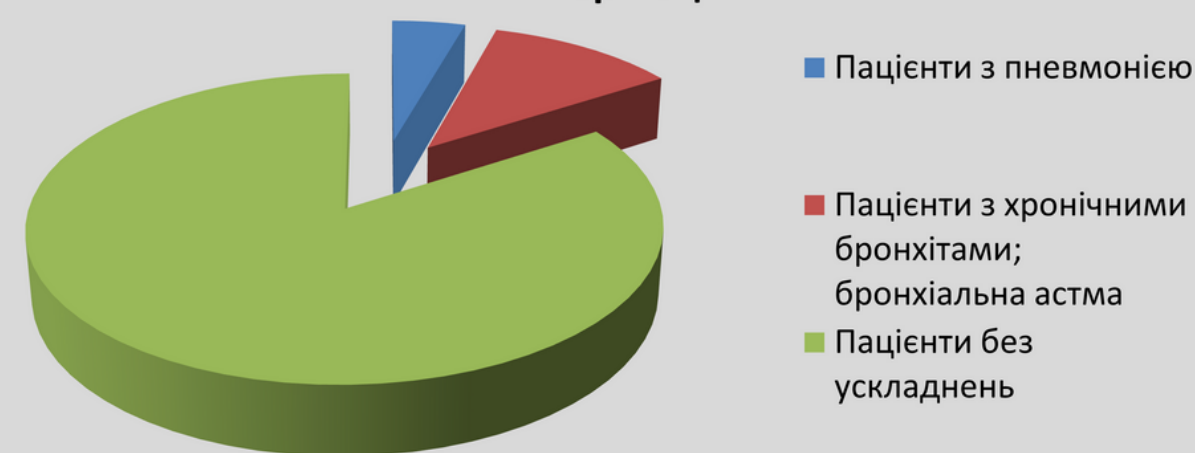
Оцінити частоту та описати структуру легеневих ускладнень у хворих із ГСОД за матеріалами власних спостережень і короткого огляду літератури.



Матеріали та методи.

Проаналізовано 114 хворих із ГСОД, які знаходились на лікуванні у першому хірургічному відділенні ЛШМД м. Чернівці. Супутню патологію фіксували за історіями хвороби; хронічні бронхолегеневі захворювання виявлено у 11,97% пацієнтів.

Пацієнти із ГСОД, які знаходились на лікуванні у першому хірургічному відділенні ЛШМД м. Чернівці.



Результати.

За період спостереження серед 114 пацієнтів із ГСОД зареєстровано 5 випадків нижньодольової пневмонії (4,39%); усі хворі отримали інтенсивну респираторну реабілітацію. В кожному з цих випадків в анамнезі були курси лікування хронічного обструктивного бронхіту, що підкреслює роль фонові бронхолегеневої патології. Клінічні прояви узгоджуються з аспіраційним механізмом: нічні регургітації (16,8–37%) спричиняють мікроаспірацію та ведуть до кашлю, епізодів задухи, хронічного бронхіту, аспіраційних/хронічних пневмоній, інколи — астми. Додатково підтверджено зв'язок ГЕР і астми: приблизно третина астматиків поза загостренням має рефлюкс, а серед осіб із ГЕР у 9 із 63 ($\approx 14,3\%$) згодом розвинулась астма.

Зв'язку між розміром кили та вираженістю легеневих проявів не виявлено; визначальними для ризику є функціональні та клінічні маркери — вираженість рефлюксу, частота нічних регургітацій і супутня бронхолегенева патологія.

Висновки.

1. Серед пацієнтів із ГСОД, які перебували на лікуванні, частота клінічно значущих епізодів пневмонії становила 4,39% (5 із 114). Водночас бронхолегеневу патологію загалом було виявлено у 11,97% пацієнтів.
2. Структура респираторних ускладнень охоплює: хронічний бронхіт; аспіраційні гострі та хронічні пневмонії; бронхіальну астму.
3. Провідний механізм розвитку легеневих ускладнень є нічні регургітації з аспірацією шлункового вмісту.
4. Розмір кили не є надійним прогностичним показником тяжкості легеневих проявів у хворих із ГСОД.
5. Предиктори ризику: наявність і вираженість гастроєзофагеального рефлюксу; частота та інтенсивність нічних регургітацій.