

лечении инфицированных ожоговых ран кожи в эксперименте [Текст] / В. В. Алипов, Е. А. Добрейкин, А. И. Урусова, П. А. Беляев // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2014. - № 3(47). - С.140-144.

12. Добрейкин, Е. А. Экспериментальное обоснование сочетанного применения наночастиц меди и низкоинтенсивного лазерного облучения при хирургическом лечении инфицированных ожоговых ран кожи [Текст]: автореф. дис... канд. мед. Наук: 14.01.17 / Е. А. Добрейкин. - Воронеж, 2015.- 24 с.

13. Бабушкина, И. В. Наночастицы металлов в лечении экспериментальных гнойных ран / Бабушкина И. В. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Том 7, № 2. С.- 530-533.

14. Румянцев, В. А. Электронно-микроскопические свойства нового противомикробного нанопрепарата на основе гидроксида медиальция [Текст] / В. А. Румянцев, Г. А. Фролов, А. В. Блинова [и др.] // Вестник Авиценны. – 2021. – Т. 23, № 4. – С. 532-541. – DOI 10.25005/2074-0581-2021-23-4-532-541.

15. Автандилов, Г. Г. Основы количественной патологической анатомии: Учебное пособие для слушателей последипломного образования [Текст] / Г. Г. Автандилов. - М.: Медицина, 2002. - 238 с.

УДК: 616.24–002–07+616.329

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ, СОЧЕТАННОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

1Бисов А.С. <https://orcid.org/0009-0007-0157-6465>

2Победенная Г.П. <https://orcid.org/0009-0005-5671-3848>

3Козицкая Ю.В. <https://orcid.org/0009-0009-9869-9326>

¹ ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» Минздрава России

³ ГУ «ЛРКБ ММЦ» ЛНР

Резюме. Исследовано клиническое течение внегоспитальной пневмонии (ВП), сочетанной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) у 67 пациентов, в т.ч. ВП с ГЭРБ – 38 человек, ВП без ГЭРБ – 29 больных. Выявлено, что у пациентов с ВП, сочетанной с ГЭРБ, отмечается более тяжелое течение ВП, чем у пациентов без ГЭРБ и дополняется большей частотой астенического синдрома,

внепищеводными и пищеводными проявлениями ГЭРБ. У пациентов с ВП, сочетанной с ГЭРБ, увеличивается частота респираторных внепищеводных проявлений, что, по сравнению с пациентами с ВП без ГЭРБ, утяжеляет проявления респираторного синдрома. Показатель СРБ у пациентов с ВП, сочетанной с ГЭРБ, выявляется в 1,3 раза выше, чем у больных с ВП без ГЭРБ, что отражает более высокий уровень системного воспаления при коморбидной патологии и предполагает больший объем лечебных усилий.

Ключевые слова: внегоспитальная пневмония, ГЭРБ.

GASTROEZOFAGIAL REFLYUKS KASALLIGI BILAN BIRLASHTIRILGAN KASALXONADAN TASHQARI PNEVMONIYANING KLINIK VA MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI

1Bisov A. S. <https://orcid.org/0009-0007-0157-6465>

2G'olib G. P. <https://orcid.org/0009-0005-5671-3848>

3Kozitskaya Yu. V. <https://orcid.org/0009-0009-9869-9326>

*¹FGBOU vo Lugansk davlat tibbiyot universiteti
Sankt Luqo " Rossiya Sog'liqni Saqlash Vazirligi*

*²FGBOU vo Lugansk davlat tibbiyot universiteti
Sankt Luqo " Rossiya Sog'liqni Saqlash Vazirligi*

³GU LRKB MMC LNR

Резюме. 67 bemorda gastroezofagial reflyuks kasalligi (Gerd) bilan birlashtirilgan kasalxonadan tashqari pnevmoniyaning (VP) klinik kursi o'rganildi, shu jumladan Gerd bilan VP – 38 kishi, GERDSIZ VP – 29 bemor. Gerd bilan birlashtirilgan VP bilan og'riqan bemorlarda Gerd bo'lmagan bemorlarga qaraganda og'irroq VP borligi aniqlandi va astenik sindromning yuqori chastotasi, Gerdning ovqat hazm qilish va qizilo'ngachdan tashqari namoyon bo'lishi bilan to'ldiriladi. Gerd bilan birlashtirilgan VP bilan og'riqan bemorlarda nafas olishning ekstraozofagial namoyon bo'lish darajasi oshadi, bu Gerd bo'lmagan VP bilan solishtirganda nafas olish sindromining namoyon bo'lishini og'irlashtiradi. Gerd bilan birlashtirilgan VP bilan og'riqan bemorlarda CRP ko'rsatkichi Gerd bo'lmagan VP bilan og'riqan bemorlarga qaraganda 1,3 baravar yuqori, bu komorbid patologiyada tizimli yallig'lanishning yuqori darajasini aks ettiradi va ko'proq terapevtik harakatlarni o'z ichiga oladi.

Калит сўзлар: kasalxonadan tashqari pnevmoniya, GERK.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF OUT-OF-HOSPITAL PNEUMONIA COMBINED WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

1Bisov A.S. <https://orcid.org/0009-0007-0157-6465>

2Pobedyonnaya G.P. <https://orcid.org/0009-0005-5671-3848>

3Kozitskaia I.V. <https://orcid.org/0009-0009-9869-9326>

¹ FSBEI HE "Lugansk State Medical University named after St. Luke's" Ministry of Health of Russia

² FSBEI HE "Lugansk State Medical University named after St. Luke's" Ministry of Health of Russia

³ GU "LRKB MMC" LNR

Resume. The clinical course of out-of-hospital pneumonia (P) combined with gastroesophageal reflux disease (GERD) was studied in 67 patients, including P with GERD - 38 people, P without GERD - 29 patients. It was revealed that in patients with P combined with GERD, there is a more severe course of P than in patients without GERD and is supplemented by a greater frequency of asthenic syndrome, extraesophageal and esophageal manifestations of GERD. In patients with P combined with GERD, the frequency of respiratory extraesophageal manifestations increases, which, compared with patients with P without GERD, aggravates the manifestations of respiratory syndrome. The CRP index in patients with P combined with GERD is detected 1.3 times higher than in patients with P without GERD, which reflects a higher level of systemic inflammation in comorbid pathology and implies a greater amount of therapeutic efforts.

Key words: community-acquired pneumonia, GERD.

Введение: Внегоспитальная пневмония (ВП) относится к числу наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний в мире, составляя более 2 % всех случаев госпитализации [1]. Факторами риска тяжелого течения пневмоний являются коморбидные состояния [2], в частности гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

Описаны внепищеводные проявления ГЭРБ, которые включают не только хронический кашель, но и пневмонию [3,4]. При этом риск возникновения пневмонии у лиц с ГЭРБ на 48 % выше, чем у лиц без ГЭРБ, не зависит от возраста, пола, социального статуса и сопутствующих заболеваний [5]. Поэтому изучение патофизиологии и

морфологии сочетания ВП с ГЭРБ является важным для оценки исходов заболевания и объема проводимой терапии.

Целью исследования было изучить клинические и морфологические проявления ВП, сочетанной с ГЭРБ.

Материал и методы исследования. Исследованию подлежали 67 больных ВП средней степени тяжести в среднем возрасте $46,8 \pm 3,4$ года, в т.ч. мужчин было 28 (41,8%), женщин – 39 (58,2%). У 29 исследованных была ВП без ГЭРБ (I группа), у 38 – наряду с ВП была диагностирована ГЭРБ.

Диагностику ВП и ГЭРБ, лечение пациентов проводили в соответствии с рекомендованными методиками. Выраженность системного воспаления определяли по СРБ, наличие бактериальной инфекции – по уровню прокальцитонина. Контрольную группу составили 32 практически здоровых донора того же возраста и пола. Математическую обработку осуществляли с применением статистических компьютерных программ, принятых для медицинских исследований. Критериями включения в исследование было наличие добровольного информированного согласия пациентов. Критериями исключения: осложненное течение ВП, коморбидность с другими соматическими заболеваниями в фазе обострения.

Результаты и их обсуждение. Все исследуемые были направлены на стационарное лечение на 2-й-3-й день заболевания. При поступлении у всех пациентов (100%) наблюдались интоксикационный и респираторный синдром с проявлениями в виде продуктивного кашля с отхождением слизисто-гноной мокроты. Астенический синдром в виде слабости, утомляемости отмечали 18 больных (62,1%) из I группы и 31 больных (81,6%) из II группы или в 1,3 раза чаще, что, очевидно, связано с ГЭРБ и совпадает с данными по ухудшению психического здоровья у пациентов с ГЭРБ [6].

Внепищеводными синдромами ГЭРБ, которые были выявлены у пациентов II группы, были эпизоды ночного приступообразного кашля с пробуждением, прерывистый сон у 32 пациентов (84,2%). В то же время ночной продуктивный кашель отмечали 9 пациентов (31,0%) I группы или реже, чем во II группе, в 2,7 раза ($p < 0,01$). Зубные рефлюкс-эрозии отмечались у 8 больных (27,6%) II группы. По данным литературы, внепищеводные симптомы ГЭРБ встречаются, в среднем, у 30 % пациентов [7], однако, при ВП, которая сопровождается респираторным синдромом у 100% больных, в нашем исследовании

частота рефлюкс-кашля оказалась намного чаще. Пищеводными симптомами у наблюдаемых из II группы были изжога в 31 случаях (81,6%), кислый вкус во рту – у 17 обследованных (44,7%), 25 пациентов (65,8%) отмечали частую отрыжку воздухом, 12 (31,6%) – жаловались на отрыжку съеденной пищей и дискомфорт в эпигастральной области, жжение языка беспокоило 29 больных (76,3%) из II группы. Следует отметить, что частота пищеводных симптомов, особенно таких как изжога, соответствовала наблюдениям других исследователей [7, 8]. У всех больных при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки диагностировалась очаговая пневмония с локализацией в нижней доле правого или левого легкого.

Согласно Лос-Анджелесской шкале (1995), характеризующей морфологические изменения в пищеводе при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), стадия А отмечалась у 22 пациентов (57,9%), стадия В – у 15 больных (39,5%), стадия С – у 1 обследуемого (2,6%). ГЭРБ у больных II группы при ЭГДС сопровождалась во время исследования наличием визуализации антиперистальтических волн – у 19 пациентов (50,0%), зиянием кардиального сфинктера пищевода – у 13 больных (34,2%), недостаточным смыканием кардиального отдела пищевода – у 28 пациентов (73,7%), гиперемией слизистой оболочки нижней трети пищевода – у 34 больных (89,5%).

Показатели рутинного лабораторного обследования у пациентов обеих групп существенно не различались. Концентрация С-реактивного белка (СРБ), в I группе составляла $38,5 \pm 2,3$ мг/л, а во II группе – $49,7 \pm 3,9$ мг/л, что было достоверно выше, чем в I группе, в 1,3 раза ($p < 0,05$). При этом показатель прокальцитонина у больных I группы составил 0,7 нг/мл, а у пациентов II группы – 1,0 нг/мл, или в 1,4 раза выше ($p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о более высоком уровне системного воспаления у больных ВП, сочетанной с ГЭРБ, что также подтверждает негативное влияние ГЭРБ на течение ВП.

Выводы: 1. У пациентов с ВП, сочетанной с ГЭРБ, отмечается более тяжелое течение ВП, чем у пациентов без ГЭРБ, и дополняется большей в 1,3 раза частотой астенического синдрома, внепищеводными и пищеводными проявлениями ГЭРБ. 2. У пациентов с ВП, сочетанной с ГЭРБ, увеличивается частота внепищеводных респираторных проявлений, что, по сравнению с пациентами с ВП без ГЭРБ, утяжеляет проявления респираторного

синдрома при ВП. 3. Показатель СРБ у пациентов с ВП, сочетанной с ГЭРБ, выявляется в 1,3 раза выше, чем у больных с ВП без ГЭРБ, что отражает более высокий уровень системного воспаления при коморбидной патологии и предполагает больший объем лечебных усилий.

Список литературы:

1. Increasing hospital admissions for pneumonia / C.L.Trotter, J.M. Stuart, R. George et al. // England. EmergInfect. – 2008. - №14. – P. 727-733.
2. Шаймуратов Р. И. Факторный анализ летальных исходов внебольничной пневмонии / Р. И. Шаймуратов, А. А. Визель // Матер. XXVI Нац. Конгресса по заболеваниям органов дыхания. – Москва, 2018. – С. 115.
3. Diagnosis and Treatment of the Extraesophageal Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease / Sidwa F., Moore A. Alligood E., Fisichella P.M.: in Fisichella P. (eds). Failed Anti-Reflux Therapy. - 2017. – P. 33-49.
4. Кляритская И.Л. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.Л. Кляритская, В.В. Кривой, Ю.С. Работягова // Крымский терапевтический журнал. – 2019. - №4. - С. 14-22.
5. Hsu W, Lai C, Wang Y, et al. Risk of pneumonia in patients with gastroesophageal reflux disease: A population-based cohort study. PLOS ONE. 2017;12(8): e0183808. doi: 10.1371/journal.pone.0183808
6. Факторы риска развития внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Т.Е. Спасова, В.Е. Хитрихеев, В.И. Батудаева, Б.В. Соктоева // АСТА BIOMEDICA SCIENTIFICA. – 2017. – Т.2, №6. – С. 17-20. DOI: 10.12737/article_5a0a7e8b546824.43326346
7. Лапина Т.Л. Возможности применения омепразола для контроля типичных и нетипичных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 6. – С. 7–10.
8. Маркеры гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в теории и на практике / Е.Ю. Плотникова, Л.Г. Вологжанина, А.А.Самсонов и др. // Фарматека. – 2016. - № 15. - С. 25–33.