

МЕДИЧНІ НАУКИ

DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-12-88-51>

УДК 616-071.1

Дудка Т.В., Боднарчук К.А., Маталега І.Р.
Буковинський державний медичний університет

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ СКАРГ ТА ДАНИХ ОБ'ЄКТИВНОГО ОБСТЕЖЕННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Анотація. У статті викладено сучасні погляди на клінічні особливості перебігу бронхіальної астми з супутніми захворюваннями травного тракту і гепатобіліарної системи та формування синдрому їх взаємного обтяження. Проаналізовано частоту виникнення та вираженість основних симптомів у пацієнтів на бронхіальну астму із коморбідним хронічним некаменеви́м холециститом. Аналіз даних літератури вказує на значну частоту хронічного некаменевого холециститу у поєднанні з бронхообструктивними захворюваннями легень. Більш детально вивчено анамнестичні дані та встановлено наявність обтяженого алергологічного анамнезу в обстежених пацієнтів. Встановлені дані підтверджують наявність більш суттєвих порушень, зокрема таких скарг як задишка та скутість грудної клітки при бронхіальній астмі на тлі хронічного некаменевого холециститу.

Ключові слова: бронхіальна астма, хронічний некаменеви́й холецистит, алерген, задишка.

Dudka Tetiana, Bodnarchuk Kateryna,
Matalega Iryna
Bukovinian State Medical University

ANALYSIS OF MAIN COMPLAINTS AND OBJECTIVE EXAMINATION IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC NON-CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Summary. Bronchial asthma (BA) is one of the most spread diseases affecting people of all ages. According to statistical data nowadays there are about 300 million people in the world suffering from asthma. Combination of BA with gastro-intestinal pathology is one of the most frequent polymorbidity. There are different evidences indicating a combined course of BA with gastro-intestinal diseases in 8-50% of cases. Clinical studies were conducted on 92 BA in-patients compromised with chronic non-calculous cholecystitis at the therapeutic and gastroenterological departments of the Municipal Emergency Rescue Hospital. The patients were examined during exacerbation of the disease before and at the end of treatment. The control group constituted 30 practically healthy individuals of the same age. The diagnosis of BA was made according to generally accepted criteria using the International Classification of Diseases (ICD) of the 10th review as well as the Order of the Ministry of Public Health (MPH) of Ukraine No 128 dated 19.03.2007 «On Adoption of Protocols On Giving Medical Aid On Specialty «Pulmonology». The onset of BA the examined patients connected mainly with the affect of allergen (69,7%), cold (15,8%), psycho-emotional load (2,6%), changes of the place of residence (1,4%), using certain drugs (3,9%), food (6,6%). All the patients develop running nose – 100% – not connected with cold (92,1%). The part of patients revealed complicated breathing due to the presence of flowers (35,5%), resins (28,9%), oils (7,9%), perfumes (61,8%), dyes (34,2%), gasoline (26,3%), kerosene (11,8%), other odorous compounds (31,6%), dust (81,6%), poplar seed tufts (89,5%), feather (76,3%), after consumption of wine (5,3%), beer (6,6%), tea (3,9%), coffee (7,9%), cacao (2,6%), some vegetables (14,5%), honey (10,5%), nuts (5,3%), crayfish and crabs (1,4% each), fish (6,6%), eggs (3,9%), milk (3,9%), meat products (1,4%). It should be noted that all BA patients suffered from attacks of dyspnea – 100%, moist cough with sputum expectorated with difficulty – 100%, prolonged expiration – 100%; the majority of patients felt stiffness in the chest – 78,9%, blocked nose – 80,3%, running nose – 78,9%, sneezing – 59,2%, wheezing at the end of expiration – 93,4%, dry rales – 92,1%. At the same time these signs complicated the course of both diseases.

Keywords: bronchial asthma, chronic non-calculous cholecystitis, allergen, dyspnea.

Постановка проблеми. За даними епідеміологічних досліджень, на бронхіальну астму (БА) хворіють від 3 до 15% населення в світі. В Європі за останні 20 років смертність від БА зросла майже у 3 рази, збільшилася й частота звернень за екстреною допомогою [8]. При цьому 82% хворих у Європі та 75% у США скаржаться на недостатній контроль захворювання [9].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження Победьонної Г.П. (2007) 50 хворих на аспіринову БА виявило патологію гепатобіліарної системи у 97,5% випадків, а дискінезія жов-

човивідних шляхів за гіпомоторним типом у дорослих хворих спостерігалась у 44-48% випадків [4]. За даними Зінченко Т.М. (2005) встановлено, що особливістю проявів БА поєднаної з ХНХ у жінок є збільшення алергічної налаштованості організму та чутливості до неспецифічних чинників, поєднання симптомів астми з іншими проявами алергії, ранній початок, обтяжена спадковість, переважання тяжких її форм, зменшення ефективності лікування засобами базисної терапії [2].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Упродовж останніх десяти-

тиліть в літературі жваво дискутується питання про те, які із захворювань мають переважну схильність поєднуватися або не поєднуватися з БА [1; 3], тобто проявляти по відношенню до БА позитивну або негативну кореляційну залежність. Суперечливість публікацій, присвячених цьому питанню частково пояснюється тим, що вони ґрунтуються на недостатньому числі спостережень, виконуються в різний час і на різному методичному рівні.

Мета статті. Головною метою цієї роботи є дослідження взаємо впливу та взаємообумовленості перебігу хронічного холециститу та бронхіальної астми для поглиблення уявлень про клінічний перебіг взаємообтяження хронічного холециститу та бронхіальної астми.

Виклад основного матеріалу. Основу дослідження складав матеріал клінічного спостереження за 92 хворими: 30 хворих на БА легкого та середньої важкості персистувального перебігу (перша група -1), 30 хворих на БА легкого та середньої важкості персистувального перебігу із коморбідним хронічним некаменевим холециститом у фазі загострення (друга група - 2), 32 хворих на ХНХ у фазі загострення (третья група - 3), які перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичному та гастроентерологічному відділеннях Чернівецької обласної комунальної установи «Лікарня швидкої медичної допомоги». Пацієнти обстежувалися в період загострення захворювання до початку та в кінці лікування. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб відповідного віку.

Діагноз БА встановлювали за загальноприйнятими критеріями, при цьому використовували класифікацію МКХ 10-го перегляду, а також Наказ МОЗ України за № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження протоколів надання допомоги хворим за спеціальністю «Пульмонологія» [5]. Діагноз хронічного некаменевого холециститу та його фази встановлювали на підставі класичних клінічних симптомів, результатів інструментальних досліджень (ультрасонографічне дослідження жовчного міхура, холецистографія, багатомоментне 6-фазове дуоденальне зондування з мікроскопією, мікробіологічним та біохімічним дослідженням міхурової порції жовчі) за рекомендованим МОЗ України нормативним актом: Наказом МОЗ України від 13.06.2005 р. за № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» [6] з урахуванням Міжнародної статистичної класифікації 10 перегляду. Тип супровідної дискінезії ЖМ та дисфункції сфінктера Одді (біліарний чи панкреатичний) встановлювали за даними динамічної ультрасонографії ЖМ із введенням подразника та даними багатомоментного 6-фазового дуоденального зондування згідно з Римськими критеріями III (2006) [7].

У 16 хворих 1-ї групи (53,3%) діагностована легка персистувальна БА (II ступінь тяжкості), а в 14 хворих (46,7%) – середньої тяжкості персистувальна БА (III ступінь тяжкості). У 12 хворих 2-ї групи (40,0%) діагностована легка персистувальна БА (II ступінь тяжкості), а в 18 хворих (60,0%) – середньої тяжкості персистувальна БА (III ступінь тяжкості). Тривалість захворювання становила від 3 до 18 років.

Аналіз даних опитування хворих на БА (1 та 2 групи) за спеціально розробленим опитувальником більш детально пояснює анамнестичні дані обстежених. Початок захворювання на БА обстежені пов'язували переважно з впливом алергену (69,7%), простуди (15,8%), психоемоційного навантаження (2,6%), зміною місця проживання (1,4%), вживання певних ліків (3,9%), харчових продуктів (6,6%). У всіх хворих часто буває нежить (100%), який не пов'язаний із застудою (92,1%). У частини обстежених утруднення дихання виникає за наявності квітів (35,5%), смол (28,9%), олій (7,9%), парфумів (61,8%), фарб (34,2%), бензину (26,3%), керосину (11,8%) та інших пахучих речовин (31,6%), пилу (81,6%), пуху тополі (89,5%), пір'я (76,3%), при вживанні вина (5,3%), пива (6,6%), чаю (3,9%), кави (7,9%), какао (2,6%), деяких овочів (14,5%), меду (10,5%), горіхів (5,3%), раків (1,4%), крабів (1,4%), риби (6,6%), яєць (3,9%), молока (3,9%), м'ясних продуктів (1,4%).

Виявлена непереносимість укусів різних комах: комарів (21,1%), бджіл (26,3%). Деякі хворі скаржилися на провокування загострення захворювання при контакті з тваринами (47,4%). Чимало пацієнтів відмічали непереносимість певних ліків (40,8%). 18,4% пацієнтів палить тютюн або перебуває під впливом пасивного тютюнопаління (48,7%). Переважна більшість обстежених живе в нормальних умовах (76,3%), в умовах високої щільності проживання (10,5%), загазованості (3,9%), запиленості (7,9%), частого переохолодження (13,2%), на першому поверсі (7,9%).

Погіршення самопочуття відмічалось переважно навесні (у 92,1% хворих) та влітку (у 81,6% хворих), восени – у 47,4%, взимку – у 34,2%. При переході з теплого приміщення в холодне і навпаки виникає утруднення дихання, дихальний дискомфорт (63,2%). Зміна погоди не впливає на самопочуття хворих у 6,6% випадків. Краще почували себе хворі в суху погоду (94,7%), сонячну (89,5%), морозну (15,8%), у дощ – лише 5,3%. Погіршення самопочуття спостерігалось переважно вночі в 76,3% хворих, вранці – у 48,7%, ввечері – у 31,6%, вдень – у 15,8%.

Після перенесеного грипу, катару верхніх дихальних шляхів протягом 2-3 тижнів зберігається кашель (35,5%). Після фізичного навантаження протягом 1-2 хв зберігається дихальний дискомфорт (63,2%). Після психоемоційного навантаження, сильного сміху виникає утруднення дихання, дихальний дискомфорт (34,2%). Погіршення стану перед менструацією відмічали 21,7% жінок. Патологічний перебіг вагітності відмічали 56,6% жінок, а пологів – 17,1% осіб. Перебували на ранньому штучному вигодовуванні (31,6%). Був ексудативний діатез в анамнезі (47,4%). Обтяжений алергологічний анамнез встановлений у 76,3% хворих, спадкова схильність до захворювання на БА – у 55,3%.

Характеристика основних скарг та даних об'єктивного обстеження наведена в табл. 1. Необхідно зазначити, що всі хворі на БА відмічали напади ядухи (100%), вологий кашель з харкотинням, що важко відходить (100%), подовжений видих (100%), більшість – скутість в грудній клітці (78,9%), закладеність носа (80,3%), нежить (78,9%), чхання (59,2%), свистяче дихання в кінці видиху (93,4%), сухі свистячі хрипи (92,1%). Водночас, такі симптоми, як задишка, скутість

Таблиця 1

Частота виявлених скарг та об'єктивних ознак захворювання в обстежених осіб, хворих на бронхіальну астму та бронхіальну астму із хронічним холециститом

Клінічні симптоми	Бронхіальна астма, %	Бронхіальна астма та хронічний холецистит, %
Напади ядухи	100	100
Кашель	100	100
Харкотиння	100	100
Задишка	56,7	100,0
Скутість в грудній клітці	78,9	100,0
Осиплість голосу	15,8	45,6
Закладеність носа	80,3	89,7
Нежить	78,9	82,8
Чхання	59,2	73,0
Загальна слабкість	46,05	61,1
Свистяче дихання в кінці видиху	93,4	100,0
Подовжений видих	100	100,0
Сухі свистячі хрипи	92,1	100,0

Джерело: розроблено авторами

у грудній клітці, осиплість голосу, чхання, загальна слабкість у 2-й групі хворих спостерігались вірогідно частіше ($p < 0,05$). У клінічному аналізі крові хворих обох груп відмічалися ознаки алергізації, що проявлялися збільшенням числа еозинофілів, однак у хворих із коморбідним перебігом частота еозинофілії спостерігалася вірогідно частіше (54,2% проти 78,9% у 2-й групі ($p < 0,05$)). Дослідження харкотиння виявило підвищення кількості еозинофілів (59,2% та 73,2% відповідно) в обстежених хворих 1-ї та 2-ї групи.

Висновки і пропозиції. Отримані результати дають підстави зробити висновок, що із зрос-

танням тяжкості БА та приєднанням хронічного некаменевого холециститу зростає вираженість клінічних проявів, а саме: прояви задишки і скутості в грудній клітці, які обтяжують перебіг обох захворювань. Тому актуальним, на нашу думку, будуть подальші дослідження спільних механізмів патогенезу та взаємообумовленості перебігу ХНХ та БА (нейро-гуморальної та паракринної (НО-залежної) регуляції тонусу ЖМ та бронхів, змін показників протеолітичної активності крові, морфо-функціональних властивостей еритроцитів, інтенсивності ВРОЛ, факторів АОЗ, пігментного обміну тощо).

Список літератури:

1. Галимова Е.С., Нуртдинова Г.М., Кучер О.И. и др. Клинические аспекты некоторых наиболее распространенных сочетаний бронхиальной астмы с заболеваниями органов брюшной полости (обзор литературы). *Фундаментальные исследования*. 2010. № 4. С. 26–35.
2. Зінченко Т.М. Особливості перебігу та лікування персистуючої бронхіальної астми у поєднанні з хронічним холециститом у осіб жіночої статі. Полтава: Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, 2005. 24 с.
3. Петухова А.Ю. Оптимізація діагностики, лічення і профілактики бронхіальної астми у лиць с супутствующими захворюваннями внутрішніх органів. Екатеринбург, 2007. 24 с.
4. Победьонна Г.П., Солона О.Г. Поширеність, особливості клініки і патогенезу бронхіальної астми, поєднаної з патологією органів травлення. *Вісник СумДУ. Серія Медицина*. 2007. № 2. С. 86–94.
5. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія»: Наказ МОЗ України від 19.03.2007 № 128. М-во охорони здоров'я України. (Нормативний документ МОЗ України). URL: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/MOZ-128-19032007.pdf> (дата звернення: 01.12.2020).
6. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»: Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271. М-во охорони здоров'я України. (Нормативний документ МОЗ України). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0271282-05> (дата звернення: 01.12.2020).
7. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии: пособие для врачей. Витебск: Издательство ВГМУ, 2006. 160 с.
8. Balkissoon R. Asthma overview. *Prim Care*. 2008; 1(35): 41–60.
9. Castro-Rodriguez J.A. The Asthma Predictive Index: early diagnosis of asthma. *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* 2011; 3(11): 157–161.

References:

1. Galimova E.S., Nurtdinova G.M., Kucher O.I. i dr. (2010) Klinicheskie aspekty nekotorykh naibolee rasprostranennykh sochetaniy bronkhialnoy astmy s zabolevaniyami organov bryushnoy polosti (obzor literatury) [Clinical aspects of some of the most common combinations of bronchial asthma with diseases of the abdominal cavity (literature review)]. *Fundamentalnye issledovaniya*, no. 4, pp. 26–35.
2. Zinchenko T.M. (2005) Osoblyvosti perebihu ta likuvannya persystuyuchoy bronkhialnoy astmy u poyednanni z khronichnym kholetsystytom u osib zhinochoyi staty [Features of the course and treatment of persistent bronchial asthma in combination with chronic cholecystitis in females] (PhD Thesis), Poltava: Ukrayinska medychna stomatolohichna akademiya MOZ Ukrayiny, 24 p.
3. Petukhova A.Yu. (2007) Optimizatsiya diagnostiki, lecheniya i profilaktiki bronkhialnoy astmy u lits s soputstvuyushchimi zabolevaniyami vnutrennikh organov [Optimization of diagnosis, treatment and

- prevention of bronchial asthma in persons with concomitant diseases of internal organs] (PhD Thesis), Ekaterinburg, 24 p.
4. Pobedonna H.P., Solona O.H. (2007) Poshyrenist, osoblyvosti kliniky i patohenezu bronkhialnoyi astmy, poyednanoyi z patolohiyeyu orhaniv travlennya [Prevalence, clinical features and pathogenesis of bronchial asthma combined with pathology of the digestive organs]. *Visnyk SumDU. Seriya Medytsyna*, no. 2, pp. 86–94.
 5. Pro zatverdzhennya klinichnykh protokoliv nadannya medychnoyi dopomohy za spetsialnistyu «Pul'monolohiya» [About the statement of clinical protocols of rendering of medical care on a specialty "Pulmonology"]: Nakaz MOZ Ukrayiny vid 19.03.2007 № 128. M-vo okhorony zdorovya Ukrayiny. (Normatyvnyy dokument MOZ Ukrayiny). URL: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/MOZ-128-19032007.pdf> (accessed 01 December 2020).
 6. Pro zatverdzhennya protokoliv nadannya medychnoyi dopomohy za spetsialnistyu «Hastroenterolohiya» [About the statement of protocols of rendering of medical care on a specialty "Gastroenterology"]: Nakaz MOZ Ukrayiny vid 13.06.2005 № 271. M-vo okhorony zdorovya Ukrayiny. (Normatyvnyy dokument MOZ Ukrayiny). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0271282-05> (accessed 01 December 2020).
 7. Pimanov S.I., Silivonchik N.N. (2006) Rimskiy III Konsensus: izbrannyye razdely i kommentarii: posobie dlya vrachey [Rome III Consensus: Selected Sections and Commentaries: A Manual for Physicians]. Vitebsk: Izdatelstvo VGMU, 160 p.
 8. Balkissoon R. (2008) Asthma overview. *Prim Care*, 1(35), 41–60.
 9. Castro-Rodriguez J.A. (2011) The Asthma Predictive Index: early diagnosis of asthma. *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.*, 3(11), 157–161.