

DOI 10.29254/2077-4214-2021-3-161-117-121

УДК 616.12-007.2-053.2-089

Іманов Е., \*Плиська О. І., Дзюрій І. В., Слобода А. О., Труба Я. П., Лазоришинець В. В.

### ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАНСПОЗИЦІЇ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії НАМН України» (м. Київ, Україна)

\*Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова (м. Київ, Україна)

plys2005@ukr.net

Кожного року в Україні народжується близько 5 тис. дітей з вродженими вадами серця, з яких близько 100 з транспозицією магістральних судин (ТМС). ТМС частіше зустрічається у хлопчиків ніж у дівчат (2-3:1). Метою роботи був аналіз безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування при ТМС. Дана патологія потребує радикальної корекції, а саме операції артеріального переключення. Дослідження ефективності втручання проведені на ретроспективному аналізі 54 історій хвороби пацієнтів з діагнозом ТМС. За 2010-2019 роки в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М.Амосова НАМН України» з метою корекції даної вади було виконано операцію артеріального переключення (Arterial switch operation) 54 пацієнтам, з них 15 жіночої (28%) та 39 (72%) чоловічої статі. В результаті проведення операції артеріального переключення госпітальна летальність склала 3,7% (n=3), різноманітні післяопераційні ускладнення – 36,4% (20 випадків). Летальних випадків у віддаленому періоді не було, але в 22,1% (12 випадків) мали місце ускладнення віддаленого періоду операції артеріального переключення, які в подальшому вирішувались хірургічним та ендоваскулярним шляхом. Необхідно виділити особливості ведення доопераційного періоду немовлят з ТМС, які характеризуються спрямованістю на усунення гіпоксемії, життя підтримується лише наявністю відкритого овального вікна та функцією ВАП. Тому і невідкладна допомога направлена на збереження функції ВАП і розширення сполучення на рівні передсердь (процедура Рашкінда), що забезпечує потрапляння оксигенованої крові у велике коло кровообігу. Таким чином, хірургічне лікування транспозиції магістральних судин шляхом операції артеріального переключення має добрі безпосередні і віддалені результати. Балонна атріосептостомія є процедурою, що стабілізує стан дитини та покращує результати лікування. Пренатальна діагностика транспозиції магістральних судин дає можливість надання своєчасної допомоги немовлятам з цією критичною вадою серця в спеціалізованих кардіохірургічних закладах.

**Ключові слова:** вроджена вада серця, транспозиція магістральних судин, операції на відкритому серці, процедура Рашкінда.

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Дана робота є частиною НДР «Розробити та організувати систему надання екстреної та невідкладної кардіохірургічної допомоги пацієнтам з критичними вродженими вадами серця», № державної реєстрації 0118U001089.

**Вступ.** Кожного року в Україні народжується близько 5 тис. дітей з вродженими вадами серця, з яких близько 100 з транспозицією магістральних судин (ТМС). ТМС частіше зустрічається у хлопчиків ніж у дівчат (2-3:1): в перші місяці життя – в 12-20% випадків від усіх ВВС. До 2 років частота ТМС зменшується до 10% через високу летальність на 1-му році життя так як при природньому перебігу 30% немовлят з даною патологією помирає на першому тижні життя, 60%- до 1 місяця, а 90% малюків з ТМС не доживає до 1 року [1].

Тяжкість даної патології обумовлена неправильним розташуванням головних судин, що відходять від серця, тобто аорти і легеневої артерії, один відносно одного і щодо камер серця, від яких вони повинні відходити в нормі. Розрізняють просту (з інтактною міжшлуночковою перегородкою), та комплексну ТМС (з ДМШП) [2].

При транспозиції магістральних судин критичний стан зумовлений гіпоксемією, життя підтримується лише наявністю відкритого овального вікна та функцією ВАП [3, 4]. Тому і невідкладна допомога направлена на збереження функції ВАП і розширення сполучення на рівні міжпередсердної перегородки (процедура Рашкінда), що покращує змішування крові, а значить і стан дитини. Однак все це є паліативною і недовготривалою допомогою [5]. Дана патологія потребує радикальної корекції, а саме операції артеріального переключення.

**Мета роботи:** аналіз безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування при ТМС.

**Об'єкт і методи дослідження.** Лікування даної вади серця в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України» з 2010 по 2019 роки виконано 54 пацієнтам, з них 15 жіночої (28%) та 39 (72%) чоловічої статі. Пацієнтам було виконано операцію артеріального переключення (Arterial switch operation).

Дослідження проводилося згідно з принципами Гельсінської декларації Світової медичної асоціації «Етичні засади медичних досліджень, що стосуються людських суб'єктів» (змінена в жовтні 2013 року). Письмова інформована згода була отримана від усіх хворих, які брали участь у дослідженні.

У 85% пацієнтів вада була діагностована пренатально та підтверджена Ехо-КГ одразу після народження, в 15% випадках – після народження, що дозволило одразу доставити у ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М.Амосова НАМН України» для надання висококваліфікованої медичної допомоги. Усім їм також проведена передопераційна підготовка протягом 1-10 днів для ко-

рекції системного і легеневого судинного опору та насичення крові киснем до 80%.

За даними **таблиці 1** ми бачимо переважання ТМС з інтактною МШП, що має досить суттєве гемодинамічне значення в доопераційному періоді, та вимагає усунення ДМШП інтраопераційно в випадку його наявності (**табл. 1**).

**Таблиця 1 – Типи ТМС**

Типи ТМС	N	(%)
Транспозиція магістральних судин з інтактною МШП	42	77,7
Транспозиція магістральних судин з ДМШП	12	22,3

У 9 (1,6%) пацієнтів мала місце аномальна анатомія відходження та розгалуження коронарних судин (**табл. 2**).

**Таблиця 2 – Варіанти анатомії коронарних артерій при ТМС**

Варіанти коронарного кровотоку	TMA з ДМШП
1-LAD, RCA, 2- Cx	1
1-LAD, 2 RCA, Cx	3
1-R, 2-LAD, Cx (double loop)	1
1-LAD, RCA, Cx single coronary artery	1
2-LAD, RCA, Cx single coronary artery	3

Кожній дитині була проведена балонна атріосептостомія [5] (процедура Рашкінда), котра виконувалась за невідкладними показаннями у 36% – у перші години після госпіталізації, у 64% – на наступний день. Після процедури Рашкінда покращувався стан у всіх пацієнтів, насичення крові киснем підвищувалось на 25-50%.

Балонна атріосептостомія проводилась доступом через в. femoralis. Для запобігання виникнення повітряної емболії, в разі порушення цілісності балона, для його наповнення та промивання використовували розчин натрію хлориду. Через стегову вену катетер заводили в нижню порожнисту вену, праве передсердя, ліве передсердя. Вимірювали тиск у правому та лівому передсердях для визначення градієнта тиску на дефекті міжпередсердної перегородки. По провіднику в ділянку дефекту міжпередсердної перегородки встановлювали балон-катетер. Балон-катетер роздували до повного зникнення перетяжки. Інтраопераційно та в ранній післяопераційний період, за ехокардіографічними даними, оцінювали збільшення розміру дефекту міжпередсердної перегородки. Після закінчення даної процедури інтродюсери видаляли, на місце пункції накладали стерильну компресійну пов'язку на 6-8 год.

На день операції на відкритому серці середній вік цих пацієнтів склав 28,7±9,9 днів, маса у середньому – 6,8±4,1 кг.

Оперативне втручання проводилось через серединну стернотомію, в умовах штучного кровообігу з помірною гіпотермією. Канюляцію висхідної аорти та порожнистих вен проводили за стандартною методикою. Виконувалась мобілізація магістральних судин, пересічення відкритої артеріальної протоки між двома лігатурами. Широка мобілізація гілок легеневої артерії для зручності виконання маневру Lescompte. При охолодженні тіла до 26-28 градусів аорту перетиснуто затискачем, вводиться охоло-

джений кардіоплегічний розчин(Custodiol) в корінь аорти. Поперечний розтин аорти на 5-7 мм вище аортального клапану. Ревізія усть коронарних артерій. Пересікання стовбуру легеневої артерії якомога ближче до біфуркації. Вирізання вічок коронарних артерій («баттони») і реімплантація у відповідні синуси неоаорти, тим самим повністю відновлюючи коронарній кровотік. Після цього проводився маневр Lescompte-заведення дистального краю аорти під біфуркацію легеневої артерії. Зшивання дистального краю аорти зі стовбуром неоаорти. Пластика (за наявності) дефекту міжшлуночкової перегородки проводилась аутоперикардіальною або синтетичною латкою. Відновлення цілісності легеневої артерії виконували латкою із аутоперикарду.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Тривалість оперативного втручання, час штучного кровообігу та перетискання – важливі показники для прогнозу одужання пацієнтів. При оцінці динаміки кількості використаного часу для кожного показника спостерігалась тенденція до його скорочення, що позитивно впливало на швидкість одужання. Ці дані наведені в **таблиці 3**.

**Таблиця 3 – Середні значення періопераційних показників**

Показник	Середнє значення (±SD)
Тривалість операції (хв.)	324,6±84,7
Час ШК (хв.)	192,5± 72,4
Час перетискання аорти (хв.)	109±33,6
Перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (діб)	11,6±3,4

Госпітальна летальність після операції артеріального переключення склала 3,7% (n=3).

Причиною летальності були:

– виражена міокардіальна недостатність (n=1), що була викликана інфарктом міокарда лівого шлуночка, пов'язаного з технічними складностями реімплантації коронарної артерії;

–двохстороння полісегментарна пневмонія(n=2).

В післяопераційному періоді пацієнтів було виявлено різноманітні ускладнення, що погіршували стан пацієнта (**табл. 4**).

**Таблиця 4 – Ускладнення післяопераційного періоду**

Ускладнення	N	(%)
Гостра дихальна недостатність	7	12,9
Гостра ниркова недостатність (перитонеальний діаліз)	4	7,4
Гнійно-септичні ускладнення	3	5,5
Парез діафрагми (плікація)	1	1,8
Рестернотомія з приводу кровотечі	1	1,8
Розведена грудина внаслідок вираженої серцевої недостатності	4	7,4
Разом	20	36,4%

Гостра дихальна недостатність пов'язана з виникненням пневмонії, або ж морфофункціональними

особливостями організму дитини. При виникненні гострої ниркової недостатності, причинами якої були: серцева недостатність, малий серцевий викид, особливості періопераційного ведення та тривалість перфузії інтраопераційно – проводилась постановка перитонеального діалізу. У 3-х випадках виникло нагноєння рани, що піддавалось хірургічній обробці та подальшому консервативному лікуванню. При виникненні парезу діафрагми, внаслідок ятрогенного пошкодження діафрагмального нерву, виконувалась плікація діафрагми. Розведення груднини внаслідок вираженої серцевої недостатності тривало до появи стабільного покращення гемодинамічних показників пацієнта. У третини пацієнтів ускладнень не спостерігалось.

Летальних випадків у віддаленому періоді не було. Мали місце ускладнення віддаленого періоду операції артеріального переключення (табл. 5), які в подальшому вирішувались хірургічним та ендovasкулярним шляхом.

**Таблиця 5 – Ускладнення віддаленого періоду операції артеріального переключення**

Віддалені наслідки	N	(%)
Недостатність неоаортального клапану	7	12,9
Стеноз клапану легеневої артерії	5	9,2
Разом	12	22,1%

В якості моніторингу було проведено планову коронарографію усім пацієнтам через 3-5 років після оперативного втручання. Виявлення недостатності неоаортального клапану (I-II ступеня) у 7 пацієнтів не потребувало хірургічного втручання, проводиться подальше планове спостереження щороку.

При наявності стенозу легеневої артерії була проведена балонна дилатація (n=3) та двом пацієнтам

виконано стентування легеневої артерії. Причинами даних наслідків були як ятрогенні, так і фізіологічні особливості структур. Основна кількість пацієнтів були без значимих віддалених наслідків.

**Особливості ведення.** Особливості ведення до операційного періоду немовлят з ТМС характеризуються спрямованістю на усунення гіпоксемії, життя підтримується лише наявністю відкритого овального вікна та функцією ВАП. Тому і невідкладна допомога направлена на збереження функції ВАП і розширення сполучення на рівні передсердь (процедура Рашкінда), що забезпечує потрапляння оксигенованої крові у велике коло кровообігу [3, 4]. Новонародженим призначалась терапія простагландинами (вазопростан), які підтримують ВАП відкритою і зберігають кровотік по ній. Інфузія розпочиналась у пологовому будинку і продовжувалась під час транспортування немовляти в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М.Амосова НАМН України», а також у відділенні інтенсивної терапії.

Проводилась корекція кислотно-основних показників крові. При ознаках серцевої недостатності призначалися діуретики, симпатоміметики. Для запобігання гнійно-септичних ускладнень проводилась антибіотикотерапія. За необхідності проводилась терапія НПЗП в післяопераційному періоді.

**Висновки.** Хірургічне лікування транспозиції магистральних судин шляхом операції артеріального переключення має добрі безпосередні і віддалені результати. Балонна атріосептостомія є процедурою, що стабілізує стан дитини та покращує результати лікування. Пренатальна діагностика транспозиції магистральних судин дає можливість надання своєчасної допомоги немовлятам з цієї критичною вадою серця в спеціалізованих кардіохірургічних закладах.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальшому планується розробка нових методів діагностики та лікування критичних вад серця, зокрема ТМС.

### Література

- Burakovskiy VI, Bokeria LA. Serdechno-sosudistay chirurgia. M.; 1996. 357 s. [in Russian].
- Aseervatham R, Pohlner P. A clinical comparison of arterial and atrial repairs for transposition of the great arteries: early and midterm survival and functional results. J Surg. 1998;68(3):206-8.
- Michalak KW, Moll JA, Sobczak-Budlewska K, Moll M, Dryżek P, Moszura T, et al. Reoperations and catheter interventions in patients with transposition of the great arteries after the arterial switch operation. Eur J Cardiothorac Surg. 2017 Jan;51(1):34-42. DOI: 10.1093/ejcts/ezw290.
- Gorbachevskiy SV, Shmalc AA. Palliativnoe predserdnoe I arterialnoe pereklyuchenie pri transpozicii magistralnich arteriy s defektom meggeludochkovoy peregorodki I taygeloy legochno-sosudistoy bolezniyu. Detskie bolezni serdca I sosudov. 2019;16(2):86-94. [in Russian].
- Feltes TF, Bacha E, Beekman RH. Indications for cardiac catheterization and intervention in pediatric cardiac disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2011;123(22):2607-52.

### ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАНСПОЗИЦІЇ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН

**Іманов Е., Плиська О. І., Дзюрій І. В., Слобода А. О., Труба Я. П., Лазоришинець В. В.**

**Резюме.** *Мета роботи:* аналіз безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування при транспозиції магистральних судин.

*Об'єкт і методи дослідження.* Хірургічне лікування транспозиції магистральних судин проведено 54 пацієнтам. З них 15 жіночої (28%) та 39 (72%) чоловічої статі. При цьому у 42 пацієнтів міжшлуночкова перетинка була інтактною, у 12 – мала дефект. Усіх пацієнтам було виконано операцію артеріального переключення (Arterial switch operation). У 85% пацієнтів вада була діагностована пренатально та підтверджена Ехо-КГ одразу після народження, в 15 % випадках – після народження. У 9 (1,6%) пацієнтів мала місце аномальна анатомія відходження та розгалуження коронарних судин.

*Результати.* Хірургічне лікування транспозиції магистральних судин у пацієнтів проведено в два етапи. На 1-му етапі проведена процедура Рашкінда за невідкладними показаннями за допомогою балонної атріосептостомії: у 36% – у перші години після госпіталізації, у 64% – на наступний день. Після процедури Рашкінда

покращувався стан у всіх пацієнтів, насичення крові киснем підвищувалося на 25-50%. Надалі пацієнтам було виконано операцію артеріального переключення (Arterial switch operation).

Госпітальна летальність після операції артеріального переключення склала 3,7% (n=3). Її причинами були: а) виражена міокардіальна недостатність (n=1), що була викликана інфарктом міокарда лівого шлуночка, пов'язаного з технічними складнощами реімплантації коронарної артерії; б) двохстороння полісегментарна пневмонія (n=2).

В післяопераційному періоді пацієнтів було виявлено різноманітні ускладнення, що погіршували стан пацієнта. Це – гостра дихальна недостатність – 7 випадків; гостра ниркова недостатність – 4 випадки; гнійно-септичні ускладнення – 3 випадки; парез діафрагми – 1 випадок; рестернотомія з приводу кровотечі – 1 випадок; розведена грудина внаслідок вираженої серцевої недостатності – 4 випадки.

Летальних випадків у віддаленому періоді не було. Мали місце ускладнення віддаленого періоду операції артеріального переключення, які в подальшому вирішувались хірургічним та ендovasкулярним шляхом. Це недостатність неоаортального клапану – 7 випадків; стеноз клапану легеневої артерії – 5 випадків.

Через 3-5 років усім пацієнтам проведено планову коронарографію. Виявлення недостатності неоаортального клапану (I-II ступеня) у 7 пацієнтів не потребувало хірургічного втручання, проводиться подальше планове спостереження щороку. При наявності стенозу легеневої артерії була проведена балонна дилатація (n=3) та двом пацієнтам виконано стентування легеневої артерії. Причинами даних наслідків були як ятрогенні, так і фізіологічні особливості структур. Основна кількість пацієнтів були без значимих віддалених наслідків.

**Висновки.** Хірургічне лікування транспозиції магістральних судин шляхом операції артеріального переключення має добрі безпосередні і віддалені результати. Балонна атріосептостомія є процедурою, що стабілізує стан дитини та покращує результати лікування. Пренатальна діагностика транспозиції магістральних судин дає можливість надання своєчасної допомоги немовлятам з цією критичною вадою серця в спеціалізованих кардіохірургічних закладах.

**Ключові слова:** вроджена вада серця, транспозиція магістральних судин, операції на відкритому серці, процедура Рашкінда.

### EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF MAJOR VESSEL TRANSPOSITION

Imanov E., Plyska O. I., Dzyurii I. V., Sloboda A. O., Truba Y. P., Lazoryshynets V. V.

**Abstract. Purpose of work:** analysis of immediate and long-term results of surgical treatment with transposition of great vessels.

**Object and research methods.** Surgical treatment of transposition of great vessels was performed in 54 patients. Of these, 15 are female (28%) and 39 (72%) are male. At the same time, in 42 patients the interventricular septum was intact, in 12 it had a defect. All patients underwent Arterial switch operation. In 85% of patients, the defect was diagnosed prenatally and confirmed by Echo-KG immediately after birth, in 15% of cases – after birth. Nine (1.6%) patients had abnormal anatomy of the branching and branching of the coronary vessels.

**Results.** Surgical treatment of magistral vessel transposition of patients was carried out in two stages. At the first stage, the Rashkind procedure was performed for urgent indications using balloon atrioseptostomy: in 36% – in the first hours after hospitalization, in 64% – the next day. After the Rashkind procedure, the condition of all patients improved, blood oxygen saturation increased by 25-50%. Subsequently, the patients underwent an Arterial switch operation.

Hospital mortality after arterial switch operation was 3.7% (n=3). Its causes were: a) severe myocardial insufficiency (n=1), which was caused by left ventricular myocardial infarction associated with technical difficulties of coronary artery reimplantation; b) bilateral polysegmental pneumonia (n=2).

In the postoperative period of patients, various complications were identified that worsened the patient's condition. This is acute respiratory failure – 7 cases; acute renal failure – 4 cases; purulent-septic complications – 3 cases; paresis of the diaphragm – 1 case; resternotomy for bleeding – 1 case; dilated chest due to severe heart failure – 4 cases.

There were no fatal cases in the long-term period. There were complications in the long-term period of the arterial switch operation, which were subsequently resolved surgically and endovasкулярly. This is neo-aortic valve insufficiency – 7 cases; pulmonary valve stenosis – 5 cases.

After 3-5 years, all patients underwent planned coronary angiography. Revealing neo-aortic valve insufficiency (grade I-II) in 7 patients did not require surgical intervention. He undergoes further routine observation annually. In the presence of stenosis of the pulmonary artery, balloon dilatation was performed (n=3), and two patients underwent pulmonary artery stenting. The reasons for these consequences were both iatrogenic and physiological features of the structures. The majority of patients were without significant long-term consequences.

**Conclusions:** Surgical treatment of transposition of great vessels by arterial switch operation has good immediate and long-term results. Balloon atrioseptostomy is a procedure that stabilizes the child's condition and improves treatment outcomes. Prenatal diagnosis of transposition of great vessels makes it possible to provide timely care to newborns with this critical heart defect in specialized cardiac surgery facilities.

**Key words:** congenital heart disease, transposition of great vessels, open heart surgery, Rashkind's procedure.

### ORCID кожного автора та їх внесок до статті:

Imanov E.: 0000-0001-7575-9765 <sup>AC</sup>

Plyska O. I.: 0000-0001-7002-7637 <sup>D</sup>

Dzyurii I. V.: 0000-0002-1073-7060 <sup>B</sup>

Sloboda A. O.: 0000-0001-9374-6909<sup>B</sup>  
Truba Y. P.: 0000-0001-5214-408X<sup>E</sup>  
Lazoryshynets V. V.: 0000-0002-1748-561X<sup>F</sup>

## Конфлікт інтересів:

Автори статті підтверджують відсутність конфлікту інтересів.

Адреса для кореспонденції

Плиска Олександр Іванович

НПУ ім.М.П.Драгоманова

Адреса: Україна, 01030, м. Київ, вул. Пирогова, 9

Тел.: +380674038347

E-mail: plys2005@ukr.net

A – концепція роботи та дизайн, B – збір та аналіз даних, C – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, E – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Рецензент – проф. Ляховський В. І.

Стаття надійшла 09.01.2021 року

Стаття прийнята до друку 29.06.2021 року

DOI 10.29254/2077-4214-2021-3-161-121-126

УДК 616.24-007.272:616/.33-002

Лях О. І., Товт-Коршинська М. І., Дербак М. А., Лазорик М. І.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОЇ АНТИРЕФЛЮКСНОЇ ТЕРАПІЇ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (м. Ужгород, Україна)

olesya.lyakh@uzhnu.edu.ua

Вивчення клінічної ефективності комплексного лікування поєднаної патології є предметом дослідження багатьох науковців. Метою нашої роботи було оцінити якість життя у хворих на ХОЗЛ у поєднанні ГЕРХ після проведеної антирефлюксної терапії. Антирефлюксна терапія включала заходи щодо зміни способу життя; призначення інгібітора протонної помпи (ІПП) – рабепразолу в дозі по 20 мг ранком за 30 хв до прийому їжі, протягом 8 тижнів з переходом на терапію «на вимогу» та ітопріда гідрохлорид по 50 мг 3 рази на добу протягом 1 місяця. В залежності від призначеного лікування хворі були розділені на підгрупи: 1-а (n=34) – на тлі базисної терапії ХОЗЛ отримували антирефлюксну терапію із застосуванням рабеміпіду по 100 мг 3 рази на добу протягом 1 місяця, і 1-б (n=26) – базисну терапію ХОЗЛ в поєднанні з антирефлюксною без застосування рабеміпіду. Використано вимірювання функції зовнішнього дихання, опитувальники для оцінки симптомів ГЕРХ: модифікований опитувальник (MO GERD-Q), GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) та опитувальник для оцінки якості життя EQ-5D. Виявлено, що наявність супутньої ГЕРХ погіршує якість життя у пацієнтів з поєднаною патологією. Застосування антирефлюксної терапії покращує функцію зовнішнього дихання у пацієнтів з поєднаним ХОЗЛ і ГЕРХ та за даними опитувальника GSRS, після проведеного лікування встановлено значне поліпшення показників якості життя хворих порівняно з даними до лікування за всіма шкалами симптомів. Використання антирефлюксної терапії з додаванням рабеміпіду сприяє достовірному покращенню загальних симптомів. Таким чином, комплексне лікування поєднаної патології із застосуванням антирефлюксної терапії покращує

якість життя у хворих з поєднаним перебігом ХОЗЛ і ГЕРХ.

**Ключові слова:** якість життя, хронічне обструктивне захворювання легень, антирефлюксна терапія.

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Наукове дослідження виконано в рамках загальнокафедральної теми кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб ДВНЗ «УжНУ» «Поліморбідна патологія при захворюваннях органів травлення, особливості патогенезу, можливості корекції» № державної реєстрації 0118U004365, а також загальнокафедральної теми кафедри внутрішніх хвороб медичного факультету № 2 ДВНЗ «УжНУ» «Клініко-патогенетичні та психосоматичні аспекти поєднаної терапевтичної патології, оптимізація лікувальних підходів» шифр – 3А-2017.

**Вступ.** Супутні патології є ризиком ускладненого перебігу хронічного обструктивного захворювання легень і є причиною смертності та інвалідизації серед населення [1]. Також коморбідність значною мірою підвищує затрати на медичну допомогу таким пацієнтам [2, 3].

Коморбідна патологія чинить згубний вплив, який супроводжується системним запаленням та має легеневої та позалегеневої прояви [4, 5]. Тому лікувальний та профілактичний підхід повинен бути спрямований не тільки на основне захворювання, а й на фонові патологічні стани [6].

Поширеність розвитку та прогресування поєднаної патології органів травної та респіраторної систем є предметом вивчення багатьох науковців [7, 8, 9]. Особливу актуальність має проблема ведення хворої з поєднанням гастроєзофагеальної рефлюксної