

**В.М. Каменир**

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, степень поражения слизистой оболочки пищевода, функция внешнего дыхания.

Внимание, уделяемое патологии пищевода, в том числе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), в последнее время значительно возросло, причем не только среди гастроэнтерологов, но и среди врачей других специальностей. Произошло это вследствие того, что заболеваемость ГЭРБ неуклонно увеличивается во всех странах, ее симптомы можно выявить почти у половины взрослого населения, а 10 % из них имеют эндоскопические признаки поражения пищевода [1]. Не последнее место занимают и «внепищеводные» проявления ГЭРБ, в частности при патологии органов дыхания [3,7]. У таких больных могут быть частые повторные пневмонии, раннее развитие обструктивного заболевания легких [5, 6]. У 6—10 % пациентов с патологией органов дыхания ГЭРБ является причиной необъяснимого, малопродуктивного кашля, который может сохраняться длительное время.

ГЭРБ у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) требует соответствующей диагностической оценки, терапевтической и профилактической коррекции, дифференцированных в зависимости от тяжести заболеваний и их последствий. Как правило, выраженная сопутствующая патология входит в критерии исключения для научных исследований, поэтому надежных данных об особенностях диагностики и лечения сочетанных заболеваний значительно меньше, чем при изолированной патологии. Проведение научных исследований двух заболеваний и существенно сложнее, и методически разработано слабее [8].

ХОЗЛ — одна из главных причин заболеваемости и смертности в мире, приводящая к значитель-

ным экономическим и социальным потерям. По показателю смертности ХОЗЛ занимает четвертое место в структуре причин смертности в мире. В ближайшие 10—20 лет предполагается дальнейшее увеличение как распространенности, так и смертности от этого заболевания. К 2020 году ХОЗЛ будет занимать пятое место по показателю Disability-Adjusted Life Years среди всех заболеваний после ИБС, депрессии, дорожных происшествий, цереброваскулярных заболеваний и третье место — в структуре смертности среди всех болезней [4].

Данные исследований указывают, что течение ГЭРБ при его сочетании с ХОЗЛ сопровождается «синдромом взаимного отягощения» [2], что влечет за собой много спорных вопросов, касающихся в том числе клинических и диагностических проявлений этой сочетанной патологии.

В этой связи наше внимание обращено к выявлению клинико-функциональных особенностей сочетанного варианта течения ГЭРБ и ХОЗЛ.

Цель исследования — проанализировать клинико-функциональные проявления ГЭРБ при ее сочетании с ХОЗЛ.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Обследовано 79 пациентов ГЭРБ (51 мужчина и 28 женщин) в возрасте от 25 до 75 лет (средний возраст  $(51,09 \pm 0,75)$  года).

Все пациенты выразили письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Обследование включало клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Диагноз ГЭРБ у пациентов с ХОЗЛ верифицировали с учетом Монреальского консенсуса (2006), Гштадтского руководства по стратегии лечения ГЭРБ.

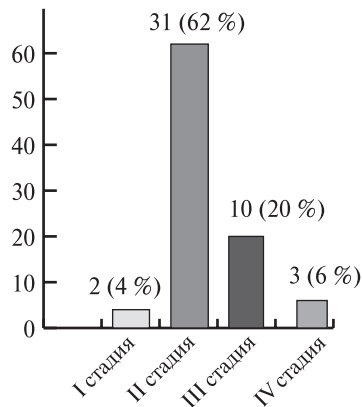


Рис. 1. Розподілення пацієнтів по клінічним стадіям ХОЗЛ

Особое внимание уделяли сбору анамнеза для выявления классических и внепищеводных симптомов ГЭРБ, а также сопутствующей патологии.

Для оценки клинических проявлений ГЭРБ использовали шкалу ReQuest (ее сокращенный вариант).

Диагноз ХОЗЛ верифицировали с учетом критериев Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD(2008) и согласно приказу МОЗ Украины № 499 от 28.10.2003 года.

Поскольку измерение легочных объемов и скорости воздушных потоков в дыхательных путях не дает полной картины функционального состояния пациента и тем более выраженности его одышки, для оценки влияния одышки на повседневную активность использовали шкалу MRC, которая рекомендована для оценки респираторной симптоматики при ХОЗЛ [5].

Определяли индекс курения (ИК) (пачко-годы) по формуле:

ИК (пачко-годы) = количество выкуриваемых сигарет в день × стаж курения (годы) / 20.

Для выявления пищеводных проявлений, а также для диагностики формы ГЭРБ (эндоскопически негативная (НЭРБ) или эндоскопически позитивная (ЭРБ степень А, В, С, пищевод Барретта), выполняли эндоскопию с использованием видеоэндоскопа фирмы Olympus GIF-V-70 и Fujinon WG-88FP. Степень выраженности рефлюксэзофагита оценивали согласно Лос-Анджелесской классификации (1994).

Кроме рентгенографии органов грудной клетки, определяли функцию внешнего дыхания (ФВД) с помощью спирографа «Спиросвит-3000» (Япония). Оценивали основные показатели, характеризующие наличие обструктивных изменений дыхательных путей: объем форсированного выдоха за 1 с (FEV1), форсированную жизненную емкость легких (FVC), соотношение FEV1/ FVC. В ходе спирометрии проводили фармакологическую пробу с ингаляцией бронхолитика короткого действия.

Критерии включения в исследование: признаки ГЭРБ (изжога 2 раза/нед и более, регургитация или выявление при видеоэндоскопии признаков поражения пищевода (катарального или эрозивно-повреждения)); установленный диагноз ХОЗЛ.

В исследование не включали пациентов в случае выявления у них хоть одного из перечисленных состояний: органические заболевания пищеварительной и дыхательной систем (эрозивно-язвенные поражения пищеварительного канала, злокачественные или доброкачественные новообразования), инфицирование *H. pylori*, бронхиальная астма, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, туберкулез, психические заболевания, аутоиммунные заболевания, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем, беременность, отказ пациента от участия в исследовании.

Пациенты были разделены на две группы. В I группу (основную) был включен 51 пациент с диагнозом ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ, II группу (сравнения) составили 28 человек с изолированной ГЭРБ. Распределение пациентов по полу и возрасту в клинических группах представлено в табл. 1.

Данные табл. 1 показывают, что среди обследованных пациентов обеих групп большинство составили мужчины 41—60 лет. По возрасту и полу группы были однородными. Средняя продолжительность заболевания ГЭРБ у пациентов I группы составляла ( $5,2 \pm 0,32$ ) года, II группы — ( $4,3 \pm 0,39$ ) года. Средняя продолжительность ХОЗЛ — ( $6,94 \pm 0,37$ ) года. Эти данные представлены в табл. 2.

Изучение анамнеза показало, что средняя продолжительность ГЭРБ в I группе составила ( $5,1 \pm 0,5$ ) года, во II — ( $4,3 \pm 0,2$ ) года.

Изучение клинической картины заболевания показало, что продолжительность анамнеза пациентов группы с сочетанной патологией составляла от 1 до 20 лет. По критериям GOLG (2008) ХОЗЛ легкой степени наблюдалось у 2 человек, средней — у 25, тяжелой — у 16 и крайне тяжелой — у 3. Эти данные представлены на рис. 1.

Как видно из рис. 1, при сочетанной патологии I стадия ХОЗЛ была у 2 (4 %) больных, II стадия диагностирована у 31 (62 %) пациента, III и IV стадия — 10 (20 %) и 3 (6 %) соответственно. У больных с установленным диагнозом ХОЗЛ преобладали II и III стадии.

В группе с сочетанной патологией оценивали влияние одышки на повседневную активность (рис. 2).

Среди пациентов с сочетанной патологией показатель 0 баллов (одышка только при энергичной, напряженной физической нагрузке) по шкале MRC имел только 1 пациент (1,9 %); степень одышки в 1 балл (одышка при быстрой ходьбе по ровной местности или при подъеме на небольшую возвышенность) оценили 7 пациентов (13,7 %); 2 балла (из-за одышки пациент ходит по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, либо он вынужден останавливаться при ходьбе по ровной местности в своем обычном темпе) получили 26 (50,9 %); 3 балла (пациент останавливается из-за одышки через 100 м или после нескольких минут ходьбы по ровной местности) и 4 балла (пациент из-за одышки не выходит из дома либо задыхается при одевании и раздевании) отметили 12

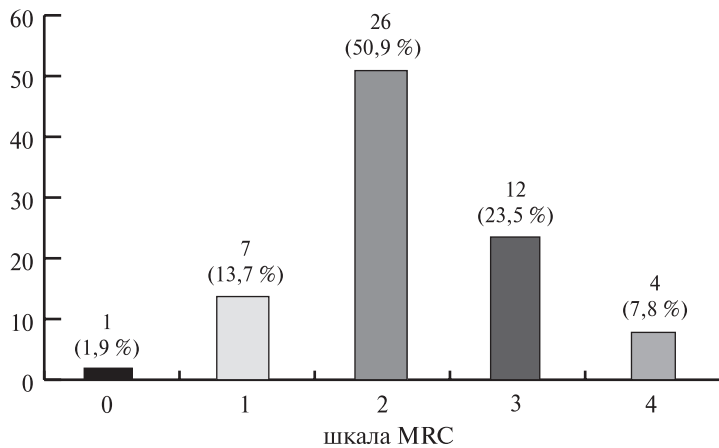


Рис. 2. Показатели влияния одышки на повседневную активность по шкале MRC

(23,5 %) и 4 (7,8 %) больных соответственно. Все показатели достоверны ( $P < 0,05$ ).

Тщательный опрос больных показал, что при ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ достоверно ( $P < 0,05$ ) преобладали внепищеводные жалобы, в отличие от группы с изолированной ГЭРБ, где больший удельный вес имели классические пищеводные жалобы (табл. 3).

Из табл. 3 видно, что типичные пищеводные жалобы (изжога и регургитация) не имели достоверных межгрупповых различий, изжога беспокоила ( $88 \pm 1,31$ ) % пациентов группы с сочетанной патологией и ( $91 \pm 1,79$ ) % пациентов группы с изолированной ГЭРБ, ночью изжога беспокоила ( $65 \pm 1,13$ ) и ( $64 \pm 1,51$ ) % соответственно, на регургитацию жаловались ( $83 \pm 1,27$ ) и ( $82 \pm 1,70$ ) % больных соответственно ( $P > 0,05$ ). Среди внепищеводных жалоб отмечены достоверные межгрупповые различия. На жжение языка в группе с сочетанной патологией указывали на 42 % больных, чем в группе с изолированной ГЭРБ — ( $62 \pm 1,10$ ) и ( $14 \pm 0,71$ ) %. Жалобы на болезненное глотание достоверно больше (на 59 %) предъявляли пациенты группы с сочетанной патологией, чем в группе с изолированной ГЭРБ — ( $61 \pm 1,09$ ) и ( $2 \pm 0,27$ ) %. Достоверно меньше больных с изолированной ГЭРБ беспокоили охриплость голоса — на 90 % и першение в горле — на 61 %. Различия в 32 и 35 % между группами также отмечены по поводу таких жалоб, как связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания и затрудненное дыхание после приема пищи. Жалобы на нарушение дыхания во время сна были в группе с изолированной ГЭРБ (на 75 %). Кашель, одышку и выделение мокроты отмечали только пациенты с ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ.

При изучении функции внешнего дыхания у пациентов с сочетанной патологией выявлено снижение основных показателей FEV1 (объем форсированного выдоха за первую секунду), FVC (форсированную жизненную емкость легких) и соотношение этих показателей (FEV1/FVC) от должных нормальных значений для человека того же пола, возраста и роста. За должные принимаются значения FEV1 > 80 %, FEV1/FVC > 70 %. Значения фиксировали после проведения теста на обратимость с использованием бронходилататора короткого действия — сальбутамола сульфата (рис. 3).

На рис. 3 показано значительное снижение основных показателей функции внешнего дыхания у пациентов с ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ. Среднее значение FEV1 — 55,5 % от должного нормального значения FEV1 > 80 %, FVC — 76,9 %, от должных FVC > 70 %, средние показатели соотношения FEV1/FVC — 56,1 %, от должных нормальных FEV1/FVC > 70 %.

По данным эндоскопического исследования рефлюкс-эзофагит А (РЭ А) диагностирован у 33,3 % пациентов I группы и у 32,1 % больных II группы. РЭ В — у 25,4 и 14,2 % соответственно. Эти пока-

Таблица 1. Распределение пациентов I и II групп по полу и возрасту

Возраст, годы	Группа I (n = 58)		Группа II (n = 28)		Всего (n = 79)	
	Мужчины	Женщины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
20–40		1 (8,3 %)	8 (50 %)	5 (41,6 %)	9 (11,3 %)	5 (6,3 %)
41–60	24 (61,5 %)	10 (83,3 %)	4 (25 %)	5 (41,6 %)	14 (17,7 %)	29 (36,7 %)
Более 60	14 (35,8 %)	1 (8,3 %)	4 (25 %)	2 (16,6 %)	5 (6,3 %)	16 (20,2 %)
Всего	38 (74,5 %)	12 (23,5 %)	26 (57,1 %)	12 (42,8 %)	24 (30,3 %)	64 (81 %)
Средний возраст	$56,7 \pm 1,22$	$49,8 \pm 2,03$	$46,0 \pm 1,28$	$43,1 \pm 1,95$	—	—

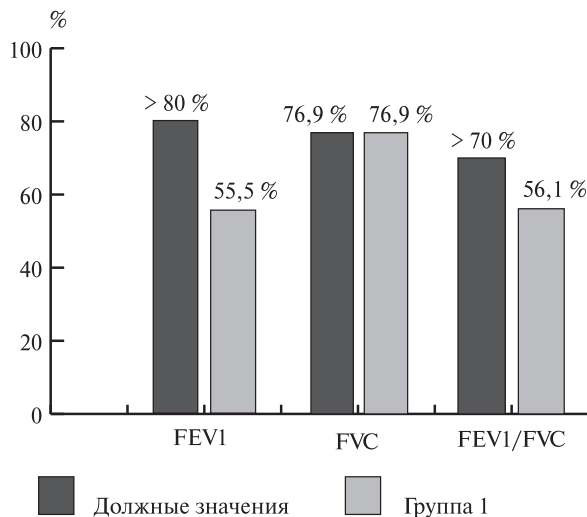


Рис. 3. Показатели функции внешнего дыхания у пациентов с ГЭРБ и ХОЗЛ в сравнении с нормой

затели имеют достоверные межгрупповые различия ( $P < 0,05$ ). РЭ С констатирован у 13,7 и 7,6 % случаев соответственно. НЭРБ отмечена у 29,4 и 39,2 % обследованных, что также имело достоверные различия ( $P < 0,05$ ). Наблюдалось преобладание РЭ у мужчин I группы, взаимосвязь возраста и степени поражения слизистой оболочки пищевода, а также влияния фактора курения на степень ГЭРБ. Эти данные представлены в табл. 4.

Сравнивая данные эндоскопического исследования, представленные в табл. 4, можно выделить достоверные межгрупповые различия при диагностике РЭ В, который в 1,7 раза чаще диагностирован в группе с сочетанной патологией ( $(25,4 \pm 0,70)$  и  $(14,2 \pm 0,71)$  %) соответственно. НЭРБ напротив в 1,3 раза чаще установлена в группе с изолированной ГЭРБ —  $(29,4 \pm 0,76)$  и  $(39,2 \pm 1,18)$  соответственно ( $P < 0,05$ ). При диагностике РЭ А и РЭ С достоверных различий не выявлено ( $P > 0,05$ ). В группе с сочетанной патологией отмечалось достоверное увеличение количества мужчин по отношению к женщинам пропорционально увеличению степени поражения пищевода. Так, при НЭРБ среднее количество лиц мужского и женского пола составило  $(57,1 \pm 1,0)$  и  $(42,8 \pm 0,91)$  % соответственно, РЭ А —  $(76,4 \pm 1,22)$  и  $(23,5 \pm 0,68)$  % соответственно, РЭ В  $(92,3 \pm 1,34)$  и  $(7,6 \pm 0,39)$  %, и РЭ С  $(13,7 \pm 0,52)$  и 0 % соответственно. Все показатели имели высокую степень достоверности в межполовых различиях ( $P < 0,001$ ). В группе с изолированной ГЭРБ при диагностике НЭРБ и РЭ А количество женщин достоверно превышало количество мужчин  $(36,3 \pm 1,14)$ , и  $(63,6 \pm 1,5)$  %,  $(33,3 \pm 1,09)$  и  $(66,6 \pm 1,54)$  % соответственно ( $P < 0,05$ ). При РЭ В во II группе также преобладали мужчины —  $(75 \pm 1,63)$  и  $(25 \pm 0,94)$  %, при РЭ С —  $(66,6 \pm 1,54)$  и  $(33,3 \pm 1,09)$  % соответственно ( $P < 0,001$ ). В группе с сочетанной патологией прослеживалась прямая взаи-

Таблица 2. Длительность анамнеза заболевания в сравниваемых группах

Группа	ГЭРБ			ХОЗЛ			Среднее значение	
	1—5 лет	ГЭРБ и ХОЗЛ 5—10 лет	Более 10 лет	1—5 лет	5—10 лет	Более 10 лет	ГЭРБ	ХОЗЛ
I (n = 51)	26 (49 %)	19 (37,2 %)	6 (11,7 %)	21 (41,1 %)	17 (33,3 %)	13 (25,4 %)	$5,2 \pm 0,32$	$6,94 \pm 0,37$
II (n = 28)	12 (42,8 %)	15 (53,5 %)	0 (0 %)	—	—	—	$4,3 \pm 0,39$	—

Таблица 3. Сравнительная оценка клинической симптоматики в исследуемых группах, баллы

Жалоба	Группа I (n = 51) %	Группа II (n = 28) %	P
Изжога	$88 \pm 1,31$	$91 \pm 1,79$	$> 0,05$
Изжога в ночное время	$65 \pm 1,13$	$64 \pm 1,51$	$> 0,05$
Регургитация	$83 \pm 1,27$	$82 \pm 1,70$	$> 0,05$
Жжение языка	$62 \pm 1,10$	$14 \pm 0,71$	$< 0,05$
Боль при глотании	$61 \pm 1,09$	$2 \pm 0,27$	$< 0,001$
Охриплость голоса	$100 \pm 1,39$	$10 \pm 0,60$	$< 0,001$
Першение в горле	$100 \pm 1,39$	$32 \pm 1,07$	$< 0,01$
Связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания	$35 \pm 0,83$	$3 \pm 0,33$	$< 0,001$
Связь приема пищи с эпизодами затрудненного дыхания	$38 \pm 0,86$	$3 \pm 0,33$	$< 0,001$
Тяжелое дыхание во сне	$77 \pm 1,22$	$2 \pm 0,27$	$< 0,001$
Кашель	$100 \pm 1,39$	0	$< 0,001$
Одышка	$100 \pm 1,39$	0	$< 0,001$
Выделение мокроты	$84 \pm 1,28$	0	$< 0,001$

мосвязь между возрастом пациентов и степенью поражения пищевода. Чем старше возрастная категория пациентов, тем более глубокая степень поражения слизистой пищевода. Средний возраст пациентов I группы составил при НЭРБ ( $53,3 \pm 1,02$ ) года, при РЭ А — ( $55,4 \pm 1,04$ ) года, при РЭ В — ( $57 \pm 1,05$ ) и при РЭ С — ( $60,1 \pm 1,08$ ) года. В группе с изолированной ГЭРБ зависимость от возраста не выявлена.

Анализ анамнестических данных подтвердил важную роль курения как фактора риска развития и ГЭРБ, и ХОЗЛ. Привычку курения имели 79 % пациентов I группы и 46,1 % больных II группы. «Злостных курильщиков» в I группе было достоверно больше, чем во II ( $P < 0,01$ ), что подтверждается индексом курильщика, который в среднем составил ( $22,7 \pm 0,67$ ) и ( $16,3 \pm 0,76$ ) пачко-лет соответственно ( $P < 0,05$ ). Также отмечен более высокий индекс курения у пациентов с тяжелой степенью поражения пищевода. При НЭРБ — индекс курильщика составил ( $18,4 \pm 0,60$ ) пачко-лет, при РЭ А — ( $26,6 \pm 0,72$ ), при РЭ В и С ( $36,08 \pm 0,84$ ) и ( $34,2 \pm 0,82$ ) пачко-лет соответственно. Индекс курильщика при РЭ В и С достоверно в 1,9 раза превышал таковые показатели при НЭРБ ( $P < 0,05$ ). При изолированной ГЭРБ достоверных различий между индексом курильщика и степенью поражения пищевода не было.

У пациентов группы с сочетанной патологией при сравнении данных функции внешнего дыхания и видеоэндоскопии выявлены некоторые закономерности между тяжестью течения ХОЗЛ и степенью поражения слизистой пищевода (табл. 5).

Как показано в табл. 5, чем выше была степень тяжести ХОЗЛ, тем чаще и тяжелее диагностировали поражения пищевода. Так, при I стадии (легкое течение) ХОЗЛ — НЭРБ установлено в ( $1,9 \pm 0,19$ ) % случаев, РЭ не диагностирован; при стадии II (течение средней тяжести) — НЭРБ встречалась в ( $17,6 \pm 0,59$ ) % случаев, РЭ А — в ( $25,4 \pm 0,71$ ) %, РЭ В — в ( $11,7 \pm 0,48$ ) % и РЭ С — в ( $1,9 \pm 0,19$ ) %, стадия III (тяжелое течение) ХОЗЛ — НЭРБ — в ( $7,8 \pm 0,39$ ) %, РЭ А — в ( $5,8 \pm 0,34$ ) %, РЭ В — в ( $11,7 \pm 0,48$ ) %, РЭ С — в ( $5,8 \pm 0,34$ ) % случаев; стадия IV (крайне тяжелое течение) — РЭ А — ( $1,9 \pm 0,19$ ) %, РЭ С — ( $5,8 \pm 0,34$ ) %, РЭ В и НЭРБ не диагностированы.

Тяжесть поражения слизистой оболочки пищевода также предположительно можно объяснить базисной терапией, которую принимали пациенты I группы для лечения ХОЗЛ: 95 % больных использовали ингаляционные бронхолитические препараты, 75 % сочетали их прием с топическими глюкокортикостероидами (ГКС), а 25 % пациентов также использовали препараты из группы теофиллина. В стационаре в связи с обострением заболевания системные ГКС были назначены 55 % пациентам I группы. При анализе состояния слизистой оболочки пищевода в зависимости от базисной терапии ХОЗЛ отмечено, что на фоне применения как ингаляционных, так и системных ГКС чаще, чем при изолированном приеме бронхолитических препаратов выявляли эрозивные поражения слизистой оболочки пищевода.

Таблица 4. Взаимосвязь половых и возрастных отличий при диагностике ЭРБ и НЭРБ у пациентов I и II групп

	Группа I				Группа II			
	НЭРБ	РЭ А	РЭ В	РЭ С	НЭРБ	РЭ А	РЭ В	РЭ С
Количество пациентов, %	29,4 $\pm 0,76$	33,3 $\pm 0,81$	25,4 $\pm 0,70$	13,7 $\pm 0,52$	39,2% $\pm 1,18$	32,1 $\pm 1,07$	14,2 $\pm 0,71$	10,7 $\pm 0,62$
Мужчины	57,1 $\pm 1,00$	76,4 $\pm 1,22$	92,3 $\pm 1,34$	13,7 $\pm 0,52$	36,3% $\pm 1,14$	33,3 $\pm 1,09$	75 $\pm 1,63$	66,6 $\pm 1,54$
Женщины	42,8 $\pm 0,91$	23,5 $\pm 0,68$	7,6 $\pm 0,39$	0	63,6 $\pm 1,5$	66,6 $\pm 1,54$	25 $\pm 0,94$	33,3 $\pm 1,09$
Средний возраст	53,3 $\pm 1,02$	55,4 $\pm 1,04$	57 $\pm 1,05$	60,1 $\pm 1,08$	44,7 $\pm 1,26$	50 $\pm 1,33$	47,5 $\pm 1,30$	41,6 $\pm 1,22$
Индекс курильщика	18,4 $\pm 0,60$	26,6 $\pm 0,72$	36,08 $\pm 0,84$	34,2 $\pm 0,82$	27,8 $\pm 1,0$	24,2 $\pm 0,93$	20,75 $\pm 0,86$	26 $\pm 0,96$

Таблица 5. Сравнение показателей ФВД с данными видеоэндоскопии у пациентов I группы

Стадия ХОЗЛ	НЭРБ, %	РЭ А, %	РЭ В, %	РЭ С, %
I	$1,9 \pm 0,19$	0	0	0
II	$17,6 \pm 0,59$	$25,45 \pm 0,71$	$11,7 \pm 0,48$	$1,9 \pm 0,19$
III	$7,8 \pm 0,39$	$5,8 \pm 0,34$	$11,7 \pm 0,48$	$5,8 \pm 0,34$
IV	0	$1,9 \pm 0,19$	0	$5,8 \pm 0,34$

Подводя итоги исследований, можно отметить, что сочетанное течение ГЭРБ и ХОЗЛ имеет свои клиничко-функциональные особенности. Так, средняя продолжительность ГЭРБ у пациентов с сочетанной патологией выше на  $(5,2 \pm 0,32)$  и  $(4,3 \pm 0,39)$  года соответственно, чем в группе с изолированной ГЭРБ. В случаях установленного диагноза ХОЗЛ преобладали среднее и тяжелое течение.

При анализе клинической картины у больных ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ достоверно ( $P < 0,05$ ) превалировали внепищеводные жалобы в отличие от группы с изолированной ГЭРБ, где больший удельный вес имели классические пищеводные жалобы.

Исследование функции внешнего дыхания показало значительное снижение основных показателей (FEV1, FVC, соотношение FEV1/FVC), характеризующих обструктивные изменения дыхательных путей у пациентов с ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ.

Сравнение данных эндоскопического исследования показало достоверные межгрупповые различия: РЭ В 1,7 раза чаще диагностирован в группе с сочетанной патологией, а НЭРБ, напротив, в 1,3 раза чаще установлена в группе с изолированной ГЭРБ. Характерными особенностями также было достоверное увеличение частоты встречаемости мужского пола по отношению к женскому и увеличение возрастных характеристик пропорционально возрастанию глубины поражения слизистой оболочки пищевода. Чем старше была возрастная категория пациентов, тем более глубокую степень поражения слизистой пищевода у них диагностировали.

Анализ анамнестических данных подтвердил важную роль курения как фактора риска развития и ГЭРБ, и ХОЗЛ. Привычка курения у пациентов I группы в 1,7 раза превышала таковые показатели во II группе. Коэффициент «злостных курильщиков» в группе сочетанной патологии было достоверно больше, чем во II ( $P < 0,01$ ), что подтверждает индекс курильщика, который в среднем составил  $(22,7 \pm 0,67)$  и  $(16,3 \pm 0,76)$  пачко-лет соответственно ( $P < 0,05$ ). Отмечен более высокий индекс курильщика у пациентов с тяжелой степенью поражения пищево-

да. Индекс курильщика при РЭ В и РЭ С достоверно в 1,9 раза превышал таковые показатели при НЭРБ ( $P < 0,05$ ). При изолированной ГЭРБ достоверных различий между индексом курильщика и степенью поражения пищевода не было.

Курение можно рассматривать как независимый фактор риска более тяжелого течения и ГЭРБ, и ХОЗЛ.

Также было отмечено, что чем выше была степень тяжести ХОЗЛ, тем чаще диагностировали тяжелое поражение пищевода.

### ВЫВОДЫ

ГЭРБ, протекающая в сочетании с ХОЗЛ, характеризуется превалированием внепищеводных жалоб в отличие от изолированной ГЭРБ, где больший удельный вес имеют классические пищеводные жалобы.

Изучение ФВД у пациентов I группы позволило выявить значительное снижение основных показателей, характеризующих обструктивные изменения дыхательных путей у этих пациентов.

Степень поражения пищевода и частота определения эрозивного поражения его слизистой в группе с сочетанной патологией в 1,9 раза превышают аналогичные показатели в группе с изолированной ГЭРБ.

Более высокая степень тяжести ХОЗЛ характеризуется более частым и тяжелым поражением слизистой оболочки пищевода.

На фоне приема ингаляционных и системных ГКС для лечения ХОЗЛ чаще диагностируют эрозивные поражения слизистой оболочки пищевода.

ГЭРБ, протекающая на фоне ХОЗЛ, имеет более тяжелое течение.

Перспективы исследования: полученные результаты свидетельствуют о целесообразности дальнейших исследований сочетанного течения ГЭРБ с ХОЗЛ и необходимости более детального изучения механизмов патогенеза и подбора схем медикаментозного лечения с учетом особенностей обеих нозологий.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильев Ю.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенез, диагностика, медикаментозное лечение // Consilium Medicum. Приложение. Диспепсия. — 2002. — № 1. — С. 3—11.
2. Дугка І.В. Інтенсивність оксидативного стресу та протеїназо-інгібіторного дисбалансу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із супровідною гастроэзофагеальною рефлюксною хворобою та ефективність їх корекції препаратом гінко білоба // Клін. та експер. патологія. — 2008. — Т. 7, №3.
3. Кириллов М.М., Кириллов С.М. Сопоставление клиничко-диагностической картины частных форм патологии пищеварительной системы при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких // Вестн. новых мед. технол. (Тула). — 2007. — Т. 14, № 4. — С. 204—220.

4. Кириллов М.М., Кириллов С.М., Рябова А.Ю., Минченко И.И. Патология пищеварительной системы при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких (общность и особенности) // Вестн. новых мед. технол. — 2007. — № 3. — С. 120—123.
5. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваемости // Клин. мед. — 2000. — Т. 78, № 1. — С. 56—58.
6. Фролова-Романюк Э.Ю. Вторичные поражения желудка и пищевода при патологии респираторного тракта // Здоров'я України. — 2007. — С. 58—59.
7. Христинич Т.Н. К вопросу о патогенезе сочетанных заболеваний органов пищеварения и бронхолегочной системы // Укр. тер. журн. — 2006. — № 2. — С. 88—91.
8. Global initiative for chronic obstructive lung disease. NHLBI/WHO workshop report. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute; 2001.

**В.М. Каменір**

**КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У  
ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

Наведено клініко-функціональні особливості гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). ГЕРХ у пацієнтів з ХОЗЛ супроводжується поліморфізмом скарг, значною їх інтенсивністю, а також тяжким перебігом. Висока ступінь тяжкості ХОЗЛ характеризується частішим і тяжчим ураженням слизової оболонки стравоходу. Отримані дані свідчать про доцільність подальших досліджень поєданого перебігу ГЕРХ та ХОЗЛ.

**V.M. Kamenir**

**CLINICAL AND FUNCTIONAL PECULIARITIES OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE  
IN COMBINATION WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

The article presents clinical and functional peculiarities of gastroesophageal reflux disease (GERD) in combination with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). It has been established that GERD in patients with COPD was accompanied with the polymorphism and significant intensity of complaints as well as severe disease course. The high degree of COPD severity is characterized by more frequent and severe lesion of the esophageal mucosa. The data of these observations indicates the expediency of further investigations of the combined course of GERD and COPD.