



В.М. Каменир

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

Клинические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких

Ключевые слова

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, особенности клинического течения.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) на протяжении последнего десятилетия была и продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины. Такую «популярность» ГЭРБ приобрела вследствие длительного, а иногда и пожизненного течения, значительного нарушения качества жизни пациентов, разнообразия количества ее атипичных проявлений, а также возможности развития опасных для жизни осложнений [7].

За последние десять лет в 2–3 раза чаще стали фиксировать проявления тяжелых рефлюкс-эзофагитов (РЭ), частота в популяции которых достигает 2–4 % [14].

За последние годы увеличилось количество исследований, посвященных изучению сочетания ГЭРБ с заболеваниями органов дыхания. В структуре распространенности заболеваний органов дыхания хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) занимает лидирующие позиции и составляет более 55 % патологии респираторной системы [10]. Однако сочетанию ГЭРБ с ХОЗЛ посвящены лишь отдельные исследования, хотя ХОЗЛ является одной из частых причин заболеваемости и смертности в структуре заболеваний внутренних органов, а также значительной социальной и экономической проблемой, решение которой пока еще не имеет тенденций к улучшению [5].

Присоединение хронического воспалительно-го заболевания органов дыхания к гастроэнтерологической патологии обуславливает и соответ-

ствующий прогноз в сторону его отягощения. При такой ситуации очевидно, что детальный анализ клинических особенностей такого сочетанного варианта позволит в свою очередь прийти к более глубоким выводам о взаимном влиянии на течение, диагностику, лечение и профилактику обострений и рецидивов [9].

ГЭРБ и ХОЗЛ в качестве отдельных нозологических единиц изучены достаточно подробно, в то же время при синтропии данных заболеваний всплывает масса нерешенных и спорных вопросов, касающихся в том числе и особенностей клинических проявлений этой сочетанной патологии.

Цель исследования — анализ клинических особенностей ГЭРБ при ее сочетании с ХОЗЛ.

Материалы и методы

Обследовано 79 пациентов с диагнозом ГЭРБ (12 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 25 до 75 лет (средний возраст 51,8 года ± 0,8 года).

Все пациенты подписали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

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

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

Особое внимание уделяли сбору анамнеза для выявления классических и внепищеводных

симптомов ГЭРБ, а также сопутствующей патологии у пациентов.

Массу тела оценивали с помощью ее индекса (ИМТ), который рекомендован как достоверный показатель состояния питания. ИМТ вычисляли по формуле: $\text{ИМТ} = \text{маса (кг)} / \text{рост (м)}^2$. Интерпретировали результаты по общепринятым критериям.

Определяли индекс курения (ИК, пачко-лет) по формуле: $\text{ИК} = \text{количество выкуриваемых сигарет в день} \cdot \text{стаж курения (годы)} / 20$.

Для выявления пищеводажных проявлений, а также для диагностики формы ГЭРБ — эндоскопически негативной или позитивной (степени А, В, С, пищевод Барретта), проводили эндоскопию с использованием видеозондоскопов фирм GIF-V-70 Olympus и WG-88FP Fujinon. Степень выраженности рефлюкс-эзофагита оценивали согласно Лос-Анджелесской классификации (1994).

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 г.

Обследование включало клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования. Функцию внешнего дыхания определяли с помощью спирографа «Спиросвит-3000» (Япония). Оценивали показатели, характеризующие obstructивные изменения дыхательных путей: жизненную емкость легких, форсированную жизненную емкость легких, объем форсированного выдоха в секунду, отношение объем форсированного выдоха в секунду к форсированной жизненной емкости легких, мгновенную объемную скорость. В ходе спирометрии проводили

фармакологическую пробу с ингаляцией бронхолитика короткого действия. У части больных для оценки функционального состояния кардио-респираторной системы определяли толерантность к физической нагрузке с помощью теста с 6-минутной ходьбой.

Критериями исключения из исследования стали: органические заболевания пищеварительной и дыхательной (эрозивно-язвенные поражения пищеварительного канала, злокачественные или доброкачественные новообразования) систем, инфицирование *H. pylori*, бронхиальная астма, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, туберкулез, психические и аутоиммунные заболевания, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем, беременность, отказ от участия в исследовании.

Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу (основную) был включен 51 пациент с диагнозом ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ; 2-ю (сравнения) — 28 больных с изолированной ГЭРБ. Распределение пациентов по полу и возрасту в клинических группах представлено в табл. 1. Среди пациентов как 1-й, так и 2-й групп большинство составили мужчины в возрасте 41–60 лет. Средняя продолжительность заболевания ГЭРБ у больных 1-й группы составляла $(5,2 \pm 0,32)$, 2-й — $(4,3 \pm 0,39)$ года. Средняя продолжительность ХОЗЛ составила $(6,94 \pm 0,37)$ года. Эти данные представлены в табл. 2.

Результаты и обсуждение

Изучение анамнеза показало, что средняя продолжительность ГЭРБ в 1-й группе составила

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Группа	20–40 лет		41–60 лет		Более 60 лет		Всего		Средний возраст, годы
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
1-я (n = 51)	—	1 (8,3)	24 (61,5)	10 (83,3)	14 (35,8)	1 (8,3)	38 (74,5)	12 (23,5)	$54,8 \pm 1,1$
2-я (n = 28)	5 (41,6)	8 (50)	5 (41,6)	4 (25)	2 (16,6)	4 (25)	26 (57,1)	12 (42,8)	$45,5 \pm 1,8$
Всего (n = 79)	5 (6,3)	9 (11,3)	29 (36,7)	14 (17,7)	16 (20,2)	5 (6,3)	64 (81)	24 (30,3)	$51,8 \pm 0,8$

Примечание. Здесь и в табл. 2 в скобках приведены показатели в процентах.

Таблица 2. Сопоставление пациентов по длительности анамнеза

Группа	ГЭРБ			ХОЗЛ			Средняя продолжительность заболевания, годы	
	1–5 лет	5–10 лет	Более 10 лет	1–5 лет	5–10 лет	Более 10 лет	ГЭРБ	ХОЗЛ
1-я (n = 51)	26 (49)	19 (37,2)	6 (11,7)	21 (41,1)	17 (33,3)	13 (25,4)	$5,2 \pm 0,32$	$6,94 \pm 0,37$
2-я (n = 28)	12 (42,8)	15 (53,5)	0	—	—	—	$4,3 \pm 0,39$	—

($5,1 \pm 0,5$) года, во 2-й — ($4,3 \pm 0,2$). У большинства пациентов обеих групп, кроме основного заболевания, отмечено одновременно несколько факторов риска, которые могут усугублять течение как основной патологии, так и в сочетании, приводя к синдрому взаимного отягощения (табл. 3). Среди факторов риска у больных обеих групп наиболее часто встречались: курение, избыточная масса тела, прием медикаментозных препаратов. В группе с сочетанной патологией курили 79 % больных, что на 32,9 % превышает такие показатели в группе с изолированной патологией — 46,1 % ($p < 0,01$). Среднее количество пачек/лет составило 30,6 и 23,6 соответственно, что в 1,3 раза больше в группе с сочетанной патологией по сравнению с аналогичным показателем в группе с изолированной ГЭРБ ($p < 0,05$). Избыточная масса тела наблюдалась у 37 и 38,4 % больных соответственно, что на 1,4 % превышает таковые показатели в группе с сочетанной патологией и не имеет существенных межгрупповых различий ($p > 0,05$). Принимали медикаментозные препараты для лечения ХОЗЛ (β_2 -агонисты, антихолинергические препараты, ингаляционные глюкокортикостероиды, теофиллин, «Эуфиллин» и др.) все пациенты с диагнозом ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ (100 %), что на 94 % превышает показатели в группе с изолированной ГЭРБ, где в дополнительной терапии «Коринфаром» эпизодически нуждались 6 % пациентов ($p < 0,001$).

Известно, что курение является важным фактором риска развития как ГЭРБ, так и ХОЗЛ. При курении достоверно снижается тонус нижнего пищеводного сфинктера, способствуя тем самым забросу желудочного содержимого в пищевод [4, 12]. Показана тесная взаимосвязь между курением и возникновением системной воспалительной реакции, интенсификацией процессов оксидативного стресса, нарушением эндотелиальной функции и повышением коагуляционного потенциала плазмы крови [2]. Кроме того, за счет нарушения редокс-потенциала клеточных мембран и стимуляции процессов их пероксидации сигаретный дым способен повышать риск обострений ХОЗЛ и вероятность развития

инфекционных осложнений. Сигаретный дым рассматривается не только как важнейший поллютант, играющий ключевую роль в патогенезе ХОЗЛ, но и как интегральный фактор, который связывает системную провоспалительную активацию, оксидативный стресс и локальные нарушения функции органов-мишеней [1, 3].

Данные многочисленных исследований указывают на то, что ожирение может влиять на появление симптомов пищевода рефлюкса, а также есть данные, что повышенная масса тела и ожирение представляют собой важные независимые факторы риска развития симптомов ГЭРБ и эрозий пищевода [6, 11]. Ассоциация между избыточной массой тела и снижением легочной функции установлена давно, и все же взаимосвязь ожирения и ХОЗЛ не вполне ясна [13].

Необходимо отметить, что курение и ожирение — наиболее широко распространенные факторы риска в популяции европейских стран.

Известно, что весомый вклад в повреждение слизистой оболочки пищевода, а также негативное воздействие на его моторную функцию может играть использование препаратов для лечения ХОЗЛ, таких как глюкокортикостероиды, теофиллин, адrenomиметики и др. При применении ингаляционных форм глюкокортикостероидов 90 % дозы задерживается в ротоглотке, проглатывается и абсорбируется в кишечнике, часть препарата всасывается в дыхательных путях, за счет чего ингаляционные глюкокортикостероиды оказывают умеренно выраженное системное воздействие, однако нельзя не предположить, что они успевают негативно повлиять на слизистую оболочку пищевода в момент проглатывания [13]. Теофиллин и его аналоги могут способствовать снижению тонуса сфинктера пищевода, а адrenomиметики способны усиливать тканевую гипоксию слизистой оболочки [8]. Следовательно, лечение одного из заболеваний может значительно осложнять течение другого при сочетании их.

Изучение клинической картины заболевания показало, что продолжительность анамнеза пациентов с сочетанной патологией колебалась от 1 до 20 лет. Согласно критериям GOLG (2008), ХОЗЛ легкой степени наблюдалось у 2 человек, средней у — 25, тяжелой у — 16 и крайне тяжелой — у 3 человек. Среди больных с сочетанной патологией I стадия наблюдалась у 2 (4 %), II — у 31 (62 %), III и IV — у 10 (20 %) и 3 (6 %) пациентов соответственно. Установлен диагноз ХОЗЛ чаще был у больных с II и III стадиями.

В клинической картине 88 % больных ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ отмечалась изжога, в ночное время она беспокоила 65 % пациентов, регургитация

Таблица 3. Факторы риска, ухудшающие течение как основного заболевания, так и сочетания ХОЗЛ и ГЭРБ, %

Фактор риска	1-я группа (n = 51)	2-я группа (n = 28)
Курение	79	46,1
Избыточная масса тела	37	38,4
Прием медикаментов	100	6

тация — 83 %, жжение языка — 62 %, болезненное глотание — 61 %, охриплость голоса и чувство першения в горле — у 100 %, а 35 % пациентов отмечали связь между изжогой и затруднением дыхания, 38 % — затруднение при дыхании после приема пищи. Проблемы с дыханием в ночное время отметили 77 % больных, кашель и одышку — 100 %. В группе с изолированной патологией отмечались следующие показатели: изжога — у 91 % больных, в ночное время жалобы на изжогу предъявляли 64 %, регургитация беспокоила 82 % пациентов. Эти показатели не имели достоверной разницы в сравнении с показателями 1-й группы ($p > 0,05$). Жжение языка отметили 14 % пациентов, болезненное глотание — 2 %, 10 % жаловались на охриплость голоса и 32 % — на першение в горле. Связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания, а также затрудненное дыхание после приема пищи отметили 3 % пациентов, нарушение дыхания в ночное время — 2 %, на кашель и одышку пациенты 2-й группы не жаловались. Эти показатели имели достоверную разницу между группами ($p < 0,01$).

Для оценки интенсивности симптоматики проведено тестирование с использованием 10-балльной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Получили следующие показатели: пациенты в группе с сочетанной патологией оценивали интенсивность изжоги в 7,9 балла, изжогу в ночное время — 7,9 балла, регургитацию — 5,4 балла, жжение языка — 4,9 балла, боль при глотании — 5,2 балла, охриплость голоса — 8,5 балла, першение в горле — 8,8 балла, связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания — 7,3 балла, связь приема пищи с затрудненным дыханием — 7,1 балла, тяжелое дыхание во сне — 6,2 балла, ка-

шель — 7,4 балла, одышку — 6,6 балла. Интенсивность изжоги при изолированной ГЭРБ оценивали пациенты в среднем на 8,2 балла, изжогу в ночное время — 8,1 балла, регургитацию — 5,3 балла, связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания — на 7,3 балла в среднем, связь приема пищи с затрудненным дыханием — на 7,1 балла. Эти показатели не имели достоверной разницы в сравнении с показателями 1-й группы ($p > 0,05$). Жжение языка оценивали на 1,8 балла, боль при глотании — на 3,2 балла, охриплость голоса — на 4,6 балла, першение в горле — на 3,8 балла, интенсивность тяжелого дыхания во сне — на 2,2 балла, на кашель и одышку пациенты 2-й группы не жаловались. Эти показатели имели достоверную разницу между показателями 1-й и 2-й групп ($p < 0,01$; $p < 0,05$). Эти данные представлены на рис. 1.

Итак, типичные жалобы со стороны органов пищеварения (изжога и регургитация) не имели достоверных межгрупповых различий, изжога беспокоила 88 % пациентов с сочетанной патологией и 91 % с изолированной ГЭРБ, ночью 65 и 64 % соответственно. На регургитацию жаловались 83 и 82 % пациентов соответственно ($p > 0,05$). Среди внепищеводных жалоб отмечены достоверные межгрупповые различия. На жжение языка при сочетанной патологии предъявляли жалобы на 42 % больше пациентов, чем в группе с изолированной ГЭРБ (62 и 14 %). Жаловались на болезненное глотание больше на 59 % пациентов с сочетанной патологией, чем с изолированной ГЭРБ (61 и 2 %). Достоверно меньше пациенты с изолированной ГЭРБ жаловались на охриплость голоса (на 90 %) и першение в горле (на 61 %). Различия в 32 и 35 %

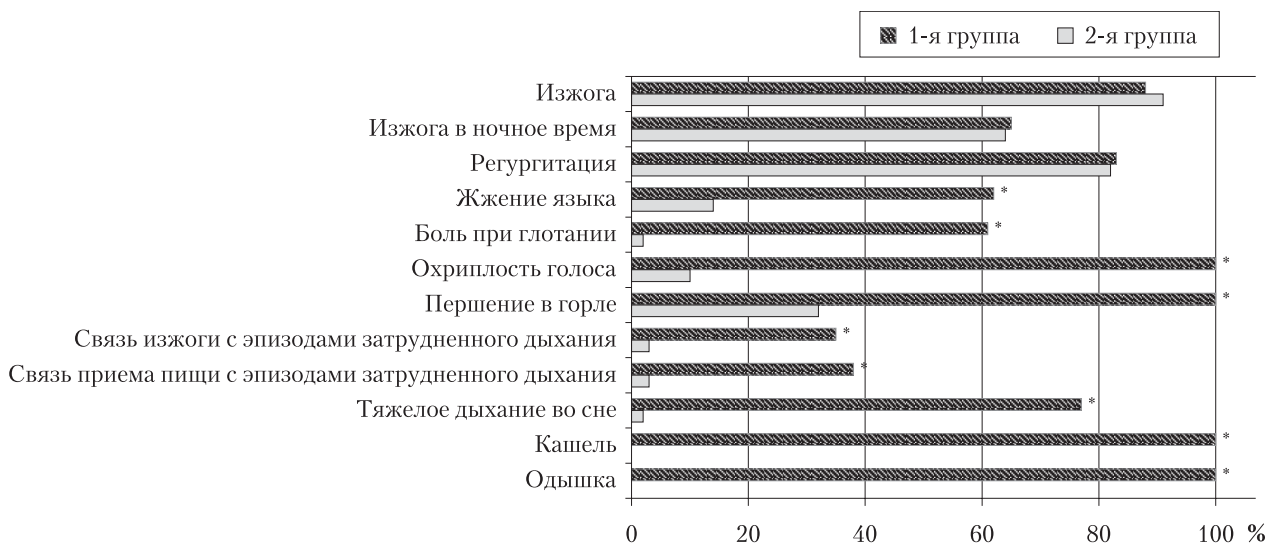


Рис. 1. Сравнительная оценка клинической симптоматики между группами:

* $p < 0,01$ — достоверное различие между показателями.

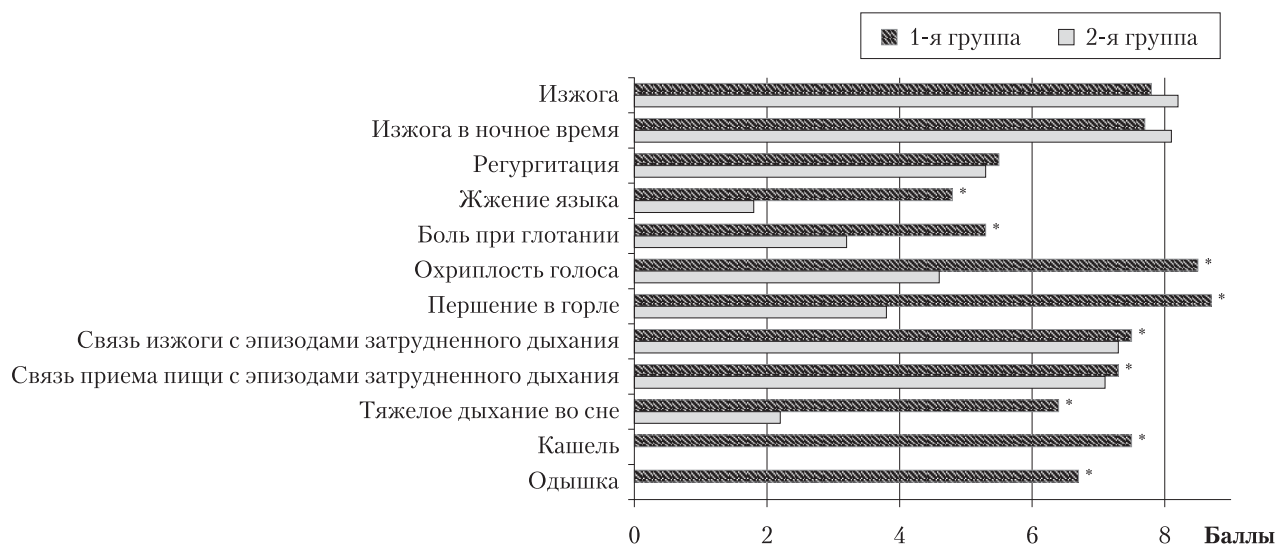


Рис. 2. Сравнительная оценка интенсивности симптоматики по ВАШ:

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ — достоверные различия.

между группами также отмечены в отношении таких жалоб, как связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания и затрудненное дыхание после приема пищи. На нарушение дыхания во время сна чаще жаловались больные с ГЭРБ (на 75 %). Кашель и одышку отмечали только пациенты с ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ.

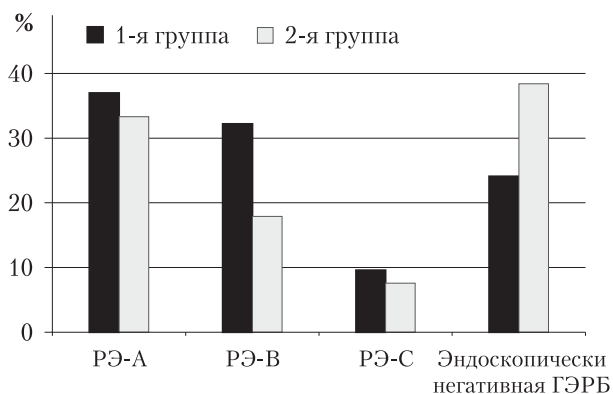
Таким образом, можно отметить, что жалобы на изжогу, регургитацию, связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания, а также связь приема пищи с возникновением затрудненного дыхания, с учетом интенсивности, не имели достоверных различий ($p > 0,05$). Достоверно сильнее по интенсивности в группе с сочетанной патологией были жалобы на: жжение языка (4,9 и 1,8 балла), боль при глотании (5,2 и 3,2 балла) и охриплость голоса (8,5 и 4,6 балла) ($p < 0,05$). Жалобы на першение в горле (8,8 и 3,8 балла), тяжелое дыхание во сне (6,2 и 2,2 балла), кашель (7,4 и 0 балла) и одышку (6,6 и 0 балла) имели высокую степень достоверности у пациентов с сочетанной патологией ($p < 0,001$).

Данные эндоскопического исследования показали, что РЭ-А диагностирован у 37 % пациентов 1-й группы и у 33,3 % — 2-й. РЭ-В — у 33,8 и 17,9 % соответственно. Эти показатели имеют достоверные межгрупповые различия ($p < 0,05$). РЭ-С был диагностирован у 9,6 и 7,6 % соответственно. Эндоскопически негативная ГЭРБ отмечалась у 22,5 и 38,4 % больных, что также имело достоверные различия ($p < 0,05$). Эти данные представлены на рис. 3.

То есть можно выделить достоверные межгрупповые различия при диагностике РЭ-В, который в 1,8 раза чаще наблюдался в группе с сочетанной патологией (33,8 и 17,9 % соответствен-

но). Эндоскопически негативная ГЭРБ, напротив, в 1,7 раза чаще диагностировали при изолированной ГЭРБ (22,5 и 38,4 % соответственно; $p < 0,05$). При диагностике РЭ-А и РЭ-С достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$).

Как показал анализ данных, средняя продолжительность ГЭРБ у пациентов с сочетанной патологией была выше — ($5,2 \pm 0,32$) и ($4,3 \pm 0,39$) года соответственно, чем при изолированной ГЭРБ. Большинство пациентов в обеих группах имели несколько факторов риска, таких как курение, избыточная масса тела, прием медикаментов. Привычка курения выявлена у 79 % пациентов в 1-й группе и 46,1 % — во 2-й. Количество «злостных курильщиков» в 1-й группе было достоверно больше, чем во 2-й ($p < 0,01$), что подтверждается индексом курильщика, который в среднем составил ($30,6 \pm 3,4$) и ($23,6 \pm 2,3$) пачко-лет соответственно ($p < 0,05$).

Рис. 3. Частота диагностированных случаев эндоскопически позитивной и негативной ГЭРБ: * $p < 0,05$ — достоверное различие между показателями 1-й и 2-й групп.

Избыточную массу тела имели 37 % пациентов 1-й группы и 38,4 % – 2-й.

Все пациенты 1-й группы (100 %) и несколько пациентов 2-й (6 %) принимали лекарственные препараты для лечения ХОЗЛ на момент исследования, которые могли негативно влиять на развитие ГЭРБ ($p < 0,001$).

При детализации жалоб прослеживается четкий полиморфизм симптомов у пациентов с сочетанной патологией. При сравнительном анализе интенсивности указанных жалоб оказалось, что у пациентов 1-й группы она значительно выше, чем 2-й.

По данным видеоэндоскопии отчетливо видно, что частота и степень поражения пищевода при сочетанной патологии встречается значительно чаще, при изолированной ГЭРБ, в отличие от эндоскопически негативной, которая во 2-й группе регистрировалась чаще, чем в 1-й. Так, РЭ-А диагностирован у 37 % пациентов 1-й группы и у 33,3 % 2-й. РЭ-В достоверно чаще выявляли у больных 1-й группы – 38,8 и 17,9 % соответственно ($p < 0,05$), РЭ-С – 9,6 и 7,6 % соответственно. Частота встречаемости эндоскопически

негативной ГЭРБ следующая: у пациентов 1-й группы – 24,1 %, 2-й – 38,4 % ($p < 0,05$).

Выводы

ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ характеризуется широким полиморфизмом жалоб и более значительной их интенсивностью, а также большим количеством ее атипичных проявлений, чем в изолированном виде.

Степень поражения пищевода и частота определения эрозивного поражения пищевода у больных с сочетанной патологией значительно превышает такие показатели у лиц с изолированной ГЭРБ (в 1,8 раза).

ГЭРБ на фоне ХОЗЛ протекает более тяжело.

Перспективы дальнейших исследований

Данные наблюдений свидетельствуют о целесообразности дальнейших исследований сочетанного течения ГЭРБ с ХОЗЛ и стимулируют к более детальному изучению механизмов патогенеза и подбору схем медикаментозного лечения с учетом особенностей сочетанных нозологий.

Список литературы

1. Авдеев С.Н. Комбинированная терапия хронической обструктивной болезни легких // Справочник поликлинического врача.— 2008.— № 4.— С. 27–33.
2. Березин А.Е. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярный риск // Укр. мед. часопис.— 2009.— № 2 (70)- III/IV.— С. 62–68.
3. Гаврисюк В.К. Системные проявления ХОЛ: особенности клиники, диагностики и лечения // Укр. пульмонолог. журн.— 2009.— № 2.— С. 7.
4. Ивсюков И. Эпидемиология ГЭРБ: восток и запад // Клин. и экспер. гастроэнтерол.— 2004.— № 5.— С. 2–6.
5. 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. технологий.— 2007.— № 3.— С. 120–123.
6. Ткач С.М. Гастроэнтерологические последствия избыточной массы тела и ожирения // Здоровья України — 2007.— № 20/1.— С. 54–55.
7. Фадеев Г.Д., Бабак М.О., Можина Т.Л. Новый алгоритм медикаментозной терапии при ГЭРБ // Сучасна гастроэнтерол.— 2008.— № 4 (42).— С. 4–7.
8. Фролова-Романюк Э.Ю. Вторичные поражения желудка и пищевода при патологии респираторного тракта // Здоровья України.— 2007.— № 7/1.— С. 58–59.
9. Христинич Т.Н. К вопросу о патогенезе сочетанных заболеваний органов пищеварения и бронхолегочной системы // Укр. тер. журн.— 2006.— № 2.— С. 88–91.
10. Шаверская Э.Ш., Климентова С.В., Романова С.Е. Особенности клинической картины гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при хронической обструктивной болезни легких // VII Съезд научного общества гастроэнтерологов России.— Сочетанная патология гастроэнтерологии.— С. 233.
11. Шептулин А.А. Новая система оценки клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // РЖГТК.— 2008.— № 4.— С. 23–27.
12. Armstrong D., Monnikes H., Bardhan K.D., Stanghellini V. The construction of a new evaluative Gerd questionnaire — methods and state of the art // Digestion.— 2007.— Vol. 75, suppl. q.— P. 17–24.
13. Derendorf H. Pharmacokinetic and pharmacodynamic properties of inhaled corticosteroids in relation to efficacy and safety // Respir. Med.— 1997.— 91, suppl. A.— P. 22–28.
14. Strugala V., Dettmar P.W. The global variation in the prevalence of the GORD symptoms heartburn and acid regurgitation within the general population // Gut.— 2004.— Vol. 53, suppl. 1.— P. 216.

В.М. Каменір

Клінічні особливості гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень

У статті наведено клінічні особливості гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень. Показано, що гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень характеризується ширшим поліморфізмом скарг та значною їх інтенсивністю, а також тяжчим перебігом. Дані цих спостережень свідчать про доцільність подальших досліджень поєданого перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби з хронічним обструктивним захворюванням легень.

V.M. Kamenir

Clinical peculiarities of gastroesophageal reflux disease in combination with chronic obstructive pulmonary disease

The article presents the clinical peculiarities of gastroesophageal reflux disease (GERD) in combination with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). It has been shown that combination of GERD and COPD was marked with the broader polymorphism and higher intensity of complaints as well as more severe course of these diseases. The obtained findings give the arguments to support the advisability of further investigations of the course of GERD combined with chronic obstructive pulmonary disease.

Контактна інформація

Каменір Вікторія Михайлівна, мол. наук. співр.

E-mail: vika-kamenir@yandex.ru

Тел.: (57) 370-28-18

Стаття надійшла до редакції 11 лютого 2010 р.