



Г.Д. Фадееенко, В.М. Каменир
ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой
АМН Украины», Харьков

Динамика клинических проявлений у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких на фоне лечения мелатонином

Ключевые слова

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, мелатонин.

Актуальность проблемы лечения сочетанной патологии не вызывает сомнений. Особенно это касается медикаментозной коррекции таких распространенных заболеваний, как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) [3].

Несмотря на значительное количество публикаций, посвященных изучению механизмов развития ГЭРБ и ХОЗЛ как самостоятельных нозологий, в их сочетанном варианте некоторые звенья патогенеза и клинические особенности недостаточно изучены, чем обусловлены трудности выбора адекватных способов лечения и профилактики.

В последние годы перспективным агентом в лечении ГЭРБ, а также при его сочетании с ХОЗЛ считают гормон эпифиза — мелатонин [4, 6, 7]. Этот гормон участвует в обеспечении многих жизненно важных физиологических процессов, например, в регуляции биологических ритмов, обладает антиоксидантными, противоопухолевыми, адаптогенными, иммуномодулирующими свойствами, регулирует сон и настроение, принимает участие в дифференцировке и пролиферации клеток и др. [1, 2]. Интенсивность метаболизма мелатонина зависит от уровня освещенности, его син-

тез и секреция усиливаются в темное время суток и подавляются в дневные часы, таким образом, мелатонин вовлекается в циркадные ритмы и регулирует различные функции организма [5].

Всесторонний анализ новых клинико-патогенетических аспектов, в частности, изучение роли мелатонина при ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ, имеет важное значение для эффективного комплексного лечения, что определяет научную и практическую актуальность данного исследования.

Цель исследования — анализ динамики клинических проявлений ГЭРБ при ее сочетании с ХОЗЛ на фоне комбинации стандартной терапии с мелатонином.

Материалы и методы

Обследован 131 больной. Средний возраст больных составил ($48,1 \pm 13,6$) года, медиана возраста — 49,0 лет. Из них 49 ($(37,4 \pm 4,2) \%$) женщин и 82 ($(62,6 \pm 4,2) \%$) мужчины.

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

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

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

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

Интенсивность исследуемой симптоматики до и после лечения определяли с помощью 5-балльной шкалы Лайкерта. Качество жизни пациентов в процессе лечения оценивали согласно 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Оценивали динамику жалоб на 1-е и 28-е сутки лечения. Для оценки респираторной симптоматики у больных с ХОЗЛ применяли шкалу MMRC, рекомендованную для полной оценки функционального состояния пациента, выраженности его одышки и влияния одышки на повседневную активность.

Критерии включения в исследование: наличие признаков ГЭРБ (изжога 2 раза в неделю и чаще, регургитация или выявление при видеоэндоскопии признаков поражения пищевода; установленный диагноз ХОЗЛ).

Критерии исключения: органические заболевания пищеварительного канала и системы органов дыхания, 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 распределены на две группы. В 1-ю (основную) группу было включено 62 пациента с ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ в возрасте от 29 до 74 лет. Средний возраст составил $(55,2 \pm 8,9)$ года, медиана возраста — 54 года. Среди них было 12 $((19,4 \pm 5,0) \%)$ женщин и 50 $((80,6 \pm 5,0) \%)$ мужчин. 2-ю (сравнения) группу составили 39 человек с изолированной ГЭРБ в возрасте от 25 до 75 лет. Средний возраст — $(47,7 \pm 15,0)$ лет, медиана возраста — 48 года. Среди них было 20 $((51,2 \pm 5,0) \%)$ женщин и 19 $((48,7 \pm 5,0) \%)$ мужчин.

В исследование включали пациентов с II–IV стадией ХОЗЛ. По степени тяжести пациенты распределились следующим образом: II стадия (средняя степень тяжести) — $(61,3 \pm 6,3) \%$, III стадия (тяжелое течение) — $(32,2 \pm 5,9) \%$, IV стадия (крайне тяжелое течение) — $(6,5 \pm 3,1) \%$. Пациентов с I стадией ХОЗЛ в исследование не включали.

В зависимости от схемы лечения пациенты основной группы были распределены на две подгруппы — 1а и 1б. Подгруппа 1а получала стан-

дартную терапию ХОЗЛ (β_2 -агонисты короткого и длительного действия, М-холинолитики, ингаляционные глюкокортикостероиды и др.) + ингибитор протонной помпы — пантопразол в дозе 40 мг/сут + мелатонин в дозе 3 мг/сут; подгруппа 1б — стандартную терапию ХОЗЛ + пантопразол в дозе 40 мг/сут. Курс лечения составил 30 дней. Пациенты группы сравнения получали пантопразол в дозе 40 мг/сут в течение 30 дней.

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с использованием статистической программы Statistica 6,0.

Результаты и обсуждение

В клинической картине у больных 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. 1).

Типичные пищеводные жалобы (изжога и регургитация) не имели статистически достоверных межгрупповых различий, тогда как относительно внепищеводных жалоб отмечено достоверные межгрупповые различия. Так, на жжение языка в группе сочетанной патологии предъявляли жалобы на 45,8 % больше пациентов, чем при изолированной ГЭРБ, жалобы на болезненное глотание достоверно больше на 58,5 % предъявляли пациенты с сочетанной патологией, достоверно меньше пациенты с изолированной ГЭРБ жаловались на охриплость голоса и першение в горле, жалобы на нарушение дыхания во время сна, кашель и одышку преобладали у пациентов с сочетанной патологией.

На 28-е сутки от начала лечения также был проведен анализ исследуемых жалоб (табл. 2).

Анализ полученных результатов показал, что жалобы на изжогу беспокоили на 3,2 % меньше пациентов в подгруппе лиц, которые принимали мелатонин, по сравнению с теми, кто его не принимал, регургитация и жжение языка — соответственно на 29,2 и 12,9 % меньше, боль при глотании и охриплость голоса — на 13,1 и 16,1 %, жалобы на связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания и связь приема пищи с затрудненным дыханием — на 6,5 и 16,1 %, тяжелое дыхание во сне — на 26 % меньше.

Выявлена достоверная разница между подгруппой мелатонина и изолированной ГЭРБ относительно жалоб на регургитацию (на 28,7 % меньше в группе мелатонина), охриплость голоса (на 44,5 % меньше при изолированной ГЭРБ), связи приема пищи с эпизодами затрудненного дыхания, тяжелое дыхание во сне (соответственно на 19,9 и 23,1 % меньше у пациентов с изоли-

Таблиця 1. Клиническая симптоматика до лечения

Жалоба	1-я группа (n = 62)		2-я группа (n = 39)		P ₁₋₂
	Абс.	%	Абс.	%	
Изжога	59	95,1 ± 1,2	36	92,3 ± 4,3	0,118
Изжога в ночное время	54	87,0 ± 1,1	26	66,7 ± 7,6	0,019
Регургитация	52	83,8 ± 1,1	35	89,7 ± 4,9	0,734
Жжение языка	38	61,2 ± 0,9	6	15,4 ± 5,9	0,001
Боль при глотании	38	61,2 ± 0,9	1	2,7 ± 2,7	0,001
Охриплость голоса	62	100	4	10,3 ± 4,9	0,001
Першение в горле	61	98,3 ± 1,2	1	2,7 ± 2,7	0,001
Связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания	40	64,5 ± 1,02	4	10,3 ± 4,9	0,001
Связь приема пищи с эпизодами затрудненного дыхания	45	72,5 ± 1,08	2	5,1 ± 3,6	0,001
Тяжелое дыхание во сне	50	80,6 ± 1,1	1	2,7 ± 2,7	0,001
Кашель	62	100	1	2,7 ± 2,7	0,001
Одышка	62	100	1	2,7 ± 2,7	0,001

Таблиця 2. Клиническая симптоматика на 28-е сутки от начала лечения

Жалоба	Группа 1а (n = 31)		Группа 1б (n = 31)		Группа 2 (n = 39)		P _{1а-1б}	P _{1а-2}	P _{1б-2}
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%			
Изжога	—	—	1	3,2 ± 3,2	—	—	0,321	—	0,265
Изжога в ночное время	—	—	—	—	8	20,5 ± 6,6	—	0,007	0,007
Регургитация	7	22,6 ± 7,6	16	51,8 ± 9,1	20	51,3 ± 8,1	0,018	0,014	0,978
Жжение языка	5	16,1 ± 6,7	9	29,0 ± 8,3	5	12,8 ± 5,4	0,231	0,699	0,095
Боль при глотании	6	19,2 ± 7,2	10	32,3 ± 8,5	1	2,7 ± 2,7	0,253	0,020	0,001
Охриплость голоса	17	54,8 ± 9,1	22	70,9 ± 8,3	4	10,3 ± 4,9	0,195	0,001	0,001
Першение в горле	12	38,7 ± 8,9	9	29,0 ± 8,3	13	33,3 ± 7,6	0,429	0,647	0,705
Связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания	—	—	2	6,5 ± 4,5	—	—	0,156	—	0,111
Связь приема пищи с эпизодами затрудненного дыхания	7	22,6 ± 7,6	12	38,7 ± 8,9	1	2,7 ± 2,7	0,174	0,008	0,001
Тяжелое дыхание во сне	8	25,8 ± 8,0	16	51,8 ± 9,1	1	2,7 ± 2,7	0,037	0,003	0,001
Кашель	31	100	31	100	1	2,7 ± 2,7	—	0,001	0,001
Одышка	31	100	31	100	1	2,7 ± 2,7	—	0,001	0,001

рованной ГЭРБ), а также кашель и одышку (на 97,3 % больше в группе мелатонина). Между подгруппой пациентов, которые не принимали мелатонин, и пациентами с изолированной ГЭРБ статистически достоверная разница выявлена относительно жалоб на ночную изжогу (на 20,5 % больше в группе с изолированной ГЭРБ), боли при глотании (на 29,6 % меньше в группе с изолированной ГЭРБ), охриплость голоса (на 60,6 % меньше в группе с изолированной ГЭРБ), связь приема пищи с эпизодами затрудненного дыха-

ния и тяжелое дыхание во сне (соответственно на 36 и 49,1 % меньше в группе с изолированной ГЭРБ), а также кашель и одышку (на 97,3 % меньше в группе с изолированной ГЭРБ).

Проведен также сравнительный анализ исследуемых показателей на 1-е и 28-е сутки наблюдения. Установлено, что изжога в подгруппе мелатонина была купирована полностью, в подгруппе без мелатонина уменьшилась на 91,9 % (p = 0,001), при изолированной ГЭРБ — на 92,3 % (p = 0,001); ночная изжога уменьшилась

на 87 % ($p = 0,001$) в обеих подгруппах сочетанной патологии и на 46,2 % ($p = 0,001$) — при изолированной ГЭРБ; регургитация уменьшилась на 61,2 % ($p = 0,001$) в подгруппе 1а и на 32 % ($p = 0,015$) — в 1б, при изолированной ГЭРБ — на 38,4 % ($p = 0,001$); жжение языка — соответственно на 45,1 % ($p = 0,001$), 32 % ($p = 0,021$) и 2,6 % ($p = 0,749$); жалобы на боли при глотании — на 42 % ($p = 0,001$) в подгруппе 1а и на 28,9 % ($p = 0,042$) — в подгруппе 1б, охриплость голоса — соответственно на 45,2 % ($p = 0,001$) и 29,1 % и ($p = 0,001$), першение в горле — а 59,6 % ($p = 0,001$) и 69,3 % ($p = 0,001$); жалобы на связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания — на 100 % в подгруппе 1а, на 58 % ($p = 0,020$) — в подгруппе 1б и на 10,3 % ($p = 0,041$) — в группе изолированной ГЭРБ, на связь приема пищи с трудностями в дыхании — соответственно на 49,9 % ($p = 0,001$), 33,8 % ($p = 0,614$) и 2,4 % ($p = 0,562$); жалобы на затрудненное дыхание в ночное время — на 54,8 % ($p = 0,001$) — в подгруппе 1а и на 28,8 % ($p = 0,450$) — в подгруппе 1б. Жалобы на кашель и одышку во всех исследуемых группах не претерпели положительной динамики.

Таким образом, сочетанная патология характеризуется широким полиморфизмом внепищеводных жалоб в отличие от изолированной ГЭРБ. У пациентов с ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ, которые дополнительно к стандартному лечению принимали мелатонин, внепищеводные жалобы купировались быстрее в отличие от пациентов, в схеме лечения которых мелатонин отсутствовал и у которых не всегда удавалось достичь полной элиминации внепищеводных жалоб. У пациентов с изолированной ГЭРБ внепищеводные жалобы встречались значительно реже, чем при сочетанной патологии, и трудно поддавались медикаментозной коррекции.

Для более детальной характеристики жалоб была применена 5-балльная шкала Лайкерта.

До лечения интенсивность изжоги днем и ночью пациенты подгруппы мелатонина оценивали в $(4,23 \pm 0,16)$ и $(4,16 \pm 0,24)$ балла, после лечения симптом был полностью купирован ($p = 0,001$), регургитация и жжения языка — $(1,84 \pm 0,26)$ и $(2,29 \pm 0,35)$ балла, что превышает показатели после проведенного лечения — $(0,29 \pm 0,11)$ и $(0,23 \pm 0,10)$ балла ($p = 0,001$); боль при глотании и охриплость голоса — $(1,84 \pm 0,26)$ и $(4,32 \pm 0,18)$ балла соответственно, после лечения — $(0,45 \pm 0,17)$ и $(1,35 \pm 0,22)$ балла ($p = 0,001$); першение в горле и тяжелое дыхание во сне в процессе лечения уменьшились на 3,36 и 3,35 балла ($p = 0,001$); связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания была оценена пациентами в $(3,48 \pm 0,23)$ балла, к концу лечения этот симп-

том был полностью купирован ($p = 0,001$); связь затрудненного дыхания с приемом пищи до лечения оценивалась $(3,06 \pm 0,26)$ балла, после лечения — $(0,35 \pm 0,14)$ балла ($p = 0,001$); кашель и одышка — до лечения соответственно $(4,48 \pm 0,13)$ и $(3,25 \pm 0,14)$ балла, после лечения — $(4,42 \pm 0,16)$ балла ($p = 0,016$) и $(4,1 \pm 0,15)$ балла ($p = 0,437$).

У пациентов, которые не принимали мелатонин, интенсивность изжоги днем и ночью до лечения оценивалась $(4,06 \pm 0,17)$ и $(3,48 \pm 0,34)$ балла, после лечения — $(0,16 \pm 0,09)$ и $(0,10 \pm 0,05)$ балла ($p = 0,001$); регургитация и жжение языка до лечения — $(1,81 \pm 0,28)$ и $(1,32 \pm 0,27)$, после лечения — $(0,84 \pm 0,17)$ балла ($p = 0,005$) и $(0,52 \pm 0,16)$ балла ($p = 0,013$); боль при глотании и охриплость голоса до лечения — $(1,61 \pm 0,32)$ и $(1,48 \pm 0,21)$ балла, после лечения — $(0,81 \pm 0,22)$ балла ($p = 0,042$) и $(1,48 \pm 0,21)$ балла ($p = 0,001$); першение в горле и тяжелое дыхание во сне до лечения — $(4,00 \pm 0,21)$ и $(3,39 \pm 0,32)$ балла, после лечения — $(0,52 \pm 0,16)$ и $(1,06 \pm 0,24)$ балла ($p = 0,001$); связь изжоги с эпизодами затрудненного дыхания — соответственно $(1,23 \pm 0,34)$ и $(0,13 \pm 0,10)$ балла ($p = 0,003$); связь затрудненного дыхания с приемом пищи — $(2,00 \pm 0,32)$ и $(0,77 \pm 0,21)$ балла ($p = 0,002$); кашель — $(4,26 \pm 0,15)$ и $(3,97 \pm 0,16)$ балла; интенсивность одышки в процессе лечения не изменилась.

При сравнении интенсивности симптоматики между пациентами, которые в процессе лечения получали мелатонин, и теми, кто его не получал, выяснилось, что в группе пациентов, которые получали мелатонин, симптом изжоги был полностью купирован, в подгруппе пациентов, которые не получали мелатонин, этот симптом сохранился и был оценен в среднем $(0,16 \pm 0,09)$ балла (дневная изжога) и $(0,10 \pm 0,05)$ балла (ночная изжога); регургитация и жжение языка уменьшились на 0,55 и 0,29 балла в подгруппе 1а; боль при глотании и охриплость — на 0,36 и 0,13 балла; тяжелое дыхание во сне — на 0,51 балла; симптом связи изжоги с эпизодами затрудненного дыхания в группе, получавшей мелатонин, был купирован полностью, а симптом связи приема пищи с эпизодами затрудненного дыхания уменьшился на 0,42 балла, интенсивность кашля и одышки — на 0,72 и 0,29 балла.

Пациенты с изолированной ГЭРБ интенсивность изжоги днем и ночью до лечения оценивали $(4,05 \pm 0,20)$ и $(3,23 \pm 0,33)$ балла, после лечения дневная изжога была полностью купирована, а симптомы ночной изжоги уменьшились на 2,82 балла ($p = 0,001$); регургитация и жжение языка были оценены в среднем по группе в $(1,77 \pm 0,19)$ и $(0,72 \pm 0,24)$ балла, что на 1,19 и 0,51 балла превышает показатели после прове-

денного лечения ($p = 0,001$ и $p = 0,048$); боль при глотании и охриплость голоса после лечения уменьшились соответственно на 0,21 и 0,08 балла ($p = 0,200$ и $p = 0,637$); першение в горле и тяжелое дыхание во сне — на 0,2 и 0,1 балла ($p = 0,336$ и $p = 0,346$); симптом связи изжоги с эпизодами затрудненного дыхания был оценен до лечения в $(0,15 \pm 0,11)$ балла и концу лечения был полностью купирован ($p = 0,156$); симптом связи затрудненного дыхания с приемом пищи в процессе лечения уменьшился на 0,23 балла ($p = 0,226$); кашель и одышка до начала лечения оценивались в $(0,03 \pm 0,03)$ балла и к концу лечения их оценка не изменилась.

При сравнении исследуемых жалоб между группой с сочетанной патологией и группой с изолированной ГЭРБ до лечения оказалось, что в первой группе изжога днем и в ночное время превышает по интенсивности аналогичные показатели второй группы на 0,18 и 0,93 балла, регургитация и жжение языка — на 0,07 и 1,57 балла, боль при глотании и охриплость голоса — на 2,09 и 4,0 балла, першение в горле и тяжелое дыхание во сне — на 3,33 и 3,77 балла, связь изжоги с затрудненным дыханием и связь приема пищи с эпизодами затрудненного дыхания — на 3,33 и 2,75 балла, кашель и одышка — на 4,45 и 4,39 балла.

После проведенного лечения в подгруппе, где пациенты принимали мелатонин, симптом изжоги был купирован полностью, а регургитация на 0,29 балла менее интенсивная, чем в группе с изолированной ГЭРБ; такие жалобы, как боль при глотании, охриплость голоса, першение в горле, связь приема пищи с эпизодами затрудненного дыхания, тяжелое дыхание во сне, в группе мелатонина превосходили по интенсивности жалобы в группе с изолированной ГЭРБ на 0,4 балла (боль при глотании), 1,17 балла (охриплость голоса), 0,17 балла (першение в горле), 0,27 балла (связь приема пищи с эпизодами затрудненного дыхания), 0,52 балла (тяжелое дыхание во сне), при этом не выявлено достоверных межгрупповых различий ($p > 0,05$). В подгруппе, в схеме лечения которой отсутствовал мелатонин, симптом изжоги не был купирован к концу лечения и оценивался пациентами 0,16 балла, ночная изжога и регургитация превышали по интенсивности показатели

группы с изолированной ГЭРБ на 0,31 и 0,31 балла; жжение языка, боль при глотании, охриплость и прешение в горле — соответственно на 0,31, 0,76, 1,3 и 0,08 балла; связь приема пищи с эпизодами затрудненного дыхания и тяжелое дыхание во сне — на 0,69 и 1,63 балла; кашель и одышка — на 3,94 и 4,13 балла.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что симптоматика, особенно внепищеводная, более выражена у пациентов с сочетанной патологией. При сравнении жалоб пациентов с изолированной ГЭРБ и подгруппы сочетанной патологии, которые дополнительно к основной схеме лечения принимали мелатонин, обращало внимание то, что после проведенного лечения уменьшились частота и интенсивность такого симптома, как регургитация, что может предположительно указывать на косвенное влияние мелатонина на моторную функцию нижнего пищеводного сфинктера, а также интенсивность внепищеводных симптомов как в группе с изолированной ГЭРБ, так и в подгруппе сочетанной патологии без приема мелатонина. Выявлено незначительное, со слабой тенденцией к достоверности снижение интенсивности таких симптомов, как кашель и одышка, у пациентов, которые принимали мелатонин (рис. 1).

У всех пациентов определяли уровень качества жизни до и после лечения с помощью ВАШ (табл. 3).

Пациенты, которые получали только основную терапию, оценили качество жизни на 1,03 балла ниже, чем больные, которые принимали мелатонин. Это может косвенно служить доказательством благоприятного воздействия мелатонина на течение сочетанной патологии. В то же время пациенты с изолированной ГЭРБ оценили качество жизни на 2,03 балла выше, чем больные с сочетанной патологией, которые принимали мелатонин, и на 3,06 балла выше, чем пациенты, которые не использовали мелатонин в своем лечении. Эти данные могут свидетельствовать о том, что сочетание ГЭРБ и ХОЗЛ в большей степени ухудшает качество жизни пациентов, чем изолированная ГЭРБ.

У пациентов с сочетанной патологией проведено оценку влияния одышки на повседневную активность (рис. 2).

Таблица 3. Оценка качества жизни пациентов до и после лечения по ВАШ

Показатель	Группа 1а (n = 31)	Группа 1б (n = 31)	Группа 2 (n = 39)	$P_{1a-1б}$	P_{1a-2}	$P_{1б-2}$
До лечения	4,26 ± 0,86	4,16 ± 0,90	6,64 ± 1,09	0,665	0,001	0,001
После лечения	5,61 ± 0,80	4,58 ± 1,09	7,64 ± 0,93	0,001	0,001	0,001
p	0,001	0,103	0,001			



Рис. 1. Интенсивность жалоб в исследуемых группах, оцененная по 5-балльной шкале Лайкерта, до и после лечения

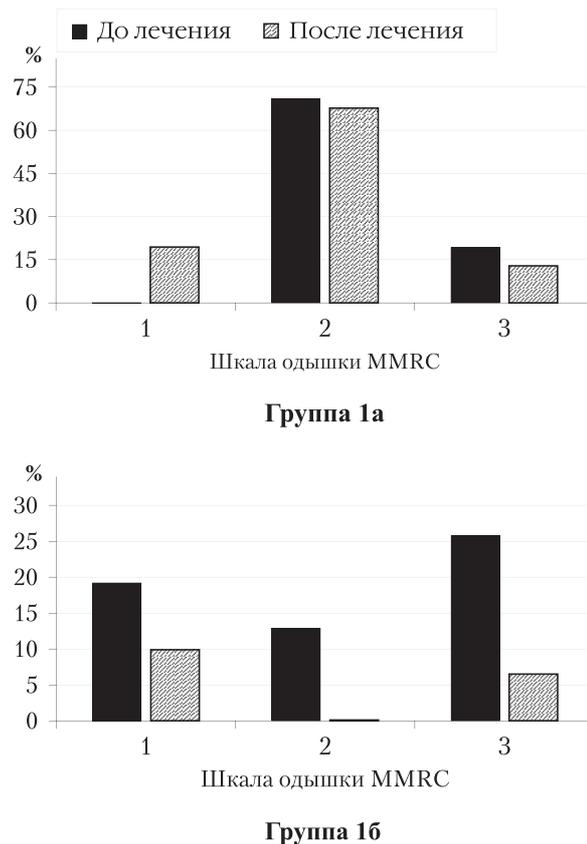


Рис. 2. Влияние одышки у пациентов с сочетанной патологией на повседневную активность по шкале MMRC

Уровни значимости: до лечения $p_{1a-1б} = 0,689$;

после лечения $p_{1a-1б} = 0,023$;

для группы 1а различия до и после лечения $p = 0,006$.

Пациенты, в схеме лечения которых присутствовал мелатонин, оценили влияние одышки на повседневную активность в среднем по группе ($2,39 \pm 0,67$) балла до лечения и ($1,94 \pm 0,57$) балла после лечения, пациенты, которые получали только основную терапию, — ($2,32 \pm 0,70$) балла как до лечения, так и после лечения.

Выводы

Сочетание ГЭРБ с ХОЗЛ характеризуется широким полиморфизмом внепищеводных жалоб в отличие от изолированной ГЭРБ. У пациентов с ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ, которые дополнительно к стандартному лечению принимали мелатонин, внепищеводные жалобы купировались быстрее, чем у тех, кто его не принимал.

Клинические проявления у пациентов с ГЭРБ в сочетании с ХОЗЛ характеризуются значительной интенсивностью симптоматики, особенно внепищеводной.

У пациентов с сочетанной патологией, которые дополнительно к основной схеме лечения принимали мелатонин, уменьшались частота и интенсивность регургитации, что может предпо-

жительно указувати на косвенне впливання мелатоніну на моторну функцію нижнього шлункового сфинктера, а також зменшувалась інтенсивність внепищеводних симптомів по порівнянню з хворими з ізольованою ГЭРБ і пацієнтами з поєднаною патологією, які не приймали мелатонін.

Сочетання ГЭРБ з ХОЗЛ в більшій ступені погіршує якість життя пацієнтів, ніж ізольована ГЭРБ.

Отмечена позитивна динаміка одышки по шкалі MMRC у пацієнтів, в схемі лікування кото-

рих присутствовав мелатонін, в отличие от пацієнтів, получавших только основную терапію.

Перспективи дальніших досліджень. Полученные результати можуть свідчувати про позитивний вплив мелатоніну на динаміку клінічних проявів ГЭРБ в поєднанні з ХОЗЛ при його комбінації з основною терапією. Для удосконалення методів медикаментозної корекції необхідно провести дослідження патогенетичних механізмів розвитку ГЭРБ в поєднанні з ХОЗЛ.

Список літератури

1. Анисимов В.Н., Хавинсон В.Х., Морозов В.Г. Роль пептидов эпифиза в регуляции гомеостаза: 20-летний опыт исследования // Усп. совр. биол.— 1993.— Т. 113, № 6.— С. 752—762.
2. Анисимов В.Н., Рейтер Р. Функция эпифиза при раке и старении // Вопр. онкол.— 1990.— Т. 36, № 3.— С. 259—268.
3. Кириллов М.М., Кириллов С.М. Сопоставление клинико-диагностической картины частных форм патологии пищеварительной системы при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких // Вестн. новых мед. технологий.— 2007.— Т. 14, № 4.— С. 204—205.
4. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваемости // Клин. мед.— 2000.— Т. 78, № 1.— С. 56—58.
5. Рапопорт С.И., Голиченкова В.А. Мелатонин: теория и практика.— М.: Медпрактика-М, 2009.— 99 с.
6. 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, 23 марта 2007 г., Москва.— С. 233.
7. Konturek S.J., Konturek P.C., Brzozowski T., Bubenik G.A. Role of melatonin in upper gastrointestinal tract // J. Physiol. Pharmacol.— 2007.— Vol. 58, suppl. 6.— P. 23—52.

Г.Д. Фадеєнко, В.М. Каменір

Динаміка клінічних виявів у пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень на тлі лікування мелатоніном

Наведено дані щодо динаміки клінічних виявів у пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЭРБ) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) на тлі комбінації мелатоніну зі стандартним лікуванням. Застосування мелатоніну сприяло швидшому та ефективному усуненню, а також зменшенню інтенсивності позастравохідних симптомів у пацієнтів з поєднаною патологією. Проведення досліджень ролі мелатоніну у лікуванні комбінації ГЭРБ з ХОЗЛ можуть сприяти оптимізації лікування цієї патології.

G.D. Fadeenko, V.M. Kamenir

The dynamics of clinical manifestations in patients of gastroesophageal reflux disease in combination with chronic obstructive pulmonary disease receiving melatonin

The article presents the dynamics of clinical manifestations in patients of gastroesophageal reflux disease (GERD) in combination with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), against the background of therapy with melatonin combined with standard treatment. The use of melatonin promoted more rapid and effective symptoms relief as well as reduction of the intensity of extraesophageal symptoms in patients with this combined disease. This study, conducted to investigate the role of melatonin in the treatment of GERD in combination with COPD, may contribute to the optimization of treatment of this disease.

Контактна інформація

Фадеєнко Галина Дмитрівна, д. мед. н., проф., заступник директора
61039, м. Харків, вул. Постишева, 2а. Тел. (57) 373-90-32. E-mail: gdf-therapy@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 18 травня 2010 р.