

Зайратьянц О.В., Вовк Е.И. Окончательный диагноз. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 576 с.)

5. Mikhailova ZF. Lung damage in diseases of the gastrointestinal tract. In: Respiratory Medicine: guide: in 3 vols/Chuchalin AG, ed. Moscow: Litterra, 2017; vol. 3; p. 263–74. Russian (Михайлова З.Ф. Поражение легких при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. В кн.: Респираторная медицина: рук-во: в 3 т./под ред. А.Г. Чучалина. М.: Литтерра, 2017; т. 3; с. 263–74).

6. Maev IV, Yurenev GL, Burkov ST, et al. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. Therapeutic Archive 2007; 3: 57–66. Russian (Маев И.В., Юренев Г.Л., Бурков С.Т., и др. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Терапевтический архив 2007; 3: 57–66).

7. Golovanova VE, Mikhaleva LM, Barkhina TG, et al. Morphofunctional characteristics of the esophageal mucosa in bronchial asthma of different severity. Russian medico-biological Bulletin n. a. acad. I. P. Pavlov 2012; (2): 25–32. Russian (Голованова В.Е., Михалева Л.М., Бархина Т.Г. и др. Морфофункциональная характеристика слизистой оболочки пищевода при бронхиальной астме разной степени тяжести. Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова 2012; (2): 25–32).

8. Akhmedov VA, Gauss OV, Petrov DV. Idiopathic pulmonary fibrosis as a possible extraesophageal manifestation of gastroesophageal reflux disease. Clinical Medicine 2017; 95 (5): 389–93. Russian (Ахмедов В.А., Гаус О.В., Петров Д.В. Идиопатический легочный фиброз как возможное внепищеводное проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Клиническая медицина 2017; 95 (5): 389–93).

9. Maev IV, Dicheva DT, Andreev DN. Diverticulum of the gastrointestinal tract: Educational and methodical manual for doctors. Moscow, 2015; 33 p. Russian (Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. Дивертикулы желудочно-кишечного тракта: учеб.-метод. пособие для врачей. М., 2015; 33 с.).

10. Ferreira LE, Simmons DT, Baron TH. Zenker's diverticula: pathophysiology, clinical presentation, and flexible endoscopic management. Dis Esophagus 2008; 21 (1): 1–8.

11. Maev IV, Dicheva DT, Penkina TV, et al. Diverticulum of the upper gastrointestinal tract. Gastroenterology (Suppl. to Consilium Medicum) 2009; (1): 8–13. Russian (Маев И.В., Дичева Д.Т., Пенкина Т.В. и др. Дивертикулы верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Гастроэнтерология (Прил. к журн. Consilium Medicum) 2009; (1): 8–13).

12. Pavlov IA, Shishin KV, Nedoluzhko IYu, et al. Modern approaches to the treatment of patients with Zenker's Diverticulum (literature review). Doctor Ru 2018; 3 (147): 27–32. Russian (Павлов И.А., Шишин К.В., Недолужко И.Ю. и др. Современные подходы к лечению пациентов с дивертикулами Ценкера (обзор литературы). Доктор Ру 2018; 3 (147): 27–32).

13. Herbella FA, Patti MG. Modern pathophysiology and treatment of esophageal diverticula. Langenbecks Arch Surg 2012; 397 (1): 29–35.

14. Pasechnikov VD, Chukov SZ. Diverticula of the gastrointestinal tract. Gastroenterology (Suppl. to Consilium Medicum) 2005; (2): 3–13. Russian (Пасечников В.Д., Чуков С.З. Дивертикулы желудочно-кишечного тракта. Гастроэнтерология (Прил. к журн. Consilium Medicum) 2005; (2): 3–13).

15. Ivanov YuV, Sazonov DV, Panchenkov DN, et al. Zenker's Diverticulum: modern approaches to surgical treatment. Clinical Practice 2016; 7 (3): 17–23. Russian (Иванов Ю.В., Сазонов Д.В., Панченков Д.Н. и др. Дивертикул Ценкера: современные подходы к хирургическому лечению. Клиническая практика 2016; 7 (3): 17–23).

16. Collins J, Blankenbaker D, Stern EJ. CT Patterns of Bronchiolar Disease: What is "Tree-in-Bud"? AJR 1998; 171: 365a.

17. Krylova EA, Kazakova SS, Avtaeva EV. Gigant Zenker's Diverticulum as the Object X-Ray Examination. Science of the Young (Eruditio Juvenium) 2019; 7 (3): 423–28. Russian (Крылова Е.А., Казакова С.С., Афтаева Е.В. Гигантские дивертикулы Ценкера как объект рентгенологического исследования. Наука молодых (Eruditio Juvenium) 2019; 7 (3): 423–28).

УДК 616.366–002.2–06:616.329-002-616.33–008.17] –036.8–052 (045)

Оригинальная статья

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ФОРМИРОВАНИЯ И ВЛИЯНИЯ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

М.А. Куницына — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета, профессор, доктор медицинских наук; **Е.В. Жукова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры госпитальной терапии лечебного факультета; **Т.М. Семикина** — ГУЗ «Областная клиническая больница», врач-эндокринолог отделения эндокринологии; **Е.И. Кашкина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета, профессор, доктор медицинских наук.

ASSESSMENT OF THE DYNAMICS OF FORMATION AND INFLUENCE OF COMBINED COURSE OF CHRONIC CHOLECYSTITIS AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS

M. A. Kunitsyna — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Professor of Department of Hospital Therapy of Faculty of General Medicine, Professor, DSc; **E. V. Zhukova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Assistant of Department of Hospital Therapy of Faculty of General Medicine; **T. M. Semikina** — State Health Institution «Regional Clinical Hospital», Endocrinologist of Department of Endocrinology; **E. I. Kashkina** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Professor of Department of Hospital Therapy of Faculty of General Medicine, Professor, DSc.

Дата поступления — 16.12.2019 г.

Дата принятия в печать — 04.06.2020 г.

Куницына М.А., Жукова Е.В., Семикина Т.М., Кашкина Е.И. Оценка динамики формирования и влияния сочетанного течения хронического холецистита и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на качество жизни больных. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (2): 442–446.

Цель: анализ динамики формирования и изменения качества жизни (КЖ) больных хроническим холециститом (ХХ) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) при развитии полиморбидного состояния. **Материал и методы.** Обследовано 186 пациентов: 82 больных ХХ в сочетании с ГЭРБ, 58 — с ХХ и 46 — с ГЭРБ. Диагноз ГЭРБ устанавливался согласно современным критериям, принятым Международной группой по изучению рефлюксной болезни, и подтверждался результатом суточной внутрипищеводной pH-метрии. Диагностиро-

ван ХХ на основании жалоб, лабораторных и клинических данных, подтвержден результатами ультразвукового исследования. С помощью опросника SF-36 оценивалось КЖ больных. *Результаты.* В большинстве случаев ГЭРБ формируется на фоне ХХ (53,4%), обратный процесс наблюдается в 25,5% случаев. Одновременное появление признаков заболеваний зарегистрировано у 18,9% больных. В 45,1% случаев ГЭРБ манифестирует на фоне ХХ в период со 2-го по 4-й год болезни. Установлено более низкое качество жизни больных ГЭРБ по отношению к пациентам с ХХ. Суммарный показатель физического здоровья у пациентов с ХХ равен $171,4 \pm 0,4$, в группе с ГЭРБ он не превысил $146,8 \pm 0,2$ балла. Аналогичная тенденция наблюдалась со стороны суммарного показателя психологического здоровья, который у больных с ГЭРБ был ниже, чем при ХХ, на 26,3% ($p < 0,05$). При развитии на фоне ХХ полиморбидного состояния отмечается снижение как суммарного показателя физического здоровья с $171,4 \pm 0,4$ до $140,9 \pm 1,1$ балла ($p < 0,05$), так и психологического — с $254,8 \pm 0,6$ до $144,5 \pm 0,8$ балла. У больных ГЭРБ наличие ХХ практически не затрагивает состояние физического здоровья, в то время как психологическое здоровье существенно снижается с $188,5 \pm 0,6$ до $144,5 \pm 0,8$ балла ($p < 0,05$). *Заключение.* Риск развития ГЭРБ на фоне ХХ в 1,9 раза выше, чем реализация обратного процесса, и наиболее часто встречается в период со 2-го по 4-й год болезни. Развитие полиморбидного состояния у больных ГЭРБ и ХХ снижает их КЖ, в наибольшей степени отражаясь на шкалах психического здоровья опросника SF-36. Ведущая роль в снижении КЖ больных ХХ и ГЭРБ при формировании полиморбидного состояния принадлежит практически двукратному росту числа обострений заболеваний в течение года.

Ключевые слова: хронический холецистит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, качество жизни.

Kunitsyna MA, Zhukova EV, Semikina TM, Kashkina EI. Assessment of the dynamics of formation and influence of combined course of chronic cholecystitis and gastroesophageal reflux disease on quality of life of patients. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (2): 442–446.

Purpose: to analyze the dynamics of formation and changes in the quality of life of multimorbid patients with chronic cholecystitis and gastroesophageal reflux disease (GERD). *Material and Methods.* 186 patients were examined: 82 patients were diagnosed with chronic cholecystitis in combination with GERD, 58 were diagnosed-only with chronic cholecystitis and 46 were diagnosed-only with GERD. The diagnosis of GERD was established according to modern criteria adopted by the International Consensus Group that studied the reflux disease and was confirmed by the results of daily esophageal pH measurements. Chronic cholecystitis was diagnosed on the basis of complaints, laboratory and clinical data and was confirmed by ultrasound analysis. The quality of life of patients was assessed using the SF-36 questionnaire. *Results.* In most cases gastroesophageal reflux (GERD) develops over the background of chronic cholecystitis (53.4%) while the reverse situation occurs only in 25.5% of cases. Simultaneous development of both diseases was observed only for 18.9% of patients. In most cases (45.1%) GERD manifests itself during the 2nd to 4th year of chronic cholecystitis. The quality of life in patients with GERD has been ascertained to be lower than in those with chronic cholecystitis. The summary index of physical health in patients with chronic cholecystitis made 171.4 ± 0.4 scores, while in the GERD group it did not exceed 146.8 ± 0.2 . Similar tendency was observed in the summary index of psychological health: in patients with GERD it was 26.3% ($p < 0.05$) lower than in those with chronic cholecystitis. With polymorbidity developed against the background of chronic cholecystitis, the summary index of physical health reduces from 171.4 ± 0.4 to 140.9 ± 1.1 scores ($p < 0.05$), while that of psychological health — from 254.8 ± 0.6 to 144.5 ± 0.8 . In patients with GERD, chronic cholecystitis is practically non-essential for the state of physical health, while their psychological health declines substantially: from 188.5 ± 0.6 to 144.5 ± 0.8 scores ($p < 0.05$). *Conclusion.* The risk of GERD development against the background of chronic cholecystitis is 1.9 times higher that of the reverse process. GERD usually develops over the 2nd to 4th year of chronic cholecystitis. Development of multimorbid state decreases the quality of life for patients with GERD and chronic cholecystitis with psychological health aspects being the most affected according to SF-36 questionnaire. The primary cause of the decreased quality of life for patients diagnosed with chronic cholecystitis and GERD is the almost twofold increase in the number of GERD exacerbations per year due to formation of multimorbid state.

Key words: chronic cholecystitis, gastroesophageal reflux disease, quality of life.

Введение. В настоящее время при диагностике и лечении большинства хронических соматических заболеваний необходимо учитывать, что указанный процесс приходится реализовывать в рамках чрезвычайно распространенной в современных условиях полиморбидности. В частности, имеются данные, что сочетанное течение ХХ и ГЭРБ наблюдается у 18–20% мужчин и 15–16% женщин [1, 2]. Рассматривая проблему сочетанного течения ХХ и ГЭРБ, следует отметить, что в основе формирования данной патологии лежат диспептические расстройства, обусловленные наличием ХХ, которые приводят к повышению внутрибрюшного давления, что является значимым фактором для развития ГЭРБ [3, 4]. Однако сроки развития ГЭРБ на фоне ХХ и реализация обратного процесса изучены недостаточно и требуют дальнейшего анализа. В рамках изучения полиморбидных состояний большинство исследований посвящены анализу клинического течения и интерпретации результатов лабораторных и инструментальных исследований [5]. В то же время недостаточное внимания уделяется факторам не менее, а может

быть, и более значимым для больного и отражающим его физическую и социальную активность, уровень психологического комфорта, что в целом характеризует качество жизни пациента. Данные аспекты сочетанного течения ГЭРБ и ХХ не нашли должного отражения в научной литературе.

Цель: анализ динамики формирования и изменения качества жизни больных ХХ и ГЭРБ при развитии полиморбидного состояния.

Материал и методы. В исследование включены 186 пациентов, из которых сформированы три группы наблюдения. В первую вошли 82 больных ХХ в сочетании с ГЭРБ, вторую составили 58 человек с ХХ, третью — 46 больных ГЭРБ. Возраст больных варьировался от 22 до 65 лет (средние значения $42,7 \pm 6,2$ года). Диагностика ГЭРБ базировалась на современных критериях, принятых Международной группой по изучению рефлюксной болезни [6]. Диагноз ХХ устанавливался на основании жалоб, клинического осмотра, лабораторных и клинических данных и был подтвержден результатами ультразвукового исследования, в ходе которого анализировали структуру печени, особенности общего желчного и печеночного протоков, толщину стенок желчного пузыря, характер его содержимого. Диагноз ГЭРБ подтверж-

Ответственный автор — Жукова Елена Викторовна
Тел.: +7 (917) 3091801
E-mail: zhukova1981@mail.ru

Таблица 1

Динамика формирования полиморбидного состояния у больных ХХ и ГЭРБ

Анализируемые группы	n	Сроки постановки диагноза (лет)			
		<2 года, абс. (%)	2–4 года, абс. (%)	4–6 лет, абс. (%)	>6 лет, абс. (%)
Развитие ГЭРБ на фоне ХХ	31	3 (9,7)	14 (45,1)	7 (22,6)	7 (22,6)
Развитие ХХ на фоне ГЭРБ	16	4 (25,0)	3 (18,7)	5 (31,3)	4 (25,0)
Одновременное появление признаков полиморбидности	11	11 (18,9)			

Примечание: ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; ХХ — хронический холецистит.

Таблица 2

Показатели качества жизни больных ХХ и ГЭРБ по шкалам опросника SF-36 при изолированном и сочетанном течении, $M \pm m$

Шкалы опросника SF-36 (баллы)	Анализируемые группы		
	хронический холецистит	ГЭРБ	сочетание хронического холецистита и ГЭРБ
Физическое функционирование (PF)	50,2±1,7	46,1±1,6	41,8±2,6
Ролевое физическое функционирование (RP)	34,7±2,1	38,8±0,6	28,7±1,0
Боль (BP)	38,1±0,9	21,6±2,1*	46,3±2,0**
Общее состояние здоровья (GH)	48,4±1,6	40,3±0,9	27,1±1,4**
Суммарный показатель физического здоровья (PH)	171,4±0,4	146,8±0,2*	140,9±1,1*
Жизнеспособность (VT)	59,6±2,0	39,6±1,2*	28,1±0,7**
Социальное функционирование (SF)	68,4±2,1	50,7±0,9*	36,3±1,9**
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	62,6±1,1	42,1±2,6*	37,4±1,6**
Психическое здоровье (MH)	64,2±2,2	56,1±1,6	43,1±1,3**
Суммарный показатель психологического здоровья (MHI)	254,8±0,6	188,5±0,6*	144,5±0,8**

Примечание: ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; ХХ — хронический холецистит; * — значимость различий в группах «ГЭРБ» и «ХХ» ($p < 0,05$); ** — значимость различий при изолированном и сочетанном течении ($p < 0,05$).

ден результатом суточной внутрипищеводной pH-метрии с помощью ацидогастромониторатора АГМ-24МП «Гастроскан-24». Качество жизни больных оценивали с помощью опросника SF-36.

Проверка изучаемой выборки согласно критерию Колмагорова — Смирнова показала нормальность распределения, в связи с чем использовали параметрические методы анализа. Статистический анализ проводили с помощью пакета программ Microsoft Excel 2010. Определяли среднюю арифметическую (M), ошибку средней арифметической (m). Достоверность нулевой гипотезы определяли по t -критерию Стьюдента при значимости $p < 0,05$. Для обнаружения взаимосвязи между изучаемыми явлениями использовали линейный коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты. В ходе тщательно собранного анамнеза, изучения амбулаторных карт, выписок из историй болезни исследована как динамика формирования ГЭРБ на фоне ХХ, так и реализация обратного процесса (табл. 1).

Анализ представленных в табл. 1 данных показывает, что в большинстве случаев (у 31 из 58 больных, что составило 53,4%) ГЭРБ сформировалась на фоне ХХ, в то время как у 16 человек, т.е. в 25,5%, реализован обратный процесс — развитие холецистита на фоне ГЭРБ.

При более детальном анализе полученных данных установлено, что наибольший риск развития ГЭРБ на фоне хронического холецистита наблюдается в период со второго по четвертый год болезни. Согласно представленным в табл. 1 данным, у больных

ХХ в первые два года болезни ГЭРБ сформировалась в 9,7% случаев, в период со второго по четвертый год — у 45,1% находившихся под наблюдением больных. У больных с наличием ХХ в течение 4–6 лет ГЭРБ зарегистрирована в 22,6% случаев. После шести лет болезни регистрировалась аналогичная динамика.

При развитии холецистита на фоне ГЭРБ определенной закономерности в сроках развития данного полиморбидного состояния не обнаруживалось. В частности, на фоне двух и менее лет страдания ГЭРБ холецистит зарегистрирован в 25,0% случаев, в период болезни от двух до четырех лет — у 18,7% обследованных. У больных с длительностью заболевания 4–6 лет — в 31,3% случаев, после шести лет болезни — у 25%.

Суммируя полученные данные, можно констатировать, что риск развития ГЭРБ на фоне ХХ в 1,9 раза выше, чем реализация обратного процесса, а наиболее неблагоприятным периодом развития анализируемого полиморбидного состояния у больных ХХ является период со второго по четвертый год болезни.

Важно отметить, что наличие полиморбидного состояния у больных ГЭРБ и ХХ не только приводит к увеличению затрат на лечение, продолжительности лечения, росту побочных эффектов химиотерапии, расширению диагностического поиска, но и способствует ухудшению качества жизни пациента. В табл. 2 представлены показатели качества жизни больных ГЭРБ и ХХ по шкалам опросника SF-36

Таблица 3

Влияние полиморбидности на клиническое течение ГЭРБ и хронического холецистита, $M \pm m$

Анализируемые группы	Особенности клинического течения		
	количество обострений (раз/год)	длительность обострений (дней)	количество основных жалоб
ГЭРБ	4,2±1,3	7,2±2,6	3,3±0,6
ХХ	3,7±0,9	9,1±2,8	2,6±0,9
ГЭРБ + ХХ	7,4±0,6*	10,3±1,6	4,2±0,4

Примечание: ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; ХХ — хронический холецистит; * — значимость различий с изолированным течением.

при изолированном течении и наличии полиморбидного состояния.

При анализе полученных данных обращает на себя внимание более низкое качество жизни больных ГЭРБ по отношению к пациентам с ХХ. В частности, суммарный показатель физического здоровья у пациентов с ХХ был равен 171,4±0,4 балла, тогда как в группе с ГЭРБ не превысил 146,8±0,2 (различия — 15,7%, статистически значимы, $p < 0,05$). Аналогичная тенденция наблюдалась со стороны суммарного показателя психологического здоровья, который у больных с ГЭРБ был ниже, чем при ХХ на 26,3% ($p < 0,05$). Таким образом, наличие ГЭРБ более существенно влияет на качество жизни больных и отражается преимущественно на показателях психоэмоционального статуса.

Анализируя качество жизни больных ХХ, можно отметить, что при развитии на его фоне полиморбидного состояния отмечается снижение как суммарного показателя физического здоровья с 171,4±0,4 до 140,9±1,1 балла ($p < 0,05$), так и психологического — с 254,8±0,6 до 144,5±0,8 балла. В то же время развитие полиморбидного состояния у больных ГЭРБ практически не затрагивает состояние физического здоровья (снижение суммарного показателя со 146,8±0,2 до 140,9±1,1 балла ($p > 0,05$), в то время как психологическое здоровье существенно снижается со 188,5±0,6 до 144,5±0,8 балла ($p < 0,05$).

Полученные данные в полной мере укладываются в так называемую теорию «взаимоотяжения», когда на фоне одних клинических симптомов тяжесть проявления других может многократно усиливаться. Для более детального анализа эффекта «взаимоотяжения» нами были изучены особенности клинического течения заболевания в анализируемых группах больных при изолированном течении и на фоне полиморбидности (табл. 3).

При анализе количества жалоб у больных ХХ учитывались болевые ощущения, диспептические расстройства в виде тошноты, рвоты, ощущение горечи, изжоги, метеоризм, снижение аппетита, запор и т.д., кожный зуд, психовегетативные нарушения. В период обострения у больных ГЭРБ определяли наличие изжоги, отрыжки, горечи во рту, боли при глотании, икоты, тошноты, рвоты.

Как следует из табл. 3, при формировании полиморбидного состояния у больных ГЭРБ и ХХ отмечается увеличение как длительности обострений заболевания, так и количества жалоб, его сопровождающих. В частности, при полиморбидном течении ГЭРБ длительность обострения увеличивалась с 7,2±2,6 дня до 10,3±1,6 дня, а количество жалоб с 3,3±0,6 до 4,2±0,4. В аналогичной ситуации в группе больных ХХ длительность обострения возрастала с 9,1±2,8 дня до 10,3±1,6 дня, а количество жалоб

с 2,6±0,9 до 4,2±0,4. Однако эти изменения не достигли статистически значимых различий ($p > 0,05$). В то же время количество обострений заболевания при наличии полиморбидности возрастало статистически значимо с 4,2±1,3 раза в год при ГЭРБ и 3,7±0,9 раза в год на фоне ХХ до 7,4±0,6 раза в год ($p < 0,05$). С учетом полученных данных можно сделать заключение, что наиболее значимым фактором для снижения качества жизни у больных ГЭРБ и ХХ при формировании полиморбидного течения является рост числа обострений в течение года практически в 2 раза.

Обсуждение. Настоящее исследование посвящено одной из актуальных проблем современной медицины: наличию полиморбидных состояний, когда у больного имеется два или более заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой. Значительный интерес исследователей к данной проблеме обусловлен тем фактом, что полиморбидность меняет клиническую картину каждого из имеющихся заболеваний, характер их течения, ограничивает возможности лечебно-диагностического процесса, нередко ухудшает и жизненный прогноз больного [2]. Важно отметить, что при сочетанном течении ГЭРБ и ХХ большинство исследований посвящено особенностям диагностики, выбору оптимальной тактики лечения и профилактики обострений [5]. Динамика же формирования как ГЭРБ на фоне ХХ, так и хронического холецистита при наличии ГЭРБ изучена недостаточно. Проведенные нами исследования в определенной мере позволяют оценивать риск развития как ГЭРБ на фоне ХХ, так и хронического холецистита при наличии ГЭРБ, что может быть использовано в практической деятельности врача, а предложенный подход может быть реализован при изучении других полиморбидных состояний. В рамках изучаемой проблемы до настоящего времени большинство исследований были посвящены изучению качества жизни больных при изолированном течении ГЭРБ и ХХ [7, 8]. При развитии же полиморбидного состояния качество жизни больных не изучалось. Проведенные нами исследования показали, что развитие полиморбидного состояния (ГЭРБ + ХХ) неблагоприятно отражается в первую очередь на показателях психического здоровья, что требует их коррекции в ходе проводимого лечения. Разработанный комплексный подход к использованию для оценки качества жизни интегрального показателя по шкалам опросника SF-36 может найти применение в других научных исследованиях.

Выводы:

1. Риск развития ГЭРБ на фоне ХХ в 1,9 раза выше, чем реализация обратного процесса, а наиболее неблагоприятным периодом развития полиморбидного состояния у больных ХХ является период со второго по четвертый год болезни.

2. Развитие полиморбидного состояния у больных ГЭРБ и ХХ существенно снижает их качество жизни, в наибольшей степени отражаясь на шкалах психического здоровья опросника SF-36.

3. Ведущая роль в снижении качества жизни больных ХХ и ГЭРБ при формировании полиморбидного состояния принадлежит практически двукратному росту числа обострений заболевания в течение года.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Trukhmanov AS, Storonova OA, Ivashkin VT. The clinical role of gastrointestinal motor function investigation: the past, present and future. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology 2013; 23 (5): 4–14. Russian (Трухманов А. С., Сторонова О. А., Ивашкин В. Т. Клиническое значение исследования двигательной функции пищеварительной системы: прошлое, настоящее, будущее. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2013; 2 (5): 4–14).
2. Vertkin AL, Romyantsev MA, Scotnikov AS. Comorbidity. Clinical Medicine 2012; 10: 4–11. Russian (Верткин А. Л., Румянцев М. А., Скотников А. С. Коморбидность. Клиническая медицина 2012; 10: 4–11).
3. Wu JC, Mui LM, Cheung CM, et al. Obesity is associated with increased transient lower esophageal sphincter relaxation. Digestion 2007; 132 (3): 883–9.
4. Lapina TL, Bueverov AO. Bitter taste in a mouth: view of gastroenterologist. Clinical Prospects of Gastroenterology, Hepatology 2013; 3: 18–24. Russian (Лапина Т. Л., Буеве-

ров А. О. Горечь во рту: интерпретация гастроэнтеролога. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии 2013; 3: 18–24).

5. Maev IV, Andreev DN, Dicheva DT. Gastroesophageal reflux disease: from pathogenesis to therapeutic aspects. Consilium Medicum 2013; 15 (8): 30–4. Russian (Маев И. В., Андреев Д. Н., Дичева Д. Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от патогенеза к терапевтическим аспектам. Consilium Medicum 2013; 15 (8): 30–4).

6. Ivashkin VT, ed. Gastroesophageal Reflux Disease: Clinical guidelines on diagnosis and therapy/Russian Gastroenterological Association. Moscow, 2017; 23 p. Russian (Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Клинические рекомендации по диагностике и лечению/Российская гастроэнтерологическая ассоциация/под ред. В. Т. Ивашкина. М., 2017; 23 с.).

7. Kachina AA, Khlynova OV, Tuev AV. Gastroesophageal reflux disease and obesity: characteristics of quality of life. Perm Medical Journal 2013; 30 (2): 27–33. Russian (Качина А. А., Хлынова О. В., Туев А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ожирение: особенности качества жизни. Пермский медицинский журнал 2013; 30 (2): 27–33).

8. Plotnikova EYu, Zolotukhina VN, Maksimov SA, Mukharlyamov FYu. The quality of life and commitment to the treatment of patients with chronic acalculous cholecystitis and cholelithiasis. Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center 2011; 6 (3): 71–5. Russian (Плотникова Е. Ю., Золотухина В. Н., Максимов С. А., Мухарлямов Ф. Ю. Качество жизни и приверженность к лечению больных хроническим бескаменным холециститом и желчнокаменной болезнью. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова 2011; 6 (3): 71–5).

УДК 616.24–007.63

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ХОБЛ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Н. А. Любавина — ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, доцент, кандидат медицинских наук; **Е. В. Макарова** — ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора, старший научный сотрудник, доцент, доктор медицинских наук; **Н. А. Березина** — ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, кандидат медицинских наук; **С. Г. Сальцев** — ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, доцент, кандидат медицинских наук; **Н. В. Меньков** — ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, доцент, кандидат медицинских наук; **Ю. А. Парамонова** — ГБУЗ НО Городская клиническая больница №10 Канавинского района г. Нижнего Новгорода, врач, кандидат медицинских наук.

FEATURES OF LOWER RESPIRATORY TRACT MICROBIOCENOSIS IN PATIENTS WITH A COMBINATION OF OCCUPATIONAL COPD AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

N. A. Lyubavina — Privolzhsky Research Medical University, Associate Professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Associate Professor, PhD; **E. V. Makarova** — Privolzhsky Research Medical University, Head of Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Nizhny Novgorod Research Institute of Hygiene and Occupational Pathology, Senior Research Assistant, Associate Professor, PhD; **N. A. Berezina** — Privolzhsky Research Medical University, Assistant of Department of Propaedeutics of Internal Medicine, PhD; **S. G. Saltsev** — Privolzhsky Research Medical University, Associate Professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Associate Professor, PhD; **N. V. Menkov** — Privolzhsky Research Medical University, Associate Professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Associate Professor, PhD; **J. A. Paramonova** — City Clinical Hospital №10 of the Kanavinsky District of Nizhny Novgorod, Physician, PhD.

Дата поступления — 26.09.2019

Дата принятия в печать — 04.06.2020 г.

Любавина Н. А., Макарова Е. В., Березина Н. А., Сальцев С. Г., Меньков Н. В., Парамонова Ю. А. Особенности микробиоценоза нижних дыхательных путей у пациентов с сочетанием профессиональной ХОБЛ и сахарного диабета 2-го типа. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (2): 446–451.

Цель: определить особенности микробиоценоза нижних дыхательных путей у пациентов с сочетанием хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) профессионального генеза и сахарным диабетом (СД) 2-го типа. **Материал и методы.** В исследование включены 123 пациента с профессиональной ХОБЛ, 61 из которых имел СД 2-го типа. У всех больных проводилось общеклиническое обследование, исследование показателей углеводного обмена — уровня глюкозы натощак и HbA1c, спирометрия с оценкой постбронходилатационного ОФВ1 (объема форсированного выдоха за первую секунду маневра форсированного выдоха) и других показателей бронхиальной проходимости, микробиологическое исследование мокроты. **Результаты.** При наличии сопут-