

УДК 616.329-002:616.33-008.17

3.1.18 Внутренние болезни

DOI: 10.37903/vsgma.2025.2.21 EDN: LWUZBO

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНЕПИЩЕВОДНОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТКИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

© Янковая Т.Н., Попова А.А., Бочкарев М.С., Медведев А.С., Федотенков Д.М.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Резюме

Цель. Предоставить клинический случай диагностики и лечения внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у пациентки с бронхиальной астмой (БА).

Методика. Амбулаторное наблюдение, анализ лечебно-диагностической тактики ведения пациентки с бронхиальной астмой и наличием внепищеводных проявлений ГЭРБ. Проанализирована доступная литература по ведению пациентки с БА и внепищеводными проявлениями ГЭРБ, рассмотрено влияние этих проявлений на качество жизни и прогноз риска развития осложнений ГЭРБ.

Результаты. Представлен клинический случай диагностики и лечения бронхолегочных проявления ГЭРБ у пациентки с БА. Проанализирована доступная литература по ведению пациентов с внепищеводными симптомами ГЭРБ.

Заключение. Таким образом, наличие внепищеводных проявлений ГЭРБ у пациентки с БА представляет сложности ввиду отсутствия типичного симптомокомплекса (изжога, регургитация, отрыжка) и манифестации бронхолегочными проявлениями, поэтому необходимо наблюдение как у врача-пульмонолога, так и у врача-гастроэнтеролога. Из разбора представленного клинического примера следует вывод о необходимости дифференцированного подхода к диагностике и выбора персонализированной комбинированной терапии ИПП, прокинетиками, гастропротекторами у больной с БА и внепищеводными проявлениями ГЭРБ, что позволяет достичь регресса жалоб, снизить риск рецидивов и провести профилактику осложнений ГЭРБ. Кроме того, лечение бронхолегочных симптомов ГЭРБ способствует стабилизации течения БА без усиления терапии бронходилататорами, что повышает качество жизни пациентки.

Ключевые слова: внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, бронхиальная астма, сухой кашель, поликлиника, ингибиторы протонной помпы

CLINICAL CASE OF EXTRAESOPHAGEAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN A PATIENT WITH BRONCHIAL ASTHMA

Yankovaya T.N., Popova A.A., Bochkarev M.S., Medvedev A.S., Fedotenkov D.M.

Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia

Abstract

Objective. To present a clinical case of diagnosis and treatment of extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD) in a patient with bronchial asthma (BA).

Methods. Outpatient observation, analysis of therapeutic and diagnostic management strategies for a patient with bronchial asthma and the presence of extraesophageal GERD manifestations. Available literature on managing patients with BA and extraesophageal GERD symptoms was analyzed, considering the impact of these manifestations on quality of life and the risk prognosis for GERD complications.

Results. A clinical case of diagnosing and treating bronchopulmonary GERD manifestations in a patient with BA is presented. The available literature on managing patients with extraesophageal GERD symptoms is reviewed.

Conclusion. Thus, the presence of extraesophageal manifestations of GERD in a patient with BA presents challenges due to the absence of typical symptoms (heartburn, regurgitation, belching) and the manifestation of bronchopulmonary symptoms, necessitating observation by both a pulmonologist and a gastroenterologist. The analysis of the presented clinical case leads to the conclusion about the need for a differentiated approach to diagnosis and selection of personalized combination therapy with proton pump

inhibitors (PPIs), prokinetics, and gastroprotectors in a patient with BA and extra-esophageal GERD manifestations, which allows achieving regression of complaints, reducing the risk of relapses, and preventing GERD complications. Additionally, treatment of bronchopulmonary symptoms of GERD contributes to stabilizing the course of BA without intensifying bronchodilator therapy, thereby improving the patient's quality of life.

Keywords: extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease, bronchial asthma, dry cough, outpatient clinic, proton pump inhibitors

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является наиболее частым гастроэнтерологическим заболеванием в Российской Федерации и встречается у 11,3-23,6% взрослого населения [6]. Согласно последнему метаанализу, обобщившему результаты 102 исследований, глобальная распространенность ГЭРБ составляет 13,98% (95% ДИ: 12,47-15,56) [16]. Распространенность ГЭРБ среди пациентов поликлиники составляет 34,2% [2].

Одним из грозных осложнений ГЭРБ является пищевод Барретта (ПБ), риск его развития у пациентов с ГЭРБ составляет 10-15% [6]. В последнее время отмечается рост заболеваемости аденокарциномой пищевода (АКП), которая развивается на фоне прогрессирования диспластических изменений в слизистой оболочке дистального отдела пищевода. Так, риск развития АКП у пациентов с ПБ без дисплазии эпителия составляет около 0,2-0,5% в год, при наличии дисплазии низкой степени ежегодный риск увеличивается до 0,7%, а у пациентов с дисплазией высокой степени риск развития неоплазии составляет около 7% в год [9]. В России заболеваемость раком пищевода в 2010 г. составляла 5,2 на 100000 населения, а в 2020 г. – 5,4 на 100 000 населения [4]. Среднегодовой темп прироста заболеваемости составил 0,96%, рост заболеваемости за 10 лет – 10,18% [7].

Важность ГЭРБ определяется не только ее распространенностью и риском развития осложнений, но и наличием внепищеводных проявлений заболевания, которые значительно снижают качество жизни пациента и могут требовать изменения образа жизни, пожизненного приема лекарств, а также хирургического вмешательства [6]. Наиболее частым внепищеводным проявлением ГЭРБ согласно Монреальской классификации является хронический кашель, связанный с рефлюксом [8, 17]. Распространенность кашля у больных ГЭРБ в европейских странах достигает 36% [15], в Китае – 10% [14] и лишь в Японии – 2% [12].

По данным современных исследований, клиническая распространенность ГЭРБ у пациентов с бронхиальной астмой (БА) составляет от 30 до 50% [11], при этом ГЭРБ является фактором повышенного риска госпитализаций пациентов в связи с обострением астмы [3]. По результатам систематического обзора В. D. Havemann et al. симптомы ГЭРБ испытывают 59% больных БА, тогда как в группе контрольных пациентов, набранных в поликлиниках общего профиля, этот показатель составил 38%. Исследование S. M. Harding среди 199 пациентов с БА по данным суточной рН-метрии показало: у 119 обследованных приступы удушья были обусловлены ГЭРБ, а у 76 приступы ночного кашля совпадали с рефлюксами по времени. Бронхолегочные проявления ГЭРБ иногда могут выступать единственным клиническим признаком заболевания, что может обуславливать недостаточную эффективность лечения БА [10]. Диагностика ГЭРБ с внепищеводными симптомами является сложной задачей, поскольку данные проявления заболевания неспецифичны и накладываются на другие расстройства [13].

В статье представлен разбор клинического случая, который демонстрирует, что своевременная диагностика и индивидуально подобранное лечение внепищеводных проявлений ГЭРБ у пациентки с плохо купируемой БА приводит к стабилизации состояния больной и повышает качество жизни пациентки без необходимости повышения дозировок бронходилатирующих препаратов. Описанный ниже клинический случай диагностики и лечения внепищеводных проявлений ГЭРБ у пациентки с БА демонстрирует не только актуальность данной проблемы, но и пути ее успешного решения.

Целью исследования явилось предоставить клинический случай диагностики и лечения внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у пациентки с бронхиальной астмой (БА).

Методика

Амбулаторное наблюдение, анализ лечебно-диагностической тактики ведения пациентки с бронхиальной астмой и наличием внепищеводных проявлений ГЭРБ. Проанализирована доступная литература, поведение пациентки с БА с внепищеводными проявлениями ГЭРБ, рассмотрено влияние этих проявлений на качество жизни и прогноз риска развития осложнений ГЭРБ.

Описание клинического случая

Пациентка Н, в возрасте 48 лет, 12.09.2024 обратилась в поликлинику на консультацию к врачу-пульмонологу с жалобами на сухой кашель, одышку, периодически возникающую резкую нехватку воздуха. Из анамнеза заболевания выявлено, что пациентка в течение последних 20 лет страдает БА, заболевание характеризуется как контролируемое – обострения 1-2 раза в год, чаще осенью и весной на фоне ОРВИ, ночных пробуждений из-за БА не отмечалось. На протяжении 15 лет регулярно получает лечение: салметерол 50 мкг + флутиказона пропионат 100 мкг по одной ингаляции 2 раза в сутки. На фоне проводимой терапии жалоб не было. В последние 1,5 месяца женщина отмечает усиление сухого кашля, одышки и приступов удушья, в том числе в ночное время. Причину ухудшения состояния пациентка указать не может.

Анамнез жизни. Из перенесённых заболеваний отмечает частые ОРВИ. Имеет отягощённый аллергологический анамнез – отмечается поливалентная аллергическая реакция на пыльцу растений, проявляющаяся аллергическим ринитом, по поводу которой наблюдается у врача-аллерголога. Из данных наследственного анамнеза: у матери БА.

На момент осмотра врачом-пульмонологом общее состояние пациентки удовлетворительное. Телосложение нормальное, рост 165 см, вес 79 кг. Кожные покровы нормальной влажности, чистые, тургор кожи сохранён. Отёков нет. Пульс – 73 удара в минуту, регулярный, АД на левой руке – 135/80 мм рт.ст., на правой – 132/78 мм рт.ст. ЧДД – 19 в минуту. Температура тела – 36,6°C. При проведении пульсоксиметрии показатель SpO_2 составил 97%.

Носовое дыхание не затруднено, грудная клетка нормостенической формы, симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания участия не принимает. Окружность грудной клетки 84 см, дыхательная экскурсия 6 см. При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичность снижена. Перкуторно над симметричными областями грудной клетки выявляется звук с коробочным оттенком. При аускультации легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы.

Диагноз врача-пульмонолога: «J45.0 Бронхиальная астма, аллергическая, среднетяжелого течения, частично контролируемая. Соп.: J30.1 Аллергический ринит, вызванный пыльцой растений».

Пульмонологом назначен следующий перечень лабораторных и инструментальных диагностических исследований: общий анализ крови, спирометрия, пульсоксиметрия в динамике, возобновить пикфлоуметрию для самоконтроля функции дыхания в домашних условиях. До получения результатов обследования было рекомендовано продолжить терапию: салметерол 50 мкг + флутиказона пропионат 100 мкг по одной ингаляции 2 раза в сутки; сальбутамол 100 мкг – 1 ингаляция по потребности. Повторная явка с результатами обследования.

19.09.2024 пациентка пришла на повторный приём к пульмонологу. При проведении опроса выявлено, что самочувствие не улучшилось, сохраняются жалобы на сухой кашель, одышку, ночные приступы удушья.

Пульс – 75 ударов в минуту, регулярный, АД на левой руке – 130/76 мм рт.ст., на правой – 134/81 мм рт.ст. ЧДД – 20 в минуту. Температура тела – 36,6°C. Пульсоксиметрия – SpO_2 96%. Данные объективного исследования прежние.

По данным исследований – в общем анализе крови (от 13.09.2024) была выявлена незначительная эозинофилия – 7,2%, остальные показатели – в пределах нормы: лейкоциты $5,2 \times 10^9$ /л, эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 130 г/л, СОЭ 5 мм/ч, гематокрит 41,2%. Из данных спирометрии от 17.09.2024: индекс Тиффно – 56,4%, ОФВ₁ – 67,7%, ЖЕЛ – 73,7%; при проведении бронходилатационного теста с сальбутамолом выявлен прирост ОФВ₁ на 16% и 260 мл от исходных значений. При сопоставлении данных с результатами спирометрии, проведённой 3 месяца назад, было отмечено, что у пациентки нет тенденции к снижению функции внешнего дыхания – показатели соответствуют средней степени тяжести БА (результаты прошлой спирометрии от 02.06.2024: индекс Тиффно – 54,5%, ОФВ₁ – 65,4%, ЖЕЛ – 71,2%, прирост ОФВ₁ на 18% и 290 мл от исходных значений). Выявлено, что индекс Тиффно, прирост ОФВ₁ в пробе с

сальбутамолом практически не изменились, функция внешнего дыхания – без отрицательной динамики.

У пациентки с БА при анализе оценки функции внешнего дыхания не выявлено нарастания обструкции, однако жалобы сохраняются. Рекомендованное лечение продолжить. Консультация гастроэнтеролога.

Пациентка Н. обратилась к гастроэнтерологу 02.10.2024. При детализации жалоб удалось выяснить, что приступы одышки и удушья возникают преимущественно ночью (при последнем приёме пищи за 1-1,5 часа до сна), при выполнении домашней работы (при наклонах туловища), кроме того, появление кашля связано с приемом пищи – кашель развивается через 1 час после еды, особенно после погрешностей в диете, в частности, употребления жирной, жареной и острой пищи.

Из анамнеза жизни: образование среднее специальное, в настоящее время работает оператором колл-центра (работа сидячая, пациентка её характеризует как «эмоциональная и напряженная»). Вредные привычки (алкоголь, курение) отрицает. Питается регулярно (4-5 раз в день), однако любит продукты с высоким содержанием жира, часто прием пищи за 1-2 часа до сна. Употребляет по 4-5 чашек кофе в день. Наследственность: у отца язвенная болезнь желудка. По данным амбулаторной карты – последняя ФГДС 10 лет назад, был выявлен хронический поверхностный гастрит.

Объективно: общее состояние пациентки удовлетворительное. Рост 165 см, вес 79 кг. Обращает на себя внимание повышенный индекс массы тела – 29 кг/м^2 , что соответствует избыточной массе тела, или предожирению. Кожные покровы чистые, влажные. Пульс – 87 ударов в минуту, регулярный, АД на левой руке – 145/86 мм. рт. ст., на правой – 148/88 мм. рт. ст. ЧДД – 19 в минуту. Язык – влажный, не обложен. Глотание не нарушено. Живот овальной формы, симметричный. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. При пальпации зон болезненности не выявлено. Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, перкуторные размеры печени по Курлову – 10 см по правой среднеключичной линии, 8 см по срединной линии, 7 см по левой реберной дуге. Селезенка не пальпируется.

Поставлен предварительный диагноз: «ГЭРБ, внепищеводные проявления? Хронический поверхностный гастрит». Рекомендовано проведение внутрипищеводной суточной рН-метрии, ФГДС. После обследования решить вопрос о проведении терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП). Пациентам с внепищеводными проявлениями ГЭРБ без классических симптомов (изжога, регургитация) рекомендовано проведение суточной рН-импедансометрии с отменой терапии ИПП [6].

Несмотря на рекомендации гастроэнтеролога, пациентка от проведения внутрипищеводной суточной рН-метрии отказалась. Заключение ФГДС от 04.10.2024: хронический поверхностный гастрит, тест на *Helicobacter pylori* отрицательный, недостаточность кардии, хронический эзофагит степень А (по Лос-Анджелесской классификации), скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Выявленная при ФГДС ГПОД, является важным патогенетическим фактором риска развития ГЭРБ – при ее формировании развивается гипотония нижнего пищеводного сфинктера, увеличивается частота спонтанных расслаблений сфинктера, происходит задержка пищевых масс в желудке [6]. Таким образом, в результате проведенного обследования у больной были выявлены следующие факторы риска развития ГЭРБ: гиподинамия, употребление в пищу большого количества жиров, ночные перекусы, предожирение и повышение внутрибрюшного давления, ГПОД. Учитывая наличие ГПОД, показано проведение рентгенологического исследования пищевода и желудка с барием. Повторная явка с результатами исследования.

По данным рентгенологического исследования пищевода и желудка с барием от 08.10.2024 – аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Поставлен диагноз: «K21.0 ГЭРБ. Эзофагит степень А (по Лос-Анджелесской классификации), с внепищеводными проявлениями. Недостаточность кардии. K44.9 Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Хронический поверхностный гастрит, не ассоциированный с *Helicobacter pylori*, вне обострения».

Для контроля симптомов внепищеводного ГЭРБ у пациентки с БА даны рекомендации по оптимизации образа жизни и питания, нормализации веса, использовании фармакотерапии, что позволит снизить риск прогрессирования осложнений ГЭРБ и повысит качество жизни. Пациентке даны рекомендации по модификации образа жизни, в первую очередь, связанные с коррекцией пищевого поведения и снижением массы тела: соблюдение 3-4-разового питания, ограничение в

рационе жиров животного происхождения, прекращение приёма пищи за 1-2 часа до сна, сон с приподнятым головным концом кровати, исключение ношения тесной одежды, длительного пребывания в согнутом положении, горизонтального положения сразу после приема пищи, подъема тяжести, перенапряжения мышц брюшного пресса.

Назначено лечение: рабепразол по 20 мг 1 раз в сутки за 30 минут до еды в течение 4-х недель, итоприд по 50 мг 3 раза в сутки в течение 4-х недель, ребамипид по 100 мг 3 раза в сутки 4 недели. Продолжить терапию, рекомендованную пульмонологом. Повторная явка через месяц для оценки эффективности терапии.

12.11.2024 в ходе повторного приёма гастроэнтеролога было выявлено, что самочувствие больной улучшилось, жалоб нет, пациентка в период лечения отказалась от приёма сальбутамола по требованию. При модификации образа жизни – снижение массы тела на 2 кг (с 79 кг на 77 кг), ИМТ – 28,2 кг/м². Рекомендовано продолжить коррекцию пищевого поведения и контролировать массу тела, лечение – рабепразол по 10 мг 1 р/сут 4 недели, далее – 10 мг по требованию. Наблюдение и лечение у врача-пульмонолога по поводу БА.

У пациентки с внепищеводными проявлениями ГЭРБ и БА на фоне модификации пищевого поведения, снижения массы тела, приёма лекарственных препаратов (ИПП, прокинетики, гастропротекторы) купировались клинические жалобы на сухой кашель, одышка, приступы удушья без усиления терапии бронходилататорами, что повысило качество жизни пациентки.

Обсуждение клинического случая

У пациентки с БА и внепищеводными проявлениями ГЭРБ необходимо проводить дифференциальную диагностику с осуществлением детализации жалоб, уточнением времени и причины появления клинических симптомов. Важно выявлять факторы риска ГЭРБ, выполнять инструментальную диагностику для оценки выраженности ГЭРБ. При ведении пациентки с БА и внепищеводными проявлениями ГЭРБ важен междисциплинарный подход, а именно – проведение диспансерного наблюдения не только у врача-пульмонолога, но и гастроэнтеролога.

Обязательной программой ведения пациентки с БА внепищеводными проявлениями ГЭРБ является индивидуальная комплексная терапия в соответствии с бронхолёгочными проявлениями ГЭРБ: модификация образа жизни (изменение режима питания, снижение массы тела, анализ факторов риска) и медикаментозное лечение с включением приёма ИПП, прокинетиков и гастропротекторов. Персонизированная фармакотерапия способствует регрессу жалоб и сокращает частоту рецидивов ГЭРБ [6]. К ИПП в целях повышения эффективности лечения внепищеводных проявлений ГЭРБ у пациентов с БА целесообразно добавлять прокинетики для восстановления физиологического состояния пищевода, снижения частоты спонтанных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера, улучшения пищеводного клиренса, а также ребамипида, который восстанавливает адекватный уровень цитопротекции слизистой оболочки пищевода за счёт подавления экспрессии провоспалительного цитокина ИЛ-8, свободных радикалов кислорода и стимулирования синтеза простагландина E₂ и I₂, что позволяет купировать бронхолёгочные симптомы ГЭРБ и улучшить качество жизни без повышения дозы бронходилататоров [1, 5].

Заключение

Таким образом, наличие внепищеводных проявлений ГЭРБ у пациентки с БА представляет сложности ввиду отсутствия типичного симптомокомплекса (изжога, регургитация, отрыжка) и манифестации бронхолёгочными проявлениями, поэтому необходимо наблюдение как у врача-пульмонолога, так и у врача-гастроэнтеролога. Из разбора представленного клинического примера следует вывод о необходимости дифференцированного подхода к диагностике и выбора персонизированной комбинированной терапии ИПП, прокинетиками, гастропротекторами у больной с БА и внепищеводными проявлениями ГЭРБ, что позволяет достичь регресса жалоб, снизить риск рецидивов и провести профилактику осложнений ГЭРБ. Кроме того, лечение бронхолёгочных симптомов ГЭРБ способствует стабилизации течения БА без усиления терапии бронходилататорами, что повышает качество жизни пациентки.

Литература (references)

1. Андреев Д.Н., Заборовский А.В., Лобанова Е.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: новые подходы к оптимизации фармакотерапии // Медицинский совет. – 2021. – №5. – С. 30-37. [Andreev D.N., Zaborovsky A.V., Lobanova E.G. *Medicinskij совет*. Medical Advice. – 2021. – N5. – P. 30-37. (in Russian)]
2. Бордин Д.С., Абдулхаков Р.А., Осипенко М.Ф. и др. Многоцентровое исследование распространенности симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов поликлиник в России // Терапевтический архив. – 2022. – Т.94, №1. – С. 48-56. [Bordin D.S., Abdulhakov R.A., Osipenko M.F. et al. *Terapevticheskij arhiv*. Therapeutic Archive. – 2022. – V. 94, N1. – P. 48-56. (in Russian)]
3. Горбань В.В., Ковригина И.В., Горбань Е.В., Каменева Е.С., Свистун О.В. Синтропия бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: патогенетические особенности и возможности малоинвазивной диагностики на амбулаторном этапе // Южно-Российский журнал терапевтической практики. – 2023. – Т.4, №2. – С. 25-34. [Gorban' V.V., Kovrigina I.V., Gorban' E.V., Kameneva E.S., Svistun O.V. *Juzhno-Rossijskij zhurnal terapevticheskoy praktiki*. South-Russian Journal of Therapeutic Practice. – 2023. – V.4, N2. – P. 25-34. (in Russian)]
4. Кириллова Г.Н., Никитина С.Ю., Харькова Т.Л. и др. Здравоохранение в России: статистический сборник. – М.: Росстат, 2021. – 173 с. [Kirillova G.N., Nikitina S.Ju., Har'kova T.L. et al. *Zdravooohranenie v Rossii: statisticheskij sbornik*. Healthcare in Russia: Statistical Digest. – M.: Rosstat, 2021. – 173 p. (in Russian)]
5. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Гоник М.И. Применение ребамипида в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Терапевтический архив. – 2020. – Т.92, №4. – С. 98-104. [Ivashkin V.T., Trukhmanov A.S., Gonik M.I. *Terapevticheskij arhiv*. Therapeutic Archive. – 2020. – V.92, N4. – P. 98-104. (in Russian)]
6. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2024. – Т.34, №5. – С. 111-135. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Trukhmanov A.S. et al. *Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii*. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. – 2024. – V.34, N5. – P. 111-135. (in Russian)]
7. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность). – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2021. – 252 с. [Kaprin A.D., Starinsky V.V., Shakhzadova A.O. *Zlokachestvennye novoobrazovanija v Rossii v 2020 godu (zabolevaemost' i smernost')*. Malignant Neoplasms in Russia in 2020 (Morbidity and Mortality). – M.: P.A. Herzen Moscow Research Oncology Institute – branch of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Radiology" of the Ministry of Health of Russia, 2021. – 252 p. (in Russian)]
8. Михайлова З.Ф. Поражение легких при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Респираторная медицина: руководство. 3-е изд. / Под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ПульмоМедиа, 2024. – Т.4, раздел 26, гл. 5. – С. 315-326. [Mikhailova Z.F. *Respiratornaja medicina: rukovodstvo. 3-e izd. / Pod red. A.G. Chuchalina*. Respiratory Medicine: A Guide. 3rd ed. / Ed. A.G. Chuchalin. – M.: PulmoMedia, 2024. – V.4, Section 26, Ch. 5. – P. 315-326. (in Russian)]
9. Михалева Л.М., Войтковская К.С., Федоров Е.Д. и др. Клинико-морфологический анализ дисплазии при пищеводе Барретта и цилиндроклеточной метаплазии // Альманах клинической медицины. – 2020. – Т.48, №2. – С. 94-101. [Mikhaleva L.M., Voitkovskaya K.S., Fedorov E.D. et al. *Al'manah klinicheskoy mediciny*. Almanac of Clinical Medicine. – 2020. – V.48, N2. – P. 94-101. (in Russian)]
10. Пахомова И.Г., Зиновьева Е.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у полиморбидного пациента: особенности терапии // Русский медицинский журнал. – 2017. – Т.25, №10. – С. 760-764. [Pakhomova I.G., Zinovieva E.N. *Russkij medicinskij zhurnal*. Russian Medical Journal. – 2017. – V.25, N10. – P. 760-764. (in Russian)]
11. Broers C., Tack J., Pauwels A. Review article: gastro-oesophageal reflux disease in asthma and chronic obstructive pulmonary disease // Alimentary Pharmacology and Therapeutics. – 2018. – V. 47, N2. – P. 176-191.
12. Fujimura M., Abo M., Ogawa H. et al. Importance of atopic cough, cough variant asthma and sinobronchial syndrome as causes of chronic cough in the Hokuriku area of Japan // Respiriology. – 2005. – V.10, N2. – P. 201-207.
13. Katz P.O., Dunbar K.B., Schnoll-Sussman F.H., Greer K.B., Yadlapati R., Spechler S.J. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease // The American Journal of Gastroenterology. – 2022. – V.117, N1. – P. 27-56.
14. Lai K., Chen R., Lin J. et al. A prospective, multicenter survey on causes of chronic cough in China // Chest. – 2013. – V.143, N3. – P. 613-620.
15. Niimi A. Geography and cough aetiology // Pulmonary Pharmacology and Therapeutics. – 2007. – V.20, N4. – P. 383-387.

16. Nirwan J.S., Hasan S.S., Babar Z.U. et al. Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease: Systematic review with meta-analysis // Scientific Reports. – 2020. – V.10, N1. – P. 14-58.
17. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // The American Journal of Gastroenterology. – 2006. – V.101, N8. – P. 1900-1920.

Информация об авторах

Янковая Татьяна Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей врачебной практики, поликлинической терапии с курсом гериатрии ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: yankovaya.ssmu@yandex.ru

Попова Александра Андреевна – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: alexandra_246@mail.ru

Бочкарев Максим Сергеевич – студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: precedentttt@yandex.ru

Медведев Антон Сергеевич – студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: medvedev.ant@icloud.com

Федотенков Даниил Михайлович – студент лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: ya@dfedotenkov.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 23.03.2025

Принята к печати 06.06.2025