



Т. М. Пасиешвили

Харьковский национальный медицинский университет

Вегетативное сопровождение сочетанного течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов молодого возраста с аутоиммунным тиреоидитом

Цель — установить наличие и оценить частоту и выраженность проявлений вегетативной дисфункции (ВД) у пациентов с коморбидностью аутоиммунного тиреоидита (АИТ) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) с использованием анкеты-опросника А. М. Вейна.

Материалы и методы. Обследованы 83 студента с коморбидностью ГЭРБ и АИТ. Среди пациентов преобладали женщины (61; 73,5%). Средний возраст пациентов — $(22,1 \pm 2,1)$ года. Длительность ГЭРБ — от «впервые выявленной» до 3 лет, АИТ — от «впервые выявленного» до 2,5 года. Верификацию ГЭРБ проводили эндоскопическим методом, что позволило в 74 (87,8%) случаях установить неэрозивную форму заболевания, а в 9 (12,2%) — эрозивную. Наличие АИТ подтверждали по данным клинических, инструментальных и иммунологических исследований: антитела к щитовидной железе превышали показатели нормы; уровень тиреотропного гормона, свободных трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) в сыворотке крови соответствовал эутиреоидному состоянию. Наличие проявлений ВД оценивали при тестировании пациентов по опроснику А. М. Вейна (11 вопросов). Статистическая обработка предусматривала вычисление критерия χ^2 с поправкой Йетса.

Результаты. При оценке результатов тестирования с использованием опросника А. М. Вейна установлено, что наиболее частыми проявлениями ВД были: изменение цвета кожных покровов при волнении (92,8%), повышенная потливость (88,0%), сердцебиение (68,7%), появление ниже-диспепсического синдрома (69,9%), головная боль (51,8%), снижение работоспособности и быстрая утомляемость (97,6%). Такое проявление ВД, как онемение и похолодание конечностей, было характерным для 37,3% опрошенных, затрудненное дыхание — для 32,5%, обморок — для 10,8%, что объясняли молодым возрастом пациентов и малым анамнезом по нозологическим формам. В целом 78,3% обследованных имели проявления ВД, причем длительность анамнеза заболеваний, пол и форма поражения слизистой оболочки пищевода не имели значения. Двухмесячное наблюдение за данными больными выявило наличие «вегетативного хвоста» в 51,8% случаев в виде астенического синдрома: общая слабость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, сердцебиение, лабильность пульса и давления; 37,3% лиц имели отдельные его проявления в течение 4—5 нед после выписки из стационара.

Выводы. Сочетанное течение ГЭРБ и АИТ в большинстве случаев (78,3%) сопровождалось ВД, проявления которой усугубляли течение заболеваний. При коморбидности ГЭРБ и АИТ в течение 1—2 мес после клинической ремиссии заболеваний может наблюдаться «вегетативный хвост» в виде астенического синдрома, проявления которого оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, аутоиммунный тиреоидит, вегетативная дисфункция, качество жизни.

Развитие вегетативной дисфункции (ВД) наблюдается практически при всех хронических заболеваниях внутренних органов. Ее появление связывают с участием вегетативного отдела нервной системы (ВНС) в процессах формирования и течения нозологий, то есть ее проявления рассматривают не как самостоятельное заболевание, а как специфический синдром, возникновение которого обусловлено не определенным заболеванием, а «окрашиванием» уже имеющейся симптоматики. Этот комплекс проявлений функционального расстройства ВНС вызывает дисфункцию многих внутренних органов.

Среди неспецифических проявлений ВД отмечают ряд психоневрологических нарушений, таких как общая слабость, снижение работоспособности, сердцебиение, лабильность артериального давления и пульса, чрезмерная раздражительность, частое головокружение, чувство беспокойства, нарушение сна. Несколько реже пациенты могут отмечать периодическое беспричинное повышение температуры тела [3, 7, 20].

Развитие ВД рассматривают в контексте нарушения той части ВНС, которая отвечает за регуляцию и стабильность. Ее возникновение может быть спровоцировано многими причинами, в частности нарушениями, обусловленными заболеваниями эндокринной системы (щитовидной железы, половых желез и т. д.) [9, 17, 19].

В среднем в популяции распространенность вегетативных нарушений составляет около 70 % среди взрослого населения и 25 % среди детей. Обычно проявления ВД наблюдают в возрасте 20–30 лет. Женщинам такой диагноз устанавливают в 2–3 раза чаще, чем мужчинам. Однако гендерные различия обусловлены более частым обращением женщин за медицинской помощью. Мужчины в основном не обращают внимание на такие «неопределенные» жалобы и обычно задействуют «мужские» методы решения проблем, например, алкоголь [8, 20].

Проявления ВД присущи любому возрасту и любой нозологической форме и определяются не столько заболеванием, сколько типом нервной деятельности, воздействием на него факторов внешней и внутренней среды. Среди причин возникновения ВД рассматривают хронический стресс, наследственную предрасположенность, гормональные сбои или возрастные гормональные изменения в организме, малоподвижный образ жизни, неправильное питание, злоупотребление алкоголем и табаком, интоксикационные поражения нервной и кровеносной систем в результате воспалительных процессов, длительный прием сильнодействующих лекарственных

препаратов, самолечение, аллергические заболевания [5, 14].

Часто проявления ВД могут предшествовать развитию патологического процесса, сопровождать его или несколько «задерживаться» после купирования синдромов основного заболевания. При этом «вегетативный хвост» может сохраняться длительное время (1–3 мес). Несмотря на неспецифичность синдрома, а также неопределенность клинических проявлений, сохраняющиеся жалобы приводят к нарушению качества жизни пациентов [2, 6, 7].

Среди нозологических форм, появление которых у лиц молодого возраста рассматривают как вполне закономерные, выделяют гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) и аутоиммунный тиреоидит (АИТ).

В структуре заболеваний внутренних органов болезни эндокринной системы занимают 4-е место, причем по распространенности патология щитовидной железы мало отличается от сахарного диабета [9, 12]. В общей популяции населения Украины АИТ регистрируют в 20–30 % случаев, причем его распространенность в последние 10 лет увеличилась на 68 %, а в пересчете на 100 тыс. населения — на 82 % [10, 12]. Кроме того, в последнее время отмечается тенденция к увеличению количества пациентов молодого возраста [1].

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет 40–50 %, но фактическое количество таких больных значительно больше — доля неучтенных пациентов может составлять до 20 % и более [13, 15, 16]. Это связывают с тем, что возникновение изжоги, основного симптома заболевания, особенно у лиц молодого возраста, не является «поводом для обращения к врачу» [18, 21].

К предикторам сочетанного течения АИТ и ГЭРБ у наших пациентов относятся: специфичность контингента обследованных, принявших участие в работе с поправкой на возраст (18–25 лет), их пребывание в социуме (студенческая среда), частые стрессовые ситуации (зачеты, сессии), возможные гормональные сбои и всплески гормональной активности, а также особенность питания и распространенность вредных привычек. Кроме того, значительное распространение данных нозологических форм «делает вероятным» такое сочетание, а присоединение ВД является закономерным и на определенных этапах их деятельности может привести к усугублению симптоматики.

Для оценки «вклада» ВД в течение разных заболеваний внутренних органов используют ан-

кеты-опросники, что позволяет несколько «раскрепостить» больного, «выговориться» и оценить наличие проявлений симптомов, на которые в обычной ситуации не обращают внимание.

Цель работы — установить наличие и оценить частоту и выраженность проявлений вегетативной дисфункции у пациентов с коморбидностью аутоиммунного тиреоидита и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с использованием анкеты-опросника А. М. Вейна.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 83 пациента с коморбидностью ГЭРБ и АИТ. Среди них преобладали женщины (61; 73,5%). Средний возраст пациентов — $(22,1 \pm 2,1)$ года. Длительность ГЭРБ — от «впервые выявленной» до 3 лет, АИТ — от «впервые выявленного» до 2,5 года.

Скрининг ГЭРБ проводили с использованием анкеты GERD Screener (чувствительность и специфичность опросника — до 85%), позволяющей оценить клинические проявления заболевания, частоту их появления и возможное атипичное течение нозологии. Диагнозы АИТ и ГЭРБ устанавливали согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). При этом оценивали жалобы больных, результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Верификацию ГЭРБ (шифр МКБ-10 — K21) проводили эндоскопически с гистологическим исследованием биоптатов из слизистой оболочки пищевода. Эндоскопический диагноз соответствовал Лос-Анджелесской классификации.

Диагностика АИТ (МКБ-10 — E06.3) основывалась на результатах клинических, пальпаторных и инструментальных исследований щитовидной железы, теста на антитела к щитовидной железе, определения содержания тиреотропного гормона, свободных трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) в сыворотке крови.

Для исследования распространенности проявлений ВД у пациентов с уже подтвержденными диагнозами ГЭРБ и АИТ использовали опросник А. М. Вейна (1998), содержащий 11 вопросов, часть из которых имела подвопросы с более детальной характеристикой основного вопроса [4]. Общее количество баллов 15 или более подтверждало наличие ВД (таблица).

Статистическая обработка предусматривала вычисление критерия χ^2 с поправкой Йетса, который отражал различия между эмпирическими и теоретическими частотами переменных. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Проведение теста на наличие антител к щитовидной железе позволило подтвердить аутоиммунный характер тиреоидита. Исследование гормонального фона щитовидной железы у всех больных выявило эутиреоидное состояние, что, вероятно, можно объяснить малым сроком анамнеза по данному заболеванию.

Верификацию ГЭРБ проводили эндоскопическим методом, что позволило в 74 (87,8%) случаях установить неэрозивную форму заболевания, а в 9 наблюдениях (12,2%) — эрозивную.

Из проявлений ВД чаще всего регистрировали: изменение цвета кожных покровов при волнении (92,8%), повышенную потливость (88,0%), сердцебиение (68,7%), появление ниже-диспепсического синдрома (69,9%), головные боли (51,8%), снижение работоспособности и быструю утомляемость (97,6%), нарушение сна (56,6%).

Ряд проявлений ВД у наших больных встречались редко. Так, онемение и похолодание конечностей не было характерным для 62,7% опрошенных, затрудненное дыхание — для 67,5%, обмороки — для 89,2%, что, вероятно, в большей степени связано с возрастом пациентов и малым анамнезом по нозологическим формам.

Анкетирование пациентов с ГЭРБ и АИТ показало, что 15 баллов и более имело большинство лиц (78,3%), то есть проявления ВД часто сопровождали данные нозологические формы, причем длительность нозологии, пол и форма поражения слизистой оболочки пищевода не имели значения. В большей степени на частоту клинических проявлений, присущих ВД, влиял тип высшей нервной деятельности, который уточняли в процессе беседы с пациентом.

Наблюдение в динамике за данными больными показало, что остаточные проявления ВД, так называемый вегетативный хвост, довольно часто (до 2 мес) сохранялся у 51,8% обследованных. Его проявления соответствовали астено-невротической симптоматике: общая слабость, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, сердцебиение, лабильность пульса и давления. У 37,3% лиц отдельные проявления сохранялись в течение 4–5 нед после выписки из стационара.

Таким образом, сочетанное течение ГЭРБ и АИТ характеризовалось формированием ВД, которая приводила к «окрашиванию» клинических проявлений заболеваний, сохраняющемуся и после купирования основных симптомов. Достичь клинической ремиссии заболевания удавалось только по основным симптомам нозологий, тогда как проявления со стороны ВНС

Таблиця. **Відповіді пацієнтів (n = 83) на запитання опитувальника А. М. Вейна для виявлення ознак вегетативної дисфункції**

Запитання	Так	Ні
1. Відзначаєте чи ви при волненні схильність к почервонінню обличчя? к поблідінню обличчя?	53 24	6
2. Буває чи у вас онеміння чи похолодіння пальців кистей, стоп? повністю кистей, стоп?	17 14	52
3. Буває чи у вас змінення окраски (поблідіння, почервоніння, синюшність) пальців кистей, стоп? повністю кистей, стоп?	14 5	64
4. Відзначаєте чи ви підвищену потливість постійну? при волненні?	7 66	10
5. Буває чи у вас відчуття серцебиття, замирання, «зупинки серця»?	57	26
6. Буває чи у вас відчуття ускладнення при диханні: відчуття нехватки повітря, учащене дихання? В разі позитивної відповіді уточніть, коли виникає це відчуття: при волненні? в душному приміщенні?	21 6	56
7. Характерно чи для вас порушення функції шлунково-кишкового тракту: схильність к запорам? схильність к поносам? вдуття живота? болі?	16 8 25 9	25
8. Бувають чи у вас обморочки (втрата раптово свідомості чи відчуття, що можете її втратити)? Якщо «так», то уточніть умови: душне приміщення довге перебування в вертикальному положенні	9 —	74
9. Бувають чи у вас приступообразна головна біль? Якщо «так», то уточніть: диффузна чи тільки половина голови? всю голову? сжимаюча? пульсуюча?	19 11 13 —	40
10. Відзначаєте чи ви в нинішній час зниження працездатності, швидку втомлюваність?	81	2
11. Відзначаєте чи ви порушення сну? В разі відповіді «так» уточніть: трудність засинання? поверхневий, неглибокий сон з частими пробудженнями? відчуття невиспання, втоми при пробудженні?	9 11 27	36

сохранялись длительное время и оказывали негативное влияние на качество жизни пациентов.

Выводы

Сочетанное течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и аутоиммунного тиреоидита в большинстве случаев (78,3%) сопровождалось вегетативной дисфункцией, проявления которой усугубляли клинические проявления заболеваний.

Использование опросника А.М. Вейна для определения развития вегетативной дисфункции

Конфликта интересов нет.

у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и аутоиммунным тиреоидитом позволяет оценить «вклад» вегетативного отдела нервной системы в основной патологический процесс и провести коррекцию выявленных нарушений.

При коморбидности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и аутоиммунного тиреоидита в течение 1–2 мес после клинической ремиссии заболеваний может наблюдаться «вегетативный хвост» в виде астенического синдрома, проявления которого оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов.

Список литературы

- Абатуров А.Е., Петренко Л.Л., Герасименко О.Н. Хронический аутоиммунный тиреоидит у детей // *Международ. эндокринолог. журн.* — 2014. — № 3. — С. 21–27.
- Бобирьова Л.С., Муравльова О.В., Городинська О.Ю. Аутоиммунный тиреоидит: особенности клинического течения и принципы дифференцированной терапии // *Международ. эндокринолог. журн.* — 2014. — № 1 (57). — С. 17–24.
- Боброва В.Б., Демченко А.В. Пароксизмальный перебои синдрома вегетативной дисфункции // *Медицина и фармация.* — 2016. — № 4. — С. 23–26.
- Вейн А.М., Левин Я.И. Принципы современной фармако-терапии инсомний // *Журнал неврологии и психиатрии.* — 1998. — № 5. — С. 39–43.
- Давыдова А.Н. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста при различных вегетативных нарушениях и пути их коррекции: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Волгоград, 2008. — 22 с.
- Иванова Г.П., Горобец Л.Н. Характеристические особенности личности больных с тиреоидитом Хашимото // *Социальная и клиническая психиатрия.* — 2015. — № 3. — С. 27–32.
- Канасев Р.А., Оганова Н.З., Тукешев Д. О. и др. Вегетативные дисфункции при заболеваниях щитовидной железы // *Наука. Новые технологии и инновации Кыргызстана.* — 2016. — № 3. — С. 43–45.
- Полина Ю.В., Белова Е.П., Дмитриева В.В. Психовегетативный синдром как наиболее частый вариант синдрома вегетативной дистонии // *Новые задачи современной медицины: материалы III Международ. науч. конф.* — СПб, 2014. — С. 59–61.
- Ткаченко В.И., Максимец Я.А. Факторы риска возникновения и прогрессирования аутоиммунных заболеваний щитовидной железы: систематический анализ данных за последнее 10-летие // *Семейная медицина.* — 2017. — № 5 (73). — С. 21–28.
- Фадеев Г.Д., Гриднев А.Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: пищеводные, внепищеводные проявления и коморбидность / Под ред. акад. А.Н. Беловой. — К., Библиотека «Здоровья Украины», 2014. — 376 с.
- Хаустова О.О. Психосоматичний підхід до порушень вегетативної нервової системи у загальній лікарській практиці // *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія.* — 2016. — № 2–1. — С. 36–41.
- Шеремет М.І., Шидловський О.В., Сидорчук Л.П. Аутоімунний тиреоїдит. Сучасні погляди на патогенез та лікування (огляд літератури) // *Ендокринологія.* — 2014. — Т. 19, № 3. — С. 227–235.
- Boeckxstaens G., El-Serag H., Smout A. et al. Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future // *Gut.* — 2014. — Vol. 63 (7). — P. 1185–1193.
- Camireli M. Disorders of gastrointestinal motility in neurologic disease // *Mayo Clin. Proc.* — 2014. — Vol. 65. — P. 825–846.
- El-Serag H.P., Sweet S., Winchester C.C. et al. Update on the epidemiology of gastro- esophageal reflux disease: a systematic review // *Gut.* — 2014. — Vol. 63. — P. 871–880.
- Fitzerald R.C., Vaezi M.F. Esophageal diseases // *Gastroenterology.* — 2018. — Vol. 154 (2). — P. 263–266. doi: 10/1053/j.gastro.2017.12.017. Epub 2017 Dec 21.
- Galstyan L., Avagyan G., Khachatryan S. et al. Functioning of the nervous system in case of autonomic dysfunction // *European Journal of Pediatric Neurology.* — 2017. — P. 351–359. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2017.04.1056>.
- Iwakiri K., Kinoshita Y., Habu Y. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2015 // *J. Gastroenterol.* — 2016. — P. 751–767. doi: 10.1007/s00535-016-1227-8.
- Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Shkileva I.Ju. et al. Educational stress and somatoform autonomic dysfunction among the first year medical students // *Inter. med.* — 2017. — N 6. — P. 27–31.
- Ulleryd M., Prah U., Börsbo J. et al. The association between autonomic dysfunction, inflammation and atherosclerosis in men under investigation for carotid plaques. Published: April 4, 2017 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174974>.
- Vaezi M., Pandolfino J., Vela M., Shaheen N. White Paper AGA: Optimal strategies to define and diagnose gastroesophageal reflux disease // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2017. — Vol. 15. — P. 1162–1172.

Т. М. Пасієшвілі

Харківський національний медичний університет

Вегетативний супровід поєданого перебігу гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у пацієнтів молодого віку з автоімунним тиреоїдитом

Мета — встановити наявність та оцінити частоту і виразність виявів вегетативної дисфункції (ВД) у пацієнтів з коморбідністю автоімунного тиреоїдиту (АІТ) і гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) з використанням анкети-опитувальника А. М. Вейна.

Матеріали та методи. Обстежено 83 студентів з коморбідністю ГЕРХ і АІТ. Серед пацієнтів переважали жінки (61; 73,5%). Середній вік — $(22,1 \pm 2,1)$ року. Тривалість ГЕРХ — від «вперше виявленої» до 3 років, АІТ — від «вперше виявленого» до 2,5 року. Верифікацію ГЕРХ проводили ендоскопічним методом, що дало змогу в 74 (87,8%) випадках встановити неерозивну форму захворювання, а в 9 (12,2%) — ерозивну. Наявність АІТ підтверджували за даними клінічних, інструментальних та імунологічних досліджень: антитіла до щитоподібної залози перевищували показники норми; рівень тиреотропного гормону, вільних трийодтироніну (Т3) і тироксину (Т4) у сироватці крові відповідав еутиреоїдному стану. Наявність виявів ВД оцінювали при тестуванні пацієнтів за опитувальником А. М. Вейна (11 запитань). Статистична обробка передбачала обчислення критерію χ^2 з поправкою Єтса.

Результати. При оцінці результатів тестування з використанням опитувальника А. М. Вейна встановлено, що найчастішими виявами ВД були: зміна кольору шкірних покривів при хвилюванні (92,8%), підвищена пітливість (88,0%), серцебиття (68,7%), поява нижньо-диспепсичного синдрому (69,9%), головний біль (51,8%), зниження працездатності і швидка стомлюваність (97,6%). Такий вияв ВД, як оніміння і похолодання кінцівок, був характерним для 37,3% опитаних, утруднене дихання — для 32,5%, непритомність — для 10,8%, що пояснювали молодим віком пацієнтів і малим анамнезом за нозологічними формами. В цілому 78,3% обстежених мали вияви ВД, причому тривалість анамнезу захворювань, стать і форма ураження слизової оболонки стравоходу не мали значення. Двомісячне спостереження за цими хворими виявило наявність «вегетативного хвоста» в 51,8% випадків у вигляді астеничного синдрому: загальна слабкість, зниження працездатності, швидка стомлюваність, серцебиття, лабільність пульсу і тиску; 37,3% осіб мали окремі його вияви протягом 4—5 тиж після виписки зі стаціонару.

Висновки. Поєднаний перебіг ГЕРБ і АІТ в більшості випадків (78,3%) супроводжувався ВД, вияви якої посилювали перебіг захворювань. У разі коморбідності ГЕРБ і АІТ протягом 1—2 міс після клінічної ремісії захворювань може спостерігатися «вегетативний хвіст» у вигляді астеничного синдрому, вияви якого негативно впливають на якість життя пацієнтів.

Ключові слова: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, автоімунний тиреоїдит, вегетативна дисфункція, якість життя.

Т. М. Pasiieshvili

Kharkiv National Medical University

Vegetative accompaniment of the combined course of gastroesophageal reflux disease in young patients with autoimmune thyroiditis

Objective — to establish the presence of autonomic dysfunction and to assess the frequency and severity of its manifestations in patients with autoimmune thyroiditis (AIT) and gastroesophageal reflux disease (GERD) with the use of the A. M. Vein questionnaire.

Materials and methods. The examinations involved 83 students aged (22.1 ± 2.11) years with comorbidity of GERD and AIT. Women consisted the majority, 73.5% (61 person), of patients with GERD with history from «newly diagnosed» to three-years' duration; and AIT from «newly diagnosed» up to 2.5 years' duration. The GERD verification of was performed by endoscopic method, which allowed to establish the non-erosive disease form in 74 (87.8%) cases, and erosive form in 9 cases (12.2%). The AIT presence was confirmed in clinical, instrumental and immunological studies: antibodies to the thyroid gland exceeded the normal values; the serum of thyroid-stimulating hormone, FT3 and FT4 level corresponded to the euthyroid state. Autonomic dysfunction was

assessed with A. M. Vein questionnaire (11 questionings). The statistical processing included the calculation of the χ^2 criterion with the Yates amendment.

Results. The assessment of results of A. M. Vein questioning showed that the most often manifestations of the autonomic dysfunction were: changes in the colour of the skin during agitation (92.8%), excessive sweating (88%), heartbeat (68.7%), the appearance of lower dyspeptic syndrome (69.9%), headaches (51.8%), decreased performance and rapid fatigue (97.6%). At the same time, a number of autonomic dysfunction manifestations were less common. So, numbness and coldness of the extremities were characteristic for 37.3% respondents; difficulty breathing — for 32.5%, fainting — 10.8%, which was explained by the young age of the patients and a small history of nosological forms. In total, 78.3% of the surveyed subjects had manifestations of autonomic dysfunction, and disease duration, gender and form of the esophageal mucosa damage did not matter. As a result of two-month observation on these patients, the presence of a «vegetative tail» has been revealed in 51.8% of cases in a form of asthenic syndrome: general weakness, decreased performance, rapid fatigue, palpitations, pulse lability and pressure; and 37.3% of individuals had some of its manifestations within 4—5 weeks after discharge from the hospital.

Conclusions. The combined course of GERD and AIT in most cases (78.3%) was accompanied by vegetative dysfunction, the manifestations of which aggravated the disease course. The «vegetative tail» in a form of asthenic syndrome, the manifestations of which have a negative impact on the quality of life of patients with GERD and AIT for 1—2 months after clinical remission of diseases can be observed.

Key words: gastroesophageal reflux disease, autoimmune thyroiditis, autonomic dysfunction, quality of life.

Контактна інформація

Пасієшвілі Тамара Мерабівна, к. мед. н., доцент кафедри загальної практики — сімейної медицини та внутрішніх хвороб
Тел. (57) 725-06-35. E-mail: fammed@rambler.ru

Стаття надійшла до редакції 11 лютого 2019 р.