

УДК 616.839:616.329-002+616.89-008

Статинова Е.А., Шевченко В.В., Голубова О.А., Сохина В.С.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) относится к хроническим рецидивирующим заболеваниям желудочно-кишечного тракта, которые характеризуются спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, из-за чего происходит повреждение дистального отдела пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений. По мнению ряда авторов ГЭРБ относится к заболеваниям пищевода, в патогенезе которых важную роль играют психогенные факторы. Существует предположение о вегетативной и гуморальной дисрегуляции антирефлюксного барьера при психоэмоциональном стрессе [7,12-14], что сопровождается увеличением чувствительности к желудочно-пищеводным рефлюксам, нарушением моторики пищевода и нижнего пищеводного сфинктера [1,2]. В клинической практике, несмотря на новые методы диагностики и терапии ГЭРБ, внепищеводные проявления рефлюксной болезни остаются трудно курабельной проблемой [6,7,9-14].

К основным формам ГЭРБ относят эрозивную рефлюксную болезнь, эндоскопически позитивную (эрозивную) рефлюксную болезнь и пищевод Баррета. В типичный симптомокомплекс ГЭРБ входит изжога, отрыжка, регургитация, одинофагия, дисфагия, некардиальная боль в грудной клетке и по ходу пищевода. Спектр нарушений, в этиологии которых гастроэзофагеальный рефлюкс играет ведущую роль, достаточно широк и мало изучен [4,5,6,9-12,14]. Внепищеводные проявления ГЭРБ проявляются рефлюкс индуцированными синдромами, среди которых одну из лидирующих позиций занимают неврологические нарушения. Часто выраженность неврологических симптомов у

пациентов с ГЭРБ не соответствует тяжести течения основного заболевания и результатам эндоскопического исследования слизистой пищевода. Наличие болевого синдрома в эпигастриальной области неизбежно приводит к развитию психоэмоциональных нарушений. В дальнейшем при хронизации процесса вовлекается гипоталамо-лимбико-ретикулярный комплекс, который влияет на поведенческие реакции, эмоциональную лабильность, вегетативную дисфункцию [3,4,5,6,9-14]. Среди неврологических проявлений у пациентов с ГЭРБ наиболее часто встречаются нейровегетативные нарушения и психоэмоциональные расстройства [6]. Роль вегетативной нервной системы в целом и ее отдельных структур, как одной из возможных причин развития и прогрессирования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, является актуальной для дальнейшего исследования и представляет междисциплинарный интерес.

Цель данной работы - выявить и оценить вегетативные и психоэмоциональные нарушения у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 62 пациента с ГЭРБ, которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ДОКТМО с 2018г. по 2021г. Диагноз ГЭРБ выставлен гастроэнтерологом и подтвержден эзофагогастродуоденоскопией и/или рентгенографией пищевода и желудка с контрастированием барием. Критерии включения: пациенты с изолированной, эндоскопически негативной ГЭРБ с типичными клиническими симптомами, эндоскопически позитивной ГЭРБ с катаральным и/или эрозивным рефлюкс-эзофагитом в стадии А-D, ГЭРБ с внепищеводными проявлениями с длительностью

заболевания более 3 месяцев, информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: пациенты с осложненным течением ГЭРБ (пептическая язва пищевода, стриктура пищевода, пищевод Барретта), врожденные или приобретенные аномалии пищевода, нижнего пищеводного сфинктера, пищеводного отверстия диафрагмы (короткий пищевод, короткий нижний пищеводный сфинктер, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы), поражение пищевода в рамках системных диффузных заболеваний соединительной ткани (склеродермический пищевод и т.д.), лекарственно индуцированная ГЭРБ, отказ от участия в исследовании. Нами использовалась классификация рефлюкс – эзофагита (США, 1994г.), которая определяла стадии повреждения слизистой оболочки (СО) пищевода при проведении ЭГДС: Стадия А – один (или более) участок поврежденной СО размером до 5 мм, который не захватывает СО между складками (расположен на вершине складки); Стадия В – один (или более) участок поврежденной СО размером более 5 мм, который не захватывает СО между складками (расположен на вершине складки); Стадия С – один (или более) участок поврежденной СО, который распространяется на СО между двумя (или более) складками, но захватывает менее 75 % окружности пищевода; Стадия D – один (или более) участок поврежденной СО, который захватывает более 75 % окружности пищевода. У всех пациентов проводился сбор жалоб, анамнеза заболевания, физикальное обследование, оценка неврологического статуса по общепринятой методике, изучение вегетативного профиля путем заполнения опросника А. М. Вейна, оценка вегетативного индекса Кердо, исследование психоэмоциональной сферы при помощи опросника Спилбергера-Ханина и шкалы депрессии Бека. Длительность анамнеза основного заболевания у всех пациентов составила от 3 месяцев до 76 месяцев \pm 13,8 (средняя продолжительность $49,2 \pm 8,4$ мес.). Из всех обследуемых пациентов в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст составил $24,1 \pm 3,6$ лет) мужчин было 30 (48,4%), женщин - 32 (51,6%). Группу контроля (ГК) составили 30 практически здоровых лиц (15 (50%) – мужчин и 15 (50%) – женщин), средний возраст — $23,7 \pm 4,1$ лет.

Опросник для выявления признаков вегетативных изменений А. М. Вейна предусма-

тривает ответ на 11 вопросов. Полученные баллы суммируются и если пациент набрал менее 15 баллов – вегетососудистая дистония отсутствует; более 15, но менее 25 баллов – вегетососудистая дистония имеет невыраженный характер и требуют уточнения; более 25 баллов – вегетососудистая дистония требует медикаментозной коррекции.

Вегетативный индекс Кердо (ВИК) – показатель, который используется для оценки деятельности вегетативной нервной системы. Если значение этого индекса больше +3 – имеет место преобладание симпатического влияния, если меньше -3 – парасимпатического, если значение -3 – +3 – нормотония.

Опросник Спилбергера-Ханина — позволяет определить выраженность уровня тревожности. Тест состоит из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность) и 20 высказываний для определения тревожности как диспозиции, личностной особенности (свойство тревожности).

Шкала депрессии Бека позволяет выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и часто предъявляемых жалоб пациентами. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность). Каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 баллов в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается при улучшении состояния.

В соответствии с полученными результатами все исследуемые были разделены на 2 группы: в первую группу (гр. I) вошли 38 (61,3%) пациентов с вегетативной дисфункцией и психоэмоциональными нарушениями, во вторую группу (гр. II) вошли 62 (100%) пациента только с психоэмоциональными нарушениями. Вычисляли среднее значение признака и стандартное отклонение ($M \pm s$). Сравнение групп проводили с помощью непараметрических U-критерия Манна-Уитни и H-критерия Краскела-Уоллиса (процедура дисперсионного анализа ANOVA), критерий Стьюдента – t-критерий. Для сравнения различных параметров в одной и той же группе использовали критерий знаков и критерий Вилкоксона для парных сравнений. Для определения степени и знака зависимости

Уровень личностной и ситуативной тревожности у пациентов ГЭРБ по шкале Спилбергера-Ханина

Уровень тревожности	Кол-во пациентов		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	%	Абс.
Шкала ситуативной тревожности						
Низкий	30	48,4	15	24,2	15	24,2
Умеренный	29	46,8	16	25,8	13	21
Высокий	3	4,8	1	1,6	2	3,2
Шкала личностной тревожности						
Низкий	28	45,2	13	21	15	24,2
Умеренный	32	51,6	14	22,6	18	29
Высокий	2	3,2	0	0	2	3,2

использовали корреляционный анализ Спирмена. Статистический анализ проводился при помощи программы STATISTICA 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании клинико-неврологического обследования у пациентов с ГЭРБ выявлены основные жалобы: нарушение сна/бодрствования – 52 (83,9%), чувство тревоги, страха – 41 (66,1%), снижение или потеря аппетита – 39 (62,9%), диспептические расстройства – 38 (61,3%), головные боли преимущественно диффузного характера во второй половине дня – 26 (41,9%), головокружение – 34 (54,8%), ощущение слабости, повышенной утомляемости – 23 (37,1%), эмоциональная лабильность – 16 (25,8%), нарушение

сердечного ритма в виде тахикардии – 12 (19,4%), брадикардии – 8 (12,9%), артериальная гипертензия – 19 (30,6%), артериальная гипотензия – 14 (22,6%), пароксизмы симпато-адреналовой направленности – 19 (30,6%), ваго-инсулярной направленности – 8 (12,9%), смешанные пароксизмы – 7 (11,2%), нарушение концентрации внимания – 33 (53,2%), снижение фона настроения и раздражительность – 26 (41,9%), ангедония – 12 (19,4%) пациентов.

При исследовании неврологического статуса у 36 (58,1%) пациентов выявлена рассеянная неврологическая симптоматика, снижение сухожильных рефлексов у 17 (27,4%), нарушение координации движений у 19 (30,6%) пациентов.

Уровень личностной и ситуативной тревожности у пациентов ГЭРБ с дисфункцией ВНС по шкале Спилбергера-Ханина

Уровень тревожности	Кол-во пациентов		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Шкала ситуативной тревожности						
Низкий	14	22,6	5	8,1	9	14,5
Умеренный	19	30,6	11	17,7	8	12,9
Высокий	2	3,2	1	1,6	1	1,6
Шкала личностной тревожности						
Низкий	15	24,2	6	9,7	9	14,5
Умеренный	18	29	7	11,3	11	17,7
Высокий	2	3,2	0	0	2	3,2

Уровень депрессии у пациентов ГЭРБ с дисфункцией ВНС по шкале Бека

Уровень депрессии	Всего		Мужчины				Женщины			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
			ГЭРБ	ГЭРБ + ВСД	ГЭРБ	ГЭРБ + ВСД				
Норма	14	22,6	3	4,8	4	6,5	4	6,5	3	4,8
Легкий	21	33,9	2	3,2	6	9,7	6	9,7	7	11,2
Умеренный	25	40,3	5	8,2	6	9,7	4	6,5	10	16,1
Тяжелый	2	3,2	0	0	1	1,6	0	0	1	1,6

При исследовании нервной системы (по опроснику А.М. Вейна) установлены нарушения ВНС у 38 (61,3%) пациентов с ГЭРБ, среди которых симпатикотония наблюдалась у 28 (45,2%), парасимпатикотония у 10 (16,1%), нормотония у 24 (38,7%) пациентов.

У 62 (100%) пациентов с ГЭРБ выявлены изменения личностной и ситуативной тревожности. Следует отметить, что у мужчин превалировал умеренный уровень ситуативной тревожности в 25,8%, над низким в 24,2% и высоким в 1,6% уровнем. Умеренный уровень личностной тревожности был характерен для 29% женщин, и превалировал над низким у 24,2% и высоким у 3,2% (табл. 1).

Среди пациентов страдающих ГЭРБ и имеющих дисфункцию ВНС явления тревожности были более выражены, чем у пациентов с изолированной ГЭРБ (табл. 2).

На основании данных, полученных при исследовании уровня депрессии по шкале Бека установлено, что депрессия чаще диагностировалась у пациентов ГЭРБ с дисфункцией ВНС (50%). Следует отметить, что частота депрессии среди женщин

встречалась чаще, чем среди мужчин; у 10 женщин (16,1%) и 6 мужчин (9,7%) выявлен умеренный уровень депрессии (табл.3).

Выводы

У 61,3% пациентов ГЭРБ независимо от пола и возраста выявлены изменения со стороны вегетативной нервной системы. Снижение тонуса парасимпатического отдела ВНС диагностировано в 16,1% случаев, симпатического отдела в 45,2%, нормотония выявлена в 38,7% случаев. Психоэмоциональные проявления были характерны для всех пациентов ГЭРБ и выявлялись в 100% случаев в виде тревожных и депрессивных расстройств различной степени выраженности. Для пациентов ГЭРБ с дисфункцией вегетативной нервной системы типичным был умеренно выраженный уровень тревожности, который встречался в 30,6% случаев и умеренно-выраженный уровень депрессии в 25,8% случаев. У пациентов с изолированной ГЭРБ преобладал низкий уровень тревожности, который встречался в 41,9% случаев и умеренно выраженная депрессия в 14,5% случаев.

Стафинова Е.А., Шевченко В.В., Голубова О.А., Сохина В.С.

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В данной статье на основе комплексного клинико-неврологического исследования изучены основные неврологические нарушения у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Для выявления основных внепищеводных нарушений неврологического характера на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни были использованы опросник Вейна и вегетативный индекс Кердо. Оценка психоэмоциональных проявлений

производилась посредством заполнения шкалы депрессии Бека, опросника Спилберга-Ханина.

У пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, независимо от пола и возраста, были выявлены изменения вегетативного профиля: статистически значимое снижение тонуса парасимпатической нервной системы, превалирование симпатикотонии. Выявлены психоэмоциональные нарушения в виде тревожных и депрессивных расстройств различной степени выраженности.

Отмечено, что признаки тревожно-депрессивных нарушений доминировали у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с клиническими проявлениями вегетативной дисфункции. Полученные данные позволят в дальнейшем провести необходимую коррекцию медикаментозной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, с учетом дисфункции вегетативной нервной системы и психоэмоциональных нарушений.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, психо-эмоциональная сфера, вегетативная дисфункция

Statinova E.A., Shevchenko V.V., Golubova O.A., Sokhina V.S.

EVALUATION OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM AND PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

In this article, the main neurological disorders in patients with gastroesophageal reflux disease were studied on the basis of a comprehensive clinical and neurological study. Wein's questionnaire and Kerdo's vegetative index were used to identify the main extra-esophageal neurological disorders on the background of gastroesophageal reflux disease. Psycho-emotional manifestations were evaluated using the Beck's depression scale, Spielberger-Hanin's questionnaire.

Changes of vegetative profile were revealed: statistically significant decrease of parasympathetic nervous system tone, prevalence of sympathicotonia, in patients with gastroesophageal reflux disease irrespective of sex and age. Psycho-emotional disorders in the form of anxiety and depressive disorders of varying severity were revealed.

It was noted that signs of anxiety and depressive disorders dominated in patients with gastroesophageal reflux disease with clinical manifestations of autonomic dysfunction. Obtained data in the future will allow to carry out the necessary correction of the medical therapy of gastroesophageal reflux disease, taking into account the dysfunction of the autonomic nervous system and psycho-emotional disorders.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, psycho-emotional area, autonomic dysfunction

Литература

1. Cremonini F. et al. Diagnostic and therapeutic use of proton pump inhibitors in non-cardiac chest pain: a metaanalysis. *Am. J. Gastroenterol.* 2005; 1226-1232. URL: https://www.rima.org/web/medline_pdf/AmJGastroenterol_1226-32.pdf (дата обращения: 09.09.2021) doi:10.1111/j.1572-0241.2005.41657.x
2. Wittchen H.U. et al. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *J. Clin. Psychiatry.* 2002; 63 (8): 24-34.
3. Авсянкина Е.В., Статинова Е.А., Сохина В.С. Психоэмоциональные и когнитивный особенности больных ишемическим инсультом в зависимости от возраста. *Университетская клиника.* 2016; 12 (1): 9-11.
4. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. СПб.: ВМА; 1999. 86.
5. Ахпаров Н.Н., Немилова Т.К., Каган А.В., Сулейманова С.Б. Современные подходы к диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей. *Российский педиатрический журнал.* 2015; 5: 15–20.
6. Губергриц Н.Б., Голубова О.А., Лукашевич Г.М., Рахметова В.С. Ингибиторы протонной помпы при ГЭРБ: стоит ли ждать полного оправдания надежд или признать легкое разочарование? *Сучасна гастроентерология.* 2013; 2 (70): 99 –102.
7. Данилова Н.Н. Функциональные состояния: механизмы и диагностика. М.: МГУ; 1985. 287.

8. Журавлёва, И.А. Роль нейрогуморальных факторов в развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: автореф. дис. канд. мед. наук. Омск; 2006. 18.
9. Кляритская И.Л., Кривой В.В., Работягова Ю.С. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Крымский терапевтический журнал. 2019; 4: 14-22.
10. Радциг Е.Ю., Константинов Д.И. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: взгляд оториноларинголога. Терапевтический архив. 2021; 93 (4): С. 521–525.
11. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.С. Трухманов, Т.Л. Лапина, О.А. Сторонова, О.В. Зайратьянц, О.Б. Дронова, Ю.А. Кучерявый, С.С. Пирогов, Р.Г. Сайфутдинов, Ю.П. Успенский, А.А. Шептулин, Д.Н. Андреев, Д.Е. Румянцева. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020; 30 (4): 70–97.
12. Рыжкова О. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: учебное пособие. Иркутск: ИГМУ; 2020. 64.
13. Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии. Психиатрия и психофармакотерапия. 2006; 8 (3): 4-10.
14. Фадеенко Г.Д., Гриднев А. Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: пищеводные, внепищеводные проявления и коморбидность. К.: Библиотека «Здоровье Украины»; 2014. 376.

References

1. Cremonini F. et al. Diagnostic and therapeutic use of proton pump inhibitors in non-cardiac chest pain: a metaanalysis. Am. J. Gastroenterol. 2005: 1226-1232. Available at: https://www.rima.org/web/medline_pdf/AmJGastroenterol_1226-32.pdf (Accessed: 09.09.2021) doi:10.1111/j.1572-0241.2005.41657.x
2. Wittchen H.U. et al. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. J. Clin. Psychiatry. 2002; 63 (8): 24-34.
3. Avsyankina E.V., Statinova E.A., Sokhina V.S. Psikhooemotsional'nye i kognitivnyi osobennosti bol'nykh ishemicheskim insul'tom v zavisimosti ot vozrasta. [Psycho-emotional and cognitive features of patients with brains troke, depending on age]. Universitetskaya klinika. 2016; 12 (1): 9-11 (in Russian).
4. Apchel V.Ya., Tsygan V.N. Stress i stressoustoichivost' cheloveka. [Stress and human stress tolerance]. Saint Petersburg: VMA; 1999. 86 (in Russian).
5. Akhparov N.N., Nemilova T.K., Kagan A.V., Suleimanova S.B. Sovremennye podkhody k diagnostike gastroezofageal'noi reflyuksnoi bolezni u detei. [Modern approaches to the diagnosis of gastroesophageal reflux disease in children] Rossiiskii pediatricheskii zhurnal. 2015; 5: 15–20 (in Russian).
6. Gubergrits N.B., Golubova O.A., Lukashevich G.M., Rakhmetova V.S. Ingibitory protonnoi pompy pri GERB: stoit li zhdat' polnogo opravdaniya nadezhd ili priznat' legkoe razocharovanie? [Proton pump inhibitors in GERD: is it worth waiting for a full justification of hopes or admitting a slight disappointment?] Suchasna gastroenterologiya. 2013; 2 (70): 99 –102 (in Russian).
7. Danilova N.N. Funktsional'nye sostoyaniya: mekhanizmy i diagnostika. [Functional states: mechanisms and diagnostics]. Moscow: MGU; 1985. 287 (in Russian).
8. Zhuravleva, I.A. Rol' neurogumoral'nykh faktorov v razvitiu gastroezofageal'noi reflyuksnoi bolezni: avtoref. dis. kand. med. Nauk. [The role of neurohumoral factors in the development of gastroesophageal reflux disease: cand.med.sci.diss.abs.]. Omsk; 2006. 18 (in Russian).
9. Klyaritskaya I.L., Krivoi V.V., Rabotyagova Yu.S. Vnepishchevodnye proyavleniya gastroezofageal'noi reflyuksnoi bolezni. [Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease]. Krymskii terapevticheskii zhurnal. 2019; 4: 14-22 (in Russian).
10. Radtsig E.Yu., Konstantinov D.I. Vnepishchevodnye proyavleniya gastroezofageal'noi reflyuksnoi bolezni: vzglyad otorinolaringologa. [Extraesophageal signs of gastroesophageal reflux disease: otorhinolaryngologist's view]. Terapevticheskii arkhiv. 2021; 93 (4): 521–525 (in Russian).
11. Rekomendatsii Rossiiskoi gastroenterologicheskoi assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu gastroezofageal'noi reflyuksnoi bolezni. [Recommendations of the Russian Gastroenterological Association in Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease]. V.T. Ivashkin, I.V.

- Maev, A.S. Trukhmanov, T.L. Lapina, O.A. Storonova, O.V. Zairat'yants, O.B. Dronova, Yu.A. Kucheryavyi, S.S. Pirogov, R.G. Saifutdinov, Yu.P. Uspenskii, A.A. Sheptulin, D.N. Andreev, D.E. Rummyantseva. Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2020; 30 (4): 70–97 (in Russian).
12. Ryzhkova O. V. Gastroezofageal'naya reflyuksnaya bolezni': uchebnoe posobie. [Gastroesophageal reflux disease: a textbook]. Irkutsk: IGMU; 2020. 64 (in Russian).
 13. Smulevich A.B. Depressiya kak obshchemeditsinskaya problema: voprosy kliniki i terapii. [Depression as a general medical problem: issues of clinic and therapy]. Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya. 2006; 8 (3): 4-10 (in Russian).
 14. Fadeenko G.D., Gridnev A. E. Gastroezofageal'naya reflyuksnaya bolezni': pishchevodnye, vnepishchevodnye proyavleniya i komorbidnost'. [Gastroesophageal reflux disease: esophageal, extraesophageal manifestations and comorbidity]. Kiev: Biblioteka «Zdorov'e Ukrainy»; 2014. 376 (in Russian).

Поступила в редакцию 15.10.2021