УДК [616.333-008.6+579.835.12]:616.23-007.272:616-056.52]-036-079-085
DOI https://doi.org/10.32782/2415-8127.2026.74.15

Дербак Марія Антонівна,
доктор медичних наук, професор,
завідувачка кафедри факультетської терапії,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
mariana.derbak@uzhnu.edu.ua
https://orcid.org/0000-0003-4791-4080
м. Ужгород, Україна

Мотильчак Евеліна Михайлівна,
асистент кафедри мікробіології, вірусології та епідеміології
з курсом інфекційних хвороб,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
evelina.motylchak@uzhnu.edu.ua
https://orcid.org/0009-0005-2936-7484
м. Ужгород, Україна

Сіткар Андрій Дмитрович,
доктор філософії, доцент кафедри біохімії та фармакології,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
andrii.sitkar@uzhnu.edu.ua
https://orcid.org/0000-0001-7890-5908
м. Ужгород, Україна

Блецкан Мирослава Михайлівна,
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри факультетської терапії,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
miroslava.bleckan@uzhnu.edu.ua
https://orcid.org/0000-0002-8069-6145
м. Ужгород, Україна

Комплексне лікування гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у пацієнтів із бронхообструктивними захворюваннями на тлі ожиріння

Вступ. У пацієнтів із ХОЗЛ та ожирінням наявність H. pylori може бути додатковим фактором, що ускладнює ведення коморбідної патології, впливаючи на вибір медикаментозної терапії та потребу в ерадикаційному лікуванні, однак його роль у патогенезі та перебігу ГЕРХ залишається предметом подальших досліджень.

Мета дослідження. Оцінити ефективність диференційованого лікування ГЕРХ у пацієнтів із ХОЗЛ/БА та ожирінням залежно від *H. pylori*-статусу.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходились 102 пацієнтів з верифікованими діагнозами ХОЗЛ (n = 42) та БА (n = 60), які мали різного ступеня ожиріння та ГЕРХ. Спеціальне лабораторне обстеження включало – визначення гастрину-17 та пепсиногенів I та II та розрахунок співвідношення PG I/PG II. Helicobacter pylori (Hp) діагностували за допомогою швидкого уреазного тесту (CLO-test) та визначення ДНК Hp у зразках калу методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Комплексний лікувальний підхід включав стандартну терапію ГЕРХ, базисне лікування бронхообструктивного захворювання відповідно до сучасних рекомендацій, а також модифікацію факторів ризику, асоційованих з ожирінням. У пацієнтів із підтвердженою Hp -інфекцією (n=32) проводили 14-денний курс ерадикаційної терапії, що включала: тетрациклін 500 мг 4 рази на добу, метронідазол 500 мг 3 рази на добу, рабепразол 20 мг 2 рази на добу, препарат вісмуту 120 мг 4 рази на добу. Додатково було призначено пробіотичний препарат на основі Saccharomyces boulardii. Після завершення ерадикаційної терапії пацієнти продовжували приймати рабепразол 20 мг 1 рази на добу ранком ще протягом 6 тижнів. Контроль ефективності ерадикації проводили через 28 днів після завершення лікування шляхом визначення ДНК Hp у калі.

Результати досліджень та їх обговорення. Частота виявлення H. pylori серед пацієнтів із ГЕРХ та бронхообструктивними захворюваннями становила 61,5% (32/52). Проведене комплексне лікування супроводжувалося достовірним покращенням клінічного перебігу ГЕРХ в обох групах. Одночасно відзначалося істотне зменшення частоти печії, нічних симптомів і регургітації. Клінічної ремісії було досягнуто у 72,0% пацієнтів із ГЕРХ та ХОЗЛ і у 77,8% пацієнтів із ГЕРХ та БА. При аналізі ефективності лікування залежно від H. pylori-статусу встановлено, що пацієнти з позитивним статусом H. pylori мали більш виражені клінічні прояви ГЕРХ та порушення гастродуоденальної резистентності до початку лікування. Середній показник GERD-Q у H. pylori-позитивній групі становив 12,0±3,0 бала проти 4,8±0,9 бала у H. pylori-негативних пацієнтів ($p<0,001$). Після проведення ерадикаційної терапії та комплексного лікування відзначалося достовірне зниження GERD-Q у H. pylori-позитивних пацієнтів до 6,9±1,9 бала ($p<0,001$), що супроводжувалося нормалізацією гастрину-17 та зменшенням рівня PGII. У H. pylori-негативній групі зміни були менш вираженими, що пояснюється меншою тяжкістю вихідних порушень. У групі пацієнтів із поєднанням ГЕРХ та ХОЗЛ і позитивним Hp -статусом рівень гастрину-17 достовірно знизився у 2,9 разів. Паралельно покращилася бронхіальна прохідність: показник FEV1 зріс із 55±9% до 67±8%, а середній бал за шкалою GERD-Q зменшився з 12,3±3,1 до 7,5±2,3, досягнувши порогового рівня діагностичної значу-

щості. Проведення ерадикаційної терапії H. pylori із застосуванням квадротерапії з препаратом вісмуту забезпечило високу ефективність – успішна ерадикація була досягнута у 87,5% пацієнтів. Найбільш виражений терапевтичний ефект спостерігався у пацієнтів із початково позитивним Hp-статусом після успішної ерадикаційної терапії, що підтверджує доцільність врахування інфекційного статусу при виборі лікувальної стратегії.

Висновки. Одночасне зменшення показників GERD-Q та покращення FEV1 у хворих із ХОЗЛ і бронхіальною астмою свідчить про позитивний взаємозв'язок між ефективним контролем гастроезофагеального рефлюксу, відновленням гастродуоденальної резистентності та покращенням перебігу бронхообструктивної патології. Збільшення FEV1 може бути пов'язано із зменшенням рефлюкс-асоційованого подразнення дихальних шляхів, покращенням контролю основного бронхообструктивного захворювання та комплексною корекцією факторів ризику.

Ключові слова: ГЕРХ, H.pylori, ерадикаційна терапія, гастрин-17, пепсиногени, ХОЗЛ, бронхіальна астма.

Derbak Mariya Antonivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Faculty Therapy, State University "Uzhhorod National University", mariana.derbak@uzhnu.edu.ua, https://orcid.org/0000-0003-4791-4080, Uzhhorod, Ukraine

Motylchak Evelina Mychailivna, Assistant at the Department of Microbiology, Virology, Epidemiology whit a Course or Infectious Diseases, State University "Uzhhorod National University", evelina.motylchak@uzhnu.edu.ua, https://orcid.org/0009-0005-2936-7484, Uzhgorod, Ukraine

Sitkar Andrii Dmytrovych, Doctor of Philosophy, Associate Professor at the Department of Biochemistry and Pharmacology, State University "Uzhhorod National University", andrii.sitkar@uzhnu.edu.ua, https://orcid.org/0000-0001-7890-5908, Uzhgorod, Ukraine

Bletskan Myroslava Mychailivna, Ph.D. in Medicine, Associate Professor, Associate Professor at the Department of Faculty Therapy, State University "Uzhhorod National University", miroslava.bleckan@uzhnu.edu.ua, https://orcid.org/0000-0002-8069-6145, Uzhhorod, Ukraine

Comprehensive Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease in Patients with Broncho-Obstructive Diseases and Concomitant Obesity

Introduction. In patients with COPD and obesity, the presence of H. pylori may serve as an additional confounding factor in managing comorbid conditions, influencing the choice of pharmacotherapy and the need for eradication treatment; however, its precise role in the pathogenesis and clinical course of GERD remains a subject for further investigation.

Aim of the study. To evaluate the efficacy of differentiated GERD treatment in patients with COPD/asthma and obesity depending on their H. pylori status.

Materials and Methods. The study observed 102 patients with verified diagnoses of COPD (n = 42) and asthma (n = 60) presenting with varying degrees of obesity and GERD. Specialized laboratory evaluation included the determination of gastrin-17, pepsinogen I (PG I), and pepsinogen II (PG II), as well as the calculation of the PG I/PG II ratio. Helicobacter pylori (Hp) infection was diagnosed using a rapid urease test (CLO test) and fecal Hp DNA detection via polymerase chain reaction (PCR). The comprehensive therapeutic approach comprised standard GERD therapy, guideline-based management of the underlying broncho-obstructive disease, and modification of risk factors associated with obesity. Patients with confirmed Hp infection (n = 32) received a 14-day bismuth-containing quadruple eradication regimen: tetracycline 500 mg q.i.d., metronidazole 500 mg t.i.d., rabeprazole 20 mg b.i.d., and bismuth subcitrate 120 mg q.i.d., supplemented with a Saccharomyces boulardii-based probiotic. Following eradication therapy, patients continued rabeprazole 20 mg once daily in the morning for an additional 6 weeks. Eradication efficacy was assessed 28 days post-treatment via stool Hp DNA testing.

Results and Discussion. The detection rate of H. pylori among patients with GERD and broncho-obstructive pathology was 61.5% (32/52). Comprehensive management was accompanied by a statistically significant improvement in the clinical course of GERD in both groups, along with a substantial reduction in the frequency of heartburn, nocturnal symptoms, and regurgitation. Clinical remission was achieved in 72.0% of patients with GERD and COPD, and in 77.8% of patients with GERD and asthma.

Analysis of treatment efficacy based on H. pylori status revealed that H. pylori-positive patients exhibited more pronounced clinical manifestations of GERD and impaired gastroduodenal mucosal resistance at baseline. The mean GERD-Q score in the H. pylori-positive group was 12.0 ± 3.0 points compared to 4.8 ± 0.9 points in H. pylori-negative patients ($p < 0.001$). Following eradication therapy and comprehensive management, the GERD-Q score in H. pylori-positive patients significantly decreased to 6.9 ± 1.9 points ($p < 0.001$$, accompanied by normalization of gastrin-17 levels and a reduction in PG II. In the H. pylori-negative group, changes were less pronounced due to lower baseline severity.

In patients with concomitant GERD, COPD, and positive Hp status, gastrin-17 levels decreased significantly by 2.9-fold. Concurrently, bronchial patency improved: FEV_1 increased from 55 ± 9% to 67 ± 8%, while the mean GERD-Q score decreased from 12.3 ± 3.1 to 7.5 ± 2.3, reaching the diagnostic significance threshold. Bismuth-based quadruple therapy for H. pylori demonstrated high efficacy, achieving successful eradication in 87.5% of cases. The most pronounced therapeutic effect was observed in baseline Hp-positive patients following successful eradication, confirming the clinical utility of considering infection status when selecting treatment strategies.

Conclusions. Concurrent reduction in GERD-Q scores and improvement in FEV_1 in patients with COPD and asthma indicate a positive relationship between effective control of gastroesophageal reflux, restoration of gastroduodenal mucosal resistance, and clinical improvement in broncho-obstructive disease. The increase in FEV_1 may be attributed to decreased reflux-induced airway irritation, improved control of the underlying broncho-obstructive pathology, and comprehensive risk factor modification.

Key words: GERD, H. pylori, eradication therapy, gastrin-17, pepsinogens, risk factor modification in obesity, COPD, asthma.

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і бронхіальна астма (БА) належать до найбільш поширених хронічних захворювань органів дихання, які характеризуються тривалим запальним процесом, порушенням функції зовнішнього дихання та значним впливом на якість життя пацієнтів [1-3]. Порушення позалегеневих механізмів, зокрема гастродуоденального захисту, все частіше розглядається як компонент

системного характеру ХОЗЛ та бронхоспазму при БА. Окрім основних респіраторних проявів, пацієнти мають значну кількість коморбідних станів серед яких гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) [4,5]. ГЕРХ визначається як патологічний рефлюкс шлункового вмісту в стравохід з розвитком пошкодження слизової або рефлюксних симптомів [6]. За даними сучасних досліджень, поширеність гастроезофагеального рефлюксу серед пацієнтів із ХОЗЛ суттєво перевищує показники у загальній популяції і варіює від 17 % до 78 %. Це значно вище, ніж у загальній популяції (18-24%) [7,8]. За даними ряду досліджень, частота ГЕРХ у пацієнтів з БА є значно вищою ніж при ХОЗЛ та становить приблизно 30% – 90 % [9,10].

Особливого клінічного значення у пацієнтів із бронхообструктивними захворюваннями за наявності коморбідної ГЕРХ набуває проблема ожиріння. Ожиріння є незалежним фактором, що сприяє розвитку та посиленню проявів гастроезофагеального рефлюксу [11,12]. Також надлишкова маса тіла може погіршувати респіраторну функцію через обмеження екскурсії діафрагми. Поєднання ожиріння, ХОЗЛ і ГЕРХ формує патофізіологічно взаємопов'язаний коморбідний комплекс, що асоціюється з більшою частотою загострень ХОЗЛ та погіршенням якості життя [13,14].

Основою лікування ожиріння у пацієнтів із коморбідною патологією є модифікація способу життя з урахуванням супутніх захворювань. Контроль ефективності модифікації способу життя рекомендовано проводити прямим вимірюванням жиру в організмі де це можливо, або, при використанні ІМТ, на додаток використовувати принаймні один інший антропометричний показник (наприклад, окружності талії, співвідношення талії до стегон або співвідношення талії до зросту). Найбільш практичним показником абдомінального жиру є окружність талії [15-19].

Незважаючи на сучасні досягнення в діагностиці та лікуванні ХОЗЛ і БА, ефективність терапії залишається недостатньою, особливо за наявності коморбідної патології. Водночас результати досліджень щодо впливу антирефлюксної терапії на перебіг бронхообструктивних захворювань є непослідовними та суперечливими [12,20–22].

Додатковим чинником, що ускладнює ведення таких пацієнтів, може бути інфекція *Helicobacter pylori (H.pylori)*, яка впливає на вибір медикаментозної терапії та доцільність проведення ерадикаційного лікування. Проте її роль у патогенезі та клінічному перебігу ГЕРХ у пацієнтів із ХОЗЛ і БА залишається недостатньо з'ясованою та потребує подальших досліджень [23–25].

Мета роботи: оцінити ефективність диференційованого лікування ГЕРХ у пацієнтів із ХОЗЛ/БА та ожирінням залежно від *H. pylori*-статусу.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 102 пацієнти з верифікованими бронхообструктивними захворюваннями, поєднаними з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ): 42 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та 60 – на бронхіальну астму (БА). Усі пацієнти мали ожиріння різного ступеня та проходили стаціонарне лікування в профільних відділеннях Ужгородської багатопрофільної міської клінічної лікарні, Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака та ПП «Діагностично-лікувальний медичний центр УЖМЕД». Серед обстежених переважали чоловіки (63; 61,8%).

Дослідження виконано в межах НДР кафедри «Механізми розвитку коморбідної патології при захворюваннях органів травлення в умовах соціальних викликів, можливості інноваційних методів діагностики та персоніфікованого лікування» (№ держреєстрації 0125U003977). Усі учасники надали письмову інформовану згоду. Протокол дослідження відповідав принципам Гельсінської декларації, Міжнародного кодексу медичної етики та був схвалений локальною комісією з питань етики ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (протокол № 7/1 від 30.06.2025).

Критеріями включення були: вік 18–75 років, верифікований діагноз ХОЗЛ (GOLD 2024) або БА (GINA 2024), а також ГЕРХ, підтверджена клінічними симптомами, езофагогастродуоденоскопією та pH-метрією. Залежно від *Helicobacter pylori* (Hp)-статусу пацієнтів розподілили на чотири групи: ХОЗЛ+ГЕРХ+Hp (n=15), ХОЗЛ+ГЕРХ–Hp (n=27), БА+ГЕРХ+Hp (n=17) та БА+ГЕРХ–Hp (n=43). Оцінювали симптоми ГЕРХ за шкалою GERD-Q, індекс маси тіла, показники функції зовнішнього дихання (FEV1, FVC, FEV1/FVC), проводили езофагогастродуоденоскопію з біопсією. Інфекцію *H. pylori* визначали за допомогою швидкого уреазного тесту (CLO-test) або ПЛР калу. Лабораторне обстеження включало визначення рівнів гастрину-17, пепсиногенів I та II методом ІФА з розрахунком співвідношення PGI/PGII. Усі дослідження виконували в атестованих лабораторіях.

Комплексне лікування включало базисну терапію бронхообструктивного захворювання відповідно до сучасних рекомендацій та модифікацію факторів ризику, пов'язаних з ожирінням. Пацієнтам надавали індивідуальні рекомендації щодо зниження маси тіла на 5–10% протягом 6 місяців, раціонального харчування з урахуванням проявів ГЕРХ, корекції метаболічних порушень та підвищення фізичної активності, яка передбачала щоденну ходьбу тривалістю 30-45 хвилин із поступовим збільшенням до 150-300 хвилин на тиждень відповідно до індивідуальної переносимості.

Усі пацієнти отримували стандартну антирефлюксну терапію рабепразолом 20 мг 1 раз на добу протягом 8 тижнів. Пацієнтам із підтвердженою H. pylori-інфекцією (n=32), починаючи з 7-го дня лікування загострення ХОЗЛ після стабілізації бронхообструкції, на тлі модифікації способу життя проводили 14-денну ерадикаційну терапію. З огляду на високий ризик антибіотикорезистентності, пов'язаний із частим застосуванням антибактеріальних препаратів при бронхообструктивних захворюваннях, використовували квадротерапію: тетрациклін 500 мг 4 рази на добу, метронідазол 500 мг 3 рази на добу, рабепразол 20 мг 2 рази на добу та препарат вісмуту 120 мг 4 рази на добу. Додатково призначали пробіотик на основі Saccharomyces boulardii. Ефективність ерадикації оцінювали через 28 днів після завершення лікування за допомогою визначення ДНК H. pylori у калі. Після завершення ерадикаційної терапії пацієнти продовжу-

вали прийом рабепразолу 20 мг 1 раз на добу ще протягом 6 тижнів. Ефективність комплексного лікування вивчалась шляхом порівняння результатів клінічних та інструментальних досліджень через 8 тижнів лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. *H. pylori* виявлено у 61,5% (32/52) пацієнтів із ГЕРХ та бронхообструктивними захворюваннями: у 60,0% хворих із ГЕРХ+ХОЗЛ та у 63,0% – із ГЕРХ+БА. *H. pylori*-позитивний статус асоціювався з більш вираженими порушеннями гастродуоденальної резистентності, що проявлялися підвищенням рівня гастрину-17 і PGII та зниженням співвідношення PGI/PGII. Після комплексного лікування в обох групах спостерігалося достовірне покращення клінічного перебігу ГЕРХ. У пацієнтів із ГЕРХ+ХОЗЛ показник GERD-Q знизився з 12,3±3,1 до 6,1±2,0 бала (p<0,001), а у хворих із ГЕРХ+БА – з 11,8±2,9 до 5,4±1,8 бала (p<0,001). Одночасно зменшилася частота печії, нічних симптомів і регургітації. Клінічної ремісії досягнуто у 72,0% пацієнтів із ГЕРХ+ХОЗЛ та у 77,8% хворих із ГЕРХ+БА (табл.1).

При аналізі ефективності лікування залежно від *H. pylori*-статусу встановлено, що *H. pylori*-позитивні пацієнти до початку лікування мали більш виражені клінічні прояви ГЕРХ і порушення гастродуоденальної резистентності. Середній показник GERD-Q у них становив 12,0±3,0 бала проти 4,8±0,9 бала у *H. pylori*-негативних пацієнтів (p<0,001). Після ерадикаційної терапії та комплексного лікування показник GERD-Q достовірно знизився до 6,9±1,9 бала (p<0,001), що супроводжувалося нормалізацією рівня гастрину-17 і зменшенням концентрації PGII. У *H. pylori*-негативних пацієнтів зміни були менш вираженими.

У пацієнтів із ГЕРХ, ХОЗЛ та позитивним *H. pylori*-статусом після лікування відзначено достовірне покращення показників гастродуоденальної резистентності: рівень гастрину-17 знизився у 2,9 раза, концентрація PGII – майже вдвічі (з 14,8±3,1 до 7,8±2,6 нг/мл), тоді як рівень PGI мав тенденцію до підвищення (з 78,4±12,6 до 84,5±10,1 нг/мл). Співвідношення PGI/PGII зросло з 5,30 до 10,8, що свідчило про відновлення гастродуоденальної резистентності. Одночасно покращилася бронхіальна прохідність: FEV1 зріс із 55±9% до 67±8%, а GERD-Q знизився з 12,3±3,1 до 7,5±2,3 бала. У пацієнтів із ГЕРХ та ХОЗЛ без *H. pylori*-інфекції також спостерігалася позитивна динаміка, однак менш виражена: рівень гастрину-17 знизився з 7,4±2,1 до 5,5±1,4 пг/мл, PGII – з 15,6±3,4 до 11,3±2,5 нг/мл, а співвідношення PGI/PGII збільшилося з 5,26 до 7,84. FEV1 зріс із 62±9% до 70±8%, при цьому GERD-Q змінився незначно (з 5,2±0,8 до 4,7±0,5 бала).

У пацієнтів із ГЕРХ+БА та позитивним *H. pylori*-статусом після лікування відзначено суттєву позитивну динаміку: рівень гастрину-17 знизився більш ніж у 2 рази, концентрація PGII – з 12,7±2,8 до 5,8±3,2 нг/мл, а співвідношення PGI/PGII збільшилося з 7,6 до 17,1. Паралельно FEV1 зріс із 72±6% до 76±4%, а показник GERD-Q знизився з 11,8±2,9 до 6,4±1,5 бала (p<0,001), що свідчило про зменшення проявів ГЕРХ. У пацієнтів із ГЕРХ+БА без *H. pylori*-інфекції теж спостерігалася позитивна динаміка: рівень гастрину-17 знизився з 8,2±1,7 до 4,5±1,2 пг/мл, PGII – з 13,1±2,9 до 4,8±2,4 нг/мл, співвідношення PGI/PGII зросло з 7,19 до 19,8, а FEV1 підвищився з 74±5% до 78±7%.

Проведення ерадикаційної терапії *H. pylori* із застосуванням вісмут-вмісної квадротерапії забезпечило високу ефективність: успішна ерадикація досягнута у 87,5% пацієнтів. Комплексне лікування, що включало антирефлюксну терапію, базисне лікування бронхообструктивного захворювання та модифікацію факторів ризику, асоційованих з ожирінням, супроводжувалося нормалізацією рівня гастрину-17, зниженням концентрації PGII, покращенням гастродуоденальної резистентності та поступовим зниженням маси тіла. Найбільш виражений терапевтичний ефект спостерігався у пацієнтів із початково позитивним *H. pylori*-статусом після успішної ерадикації, що підтверджує доцільність урахування інфекційного статусу при виборі лікувальної стратегії.

Одночасне зниження показників GERD-Q, покращення FEV1 та корекція надлишкової маси тіла у хворих із ХОЗЛ і БА свідчать про позитивний взаємозв'язок між ефективним контролем гастроезофагеального рефлюксу, відновленням гастродуоденальної резистентності, модифікацією факторів ризику та покращенням перебігу бронхообструктивної патології. Зростання FEV1 може бути пов'язане зі зменшенням рефлюкс-асоційованого подразнення дихальних шляхів, покращенням контролю основного захворювання та комплексним впливом лікувальних заходів.

Висновки. 1. *H. pylori*-інфекцію виявлено у 61,5% пацієнтів із ГЕРХ та ХОЗЛ/БА, що обґрунтовує доцільність визначення *H. pylori*-статусу для персоналізації лікувальної тактики.

2. Вісмут-вмісна квадротерапія забезпечила високу ефективність ерадикації *H. pylori* (87,5%) та супрово-

Таблиця 1

Динаміка клінічних проявів під впливом лікування

Показник	ГЕРХ + ХОЗЛ (n=25) до лікування	після лікування	p	ГЕРХ + БА (n=27) до лікування	після лікування	p
GERD-Q, бали	12,3 ± 3,1	6,1 ± 2,0	<0,001	11,8 ± 2,9	5,4 ± 1,8	<0,001
Печія ≥3 разів/тиждень, %	72	20	<0,001	70	15	<0,001
Нічні симптоми, %	48	16	<0,001	48	11	= 0,004
Регургітація, %	65	24	<0,001	63	19	<0,001
Клінічна ремісія, %	–	72	–	–	78	–

джувалася покращенням показників гастродуоденальної резистентності.

3. Результати дослідження підтверджують необхідність комплексного мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів із ГЕРХ, ожирінням та бронхообструктивною патологією. Ефективність лікування визначається не лише кислотосупресивною терапією, а й урахуванням *H. pylori*-статусу, стану слизової оболонки шлунка, тяжкості респіраторного захворювання та корекцією факторів ризику, асоційованих з ожирінням.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Інформація про фінансування. Автори не отримували ніяких винагород ні в якій формі, у тому числі конкурентів, здатних вплинути на результати роботи.

Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:

Дербак М.А. – аналіз отриманих даних, редагування, висновки статті;

Мотильчак Е.М. – ідея, мета статті, збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів, підготовка тексту статті, формулювання висновків;

Блецкан М.М. – аналіз отриманих результатів, підготовка тексту статті;

Сіткар А.Д. – статистичний аналіз, підготовка тексту статті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2025 report. GOLD; 2025.
2. Agustí A, Celli BR, Criner GJ, Halpin D, Anzueto A, Barnes P, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Eur Respir J. 2023 Apr 1;61(4):2300239. doi: 10.1183/13993003.00239-2023. PMID: 36858443; PMCID: PMC10066569.
3. Christenson SA, Smith BM, Bafadhel M, Putcha N. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. 2022 Jun 11;399(10342):2227-2242. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00470-6. Epub 2022 May 6. PMID: 35533707.
4. Rogha M, Behravesh B, Pourmoghaddas Z. Association of gastroesophageal reflux disease symptoms with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. J Gastrointestin Liver Dis. 2010 Sep;19(3):253-6. PMID: 20922187.
5. Huang C, Liu Y, Shi G. A systematic review with meta-analysis of gastroesophageal reflux disease and exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. BMC Pulm Med. 2020 Jan 8;20(1):2. doi: 10.1186/s12890-019-1027-z. PMID: 31914979; PMCID: PMC6950869.
6. A. González-Saitz, J. Díez-Manglano, Helicobacter pylori infection in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review and meta-analysis, Revista Clínica Española (English Edition), Volume 225, Issue 4, 2025, Pages 193-203, ISSN 2254-8874, https://doi.org/10.1016/j.rceng.2024.12.004. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2254887425000165)
7. Sasaki T, Nakagawa K, Hasegawa K, et al. Gastroesophageal reflux disease and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Respir Med.* 2021;176:106276.
8. Broers C, Tack J, Pauwels A. *Review article: gastro-oesophageal reflux disease in asthma and chronic obstructive pulmonary disease*. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018; 47: 176–191. https://doi.org/10.1111/apt.14416
9. Wang X, Wang Y, Bu Y, Liu Y, Gong S, Che G. Association of gastroesophageal reflux disease with the incidence of pulmonary disease. Front Cell Dev Biol. 2025 Jul 23;13:1552126. doi: 10.3389/fcell.2025.1552126. Erratum in: Front Cell Dev Biol. 2025 Oct 22;13:1719856. doi: 10.3389/fcell.2025.1719856. PMID: 40772230; PMCID: PMC12327043.
10. Zou M, Zhang W, Xu Y, Zhu Y. Relationship Between COPD and GERD: A Bibliometrics Analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2022 Dec 6;17:3045-3059. doi: 10.2147/COPD.S391878. PMID: 36510485; PMCID: PMC9738194.
11. Dixon AE, Que LG. Obesity and Asthma. Semin Respir Crit Care Med. 2022 Oct;43(5):662-674. doi: 10.1055/s-0042-1742384. Epub 2022 Feb 17. PMID: 35176784.
12. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022 Jan 1;117(1):27-56. doi: 10.14309/ajg.0000000000001538. PMID: 34807007; PMCID: PMC8754510.
13. Bischoff SC, Barazzoni R, Busetto L, Campmans-Kuijpers M, Cardinale V, Chermesh I, et all. European guideline on obesity care in patients with gastrointestinal and liver diseases – Joint ESPEN/UEG guideline. Clin Nutr. 2022 Oct;41(10):2364-2405.
14. Patel N. An update on COPD prevention, diagnosis, and management: The 2024 GOLD Report. Nurse Pract. 2024 Jun 1;49(6):29-36. doi: 10.1097/01.NPR.0000000000000180. Epub 2024 May 23. P
15. Aggarwal R, Bibbins-Domingo K, Yeh RW, Song Y, Chiu N, Wadhera RK et all. Diabetes Screening by Race and Ethnicity in the United States: Equivalent Body Mass Index and Age Thresholds. Ann Intern Med. 2022 Jun;175(6):765-773. doi: 10.7326/M20-8079. Epub 2022 May 10. PMID: 35533384.
16. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et all. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025 Mar;13(3):221-262. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4. Epub 2025 Jan 14. Erratum in: Lancet Diabetes Endocrinol. 2025 Mar;13(3):e6. doi: 10.1016/S2213-8587(25)00006-3.
17. Aryee EK, Zhang S, Selvin E, Fang M. Prevalence of Obesity With and Without Confirmation of Excess Adiposity Among US Adults. JAMA. 2025 May 20;333(19):1726-1728. doi: 10.1001/jama.2025.2704. PMID: 40244602; PMCID: PMC12006908.
18. Expert panel report: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults. Obesity, 22: S41-S410. https://doi.org/10.1002/oby.20660

19. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Diabetes: Standards of Care in Diabetes–2026. *Diabetes Care* 2026;49(Supplement_1):S166–S182 https://doi.org/10.2337/dc26-S008 PubMed: 41358882
20. Tanimura K, Muro S. Gastroesophageal reflux disease in chronic obstructive pulmonary disease. Respir Investig. 2024 Sep;62(5):746-758. doi: 10.1016/j.resinv.2024.06.004. Epub 2024 Jun 27. PMID: 38941760.MID: 38941078.
21. Lin Y-H, Tsai C-L, Tsao L-I, Jeng C. *Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) experiences among COPD patients with comorbid gastrooesophageal reflux disease*. *J Clin Nurs*. 2019; 28: 1925–1935. https://doi.org/10.1111/jocn.14814
22. Wang H, Sun YZ, Li SY. The Association Between Stomach Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Cross–Sectional Analysis of the 2018 China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2026;21:599948 https://doi.org/10.2147/COPD.S599948
23. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz Cet all.; European Helicobacter and Microbiota Study group. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 2022 Aug 11;71(9):1724-1762. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327745. PMID: 35944925.
24. Chen J, Zhang J, Ma X, Ren Y, Tang Y, Zhang Z, et all. Causal relationship between Helicobacter pylori antibodies and gastroesophageal reflux disease (GERD): A mendelian study. PLoS One. 2023 Dec 11;18(12):e0294771. doi: 10.1371/journal.pone.0294771. PMID: 38079405; PMCID: PMC10712878.
25. Chey WD, Howden CW, Moss SF, Morgan DR, Greer KB, Grover S, et all. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. Am J Gastroenterol. 2024 Sep 1;119(9):1730-1753. doi: 10.14309/ajg.0000000000002968. Epub 2024 Sep 4. PMID: 39626064.

Дата першого надходження статті до видання: 31.07.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 03.09.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 09.11.2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0