



А. Э. Дорофеев, Л. А. Матяш

Национальный медицинский университет
имени А. А. Богомольца, Киев

Особенности коморбидного течения и диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и синдрома раздраженной кишки у пациентов гастроэнтерологического профиля

Цель — изучить распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и синдрома раздраженного кишечника (СРК), а также их сочетания у пациентов гастроэнтерологического профиля.

Материалы и методы. Обследовано 92 больных. Возраст пациентов — от 18 до 64 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц того же возраста и с таким же соотношением полов. Больные были распределены на три группы: 31 больной с ГЭРБ (1-я группа), 32 — с СРК (2-я группа), 29 — с сочетанием ГЭРБ и СРК (3-я группа). Для подтверждения диагноза ГЭРБ проводили фиброэзогастродуоденоскопию (ФЭГДС) с обязательной экспресс-рН-метрией пищевода. Основным критерием наличия рефлюкса было снижение рН в нижней трети пищевода ниже 4.

Результаты. В 1-й группе больных ГЭРБ чаще диагностировали у мужчин среднего возраста ($(43,5 \pm 4,9)$ года). Максимум заболеваемости ГЭРБ приходился на возраст старше 46 лет. Основным симптомом гастроэзофагеального рефлюкса была изжога, которая у $2/3$ больных возникала ежедневно или чаще 4 раз в неделю. У 68% пациентов этой группы была эндоскопически позитивная рефлюксная болезнь, у остальных — эндоскопически негативная. Более половины больных имели эзофагит 1-й степени выраженности, 16% — 2-й степени. У двух больных выявлялись косвенные признаки желчного рефлюкса, а также имело место периодическое повышение интраэзофагеального рН $> 7,2$. Во 2-й группе преобладали больные с СРК с запором (40,5%), меньше было пациентов с диареей (31,3%). Среди возможных причин СРК первое место занимал стресс (46,9% случаев). У большинства пациентов (90,6%) имели место абдоминальные боли (средняя оценка по визуально-аналоговой шкале — $(6,1 \pm 1,3)$ см. При проведении ФЭГДС отсутствовали визуальные признаки эзофагита, недостаточности кардиального сфинктера и не выявлено снижение рН < 4 . В 3-й группе чаще встречались больные с СРК с запорами (34,5%), меньше было пациентов с диареей (27,6%). Частота жалоб, характерных для гастроэзофагеального рефлюкса, достоверно не отличалась от таковой в 1-й группе. Эндоскопически позитивную форму выявили менее чем у 42% больных ($p < 0,05$). Степень снижения величины рН в пищеводе была менее выраженной, чем в 1-й группе. У 5 больных выявлялись признаки желчного рефлюкса.

Выводы. Среди пациентов с изолированной ГЭРБ чаще встречались мужчины среднего возраста. Основным симптомом гастроэзофагеального рефлюкса была изжога. У большинства пациентов была эндоскопически позитивная рефлюксная форма. Среди пациентов с изолированным СРК чаще встречался СРК с запорами. У большинства пациентов имелись абдоминальные боли, а при проведении ФЭГДС у них отсутствовали визуальные признаки эзофагита или недостаточности кардиального сфинктера. Среди пациентов с сочетанной патологией (ГЭРБ и СРК) также чаще встречался СРК с запорами, а эндоскопически позитивная форма ГЭРБ была у меньшего количества больных, по сравнению с группой пациентов с изолированной ГЭРБ.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рН-метрия, Римские критерии III.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — частый диагноз в гастроэнтерологии. Согласно Римским критериям III (2006) СРК характеризуется рецидивирующей абдоминальной болью или дискомфортом на протяжении по меньшей мере 3 дней в месяц за последние 3 мес, которые сопровождаются 2 или более признаками (улучшение после дефекации; начало заболевания сопровождается изменением частоты дефекации и/или изменением консистенции кала) [9, 15]. Термин «синдром раздраженного кишечника» был предложен A. De-Log в 1967 г. Несмотря на то, что слово «синдром» указывает на наличие определенных симптомов, а не на болезнь, понятие «синдром раздраженной толстой кишки» больше соответствует нозологической единице [12]. При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки, полученных от больных с упомянутым синдромом, чаще определяется умеренная инфильтрация лимфоидными элементами с минимальным количеством полинуклеаров [13].

Около 14—30 % лиц в мире страдают этой патологией [6, 10]. В структуре гастроэнтерологических больных доля таких пациентов составляет 49—70 % [11]. Однако это лишь приблизительные цифры, поскольку многие больные с этим заболеванием не обращаются к врачам и лишь треть из них проходит специализированное обследование и лечение. Чаще СРК встречается у женщин, хотя, по данным некоторых авторов, соотношение мужчин и женщин — 1:1. Средний возраст заболевших составляет 30—40 лет. Однако следует помнить, что если характерные симптомы СРК появляются у лиц старше 60 лет, то у них следует исключить органическое заболевание [7, 14].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это хроническое рецидивирующее многосимптомное заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, приводящим к поражению нижнего отдела пищевода. Такой заброс, то есть продвижение содержимого желудка через нижний пищеводный сфинктер (НПС) в пищевод, называют гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР). Это нормальное физиологическое явление, если оно возникает изредка после приема пищи и не сопровождается неприятными субъективными ощущениями. Но если количество таких забросов большое и они сопровождаются воспалением или повреждением слизистой оболочки пищевода, внешне пищеводными симптомами, то это уже болезнь [3].

На развитие ГЭРБ влияют особенности образа жизни, такие как стресс, работа, связанная с наклонным положением туловища, ожирение, беременность, курение, пищевые факторы (жирная пища, шоколад, кофе, фруктовые соки, алкоголь, острая пища) [4].

Различают две формы ГЭРБ: эндоскопически негативную или неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ). На ее долю приходится около 70 % случаев заболевания, тогда как на рефлюкс-эзофагит (РЭ) — около 30 % [5, 8].

Цель — изучить распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и синдрома раздраженного кишечника, а также их сочетания у пациентов гастроэнтерологического профиля.

Материалы и методы

Нами обследовано 92 больных, которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ГКБ № 18 г. Киева либо проходили амбулаторное обследование и лечение в гастроэнтерологическом центре г. Киева. Возраст пациентов — от 18 до 64 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц того же возраста (14 мужчин (47 %) и 16 женщин (53 %)). Больные были распределены на три группы: 1-я — 31 больной (19 (61 %) мужчин и 12 (39 %) женщин) с ГЭРБ; 2-я — 32 пациента (14 (44 %) мужчин и 18 (56 %) женщин) с СРК; 3-я — 29 пациентов (15 (52 %) мужчин и 14 (48 %) женщин) с сочетанием ГЭРБ и СРК. Таким образом, в группе больных ГЭРБ преобладали мужчины, а в группе пациентов с СРК — женщины, в группе смешанной патологии и контрольной группе оба пола были представлены практически поровну. Известно, что СРК — преимущественно женское заболевание, а ГЭРБ чаще встречается у мужчин.

Средний возраст в контрольной группе составил $(39,7 \pm 4,2)$ года, у больных ГЭРБ — $(43,5 \pm 4,9)$ года, у пациентов с СРК — $(36,3 \pm 4,4)$ года, у больных с сочетанием ГЭРБ и СРК — $(41,6 \pm 4,7)$ года. Различия в возрасте между группами были статистически незначимыми ($p > 0,05$). Максимум заболеваемости ГЭРБ приходился на возраст старше 46 лет, тогда как СРК чаще выявляли у пациентов более молодого возраста. В группе смешанной патологии возрастное распределение больных было ближе к такому в группе пациентов с ГЭРБ.

Результаты и обсуждение

Для включения в 1-ю группу у больных при опросе выявляли симптомы ГЭР, в первую очередь изжогу (табл. 1). Для предварительного подтверждения этого диагноза проводили фиброэзо-

Таблиця 1. Частота симптомів гастроэзофагеального рефлюкса у больных с ізолюваною гастроэзофагеальною рефлюксною болістю і з її поєднанням з синдромом подразненого кишечника

Симптом	ГЭРБ (n = 31)	ГЭРБ и СРК (n = 29)
Изжога	31 (100,0%)	29 (100,0%)
В том числе ночная	5 (16,1%)	2 (6,9%)
Дисфагия	9 (29,0%)	14 (48,3%)
Отрыжка	16 (51,6%)	15 (51,7%)
Тошнота	1 (3,2%)	6 (20,7%)*
Неприятный привкус во рту	14 (45,2%)	8 (27,8%)
Осиплость голоса	4 (12,9%)	1 (3,4%)
Кашель	2 (6,5%)	0

Примечание. * Различия относительно пациентов с изолированной ГЭРБ статистически значимы ($p < 0,001$).

Таблиця 2. Общие симптомы у больных с ізолюваною гастроэзофагеальною рефлюксною болістю і з її поєднанням з синдромом подразненого кишечника

Симптом	ГЭРБ (n = 31)	ГЭРБ и СРК (n = 29)
Вздутие живота	2 (6,5%)	15 (51,7%)*
Дискомфорт в животе	2 (6,5%)	13 (44,8%)*
Запор	3 (9,7%)	21 (72,4%)*
Диарея	1 (3,2%)	19 (65,5%)*
Нарушения сна	8 (25,8%)	5 (17,2%)
Плохой аппетит	6 (19,4%)	14 (48,3%)**
Слабость, утомляемость	4 (12,9%)	16 (55,2%)*

Примечание. Различия относительно пациентов с изолированной ГЭРБ статистически значимы: * $p < 0,001$; ** $p < 0,05$.

гастродуоденоскопию (ФЭГДС) с обязательной экспресс-рН-метрией пищевода. Помимо обычных признаков РЭ (гиперемия, отек слизистой с плохой визуализацией сосудов, эрозии и язвы слизистой оболочки нижней трети пищевода) также учитывали зияние НПС. Обязательным критерием наличия рефлюкса было снижение величины рН в нижней трети пищевода ниже 4.

У больных 1-й группы отсутствовали симптомы СРК, отвечающие Римским III критериям диагностики (боль и/или дискомфорт в животе,

Таблиця 3. Основные факторы риска гастроэзофагеального рефлюкса у больных с ізолюваною гастроэзофагеальною рефлюксною болістю і з її поєднанням з синдромом подразненого кишечника

Фактор риска	ГЭРБ (n = 31)	ГЭРБ и СРК (n = 29)
Избыточная масса тела (индекс массы тела $> 25 \text{ кг/м}^2$)	16 (51,6%)	11 (37,9%)
В том числе абдоминальное ожирение	9 (29,0%)	6 (20,7%)
Курение	14 (45,2%)	10 (34,5%)
Регулярное употребление алкоголя	10 (32,3%)	8 (27,6%)
Злоупотребление напитками, содержащими кофеин	12 (38,7%)	7 (24,1%)
Регулярное переедание	8 (25,8%)	4 (13,8%)

связанные с дефекацией, а также изменение частоты дефекации (менее 2 раз в неделю или более 3 раз в сутки) и характера стула (1–2-й или 6–7-й тип кала по Бристольской шкале). У 3 больных выявлены критерии запора и у 1 — диареи, однако при этом отсутствовали боли в животе (табл. 2).

У всех больных 1-й группы обязательным симптомом была изжога, вторым по частоте (более чем у половины пациентов) симптомом рефлюкса — отрыжка. Чаще наблюдалась отрыжка воздухом (у 7 пациентов), отрыжка кислым и съеденной пищей имела место у одинакового количества больных (по 4), отрыжка горьким — у 1 пациента. Такие симптомы рефлюкса, как дисфагия, осиплость голоса, ночной кашель, встречались менее чем у трети больных. Отдельные больные жаловались на вздутие живота, дискомфорт в животе, запоры, диарею, тошноту.

Почти у 2/3 больных изжога возникала ежедневно или чаще 4 раз в неделю, у пятой части — реже 3 раз в неделю, у 13% больных — реже 1 раза в неделю (рисунок). Ночные эпизоды изжоги беспокоили 5 (16,1%) пациентов.

Проанализировали распространенность основных факторов риска ГЭРБ (табл. 3).

Более чем у половины больных с ГЭРБ отмечена избыточная масса тела, причем у 9 из 16 — преимущественно абдоминальное распределение жировой ткани. Чуть меньше половины больных курили, частота курения у женщин практически не отличалась от таковой у мужчин. Почти 40% пациентов ежедневно употребляли в избыточном количестве кофе, чай или

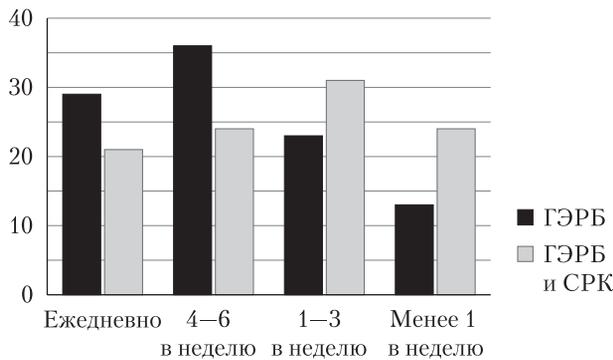


Рисунок. Частота розвитку изжоги с изолированной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и с ее сочетанием с синдромом раздраженного кишечника, %

колу. Треть больных употребляли алкоголь в количестве более 200 г/нед (мужчины) и 100 г/нед (женщины). Четверть обследованных не менее 3 раз в неделю переждали.

Во время проведения ФЭГДС у всех больных оценивали визуальную картину слизистой оболочки пищевода. Распределение больных в зависимости от степени выраженности РЭ приведено в табл. 4.

У 68 % пациентов была эндоскопически позитивная рефлюксная болезнь, у остальных — эндоскопически негативная. Более чем у половины больных наблюдали гиперемию слизистой или единичную эрозию (1-я степень выраженности эзофагита), у 16 % — изменения слизистой оболочки 2-й степени. В нашем исследовании не было больных с 3–5-й степенью, то есть отсутствовали сливные эрозии, язвы, стриктуры или пищевод Барретта.

У 14 (45,2 %) пациентов эндоскопически выявлено зияние кардиального жома. Всем пациентам во время проведения эндоскопии выполняли рН-метрию нижней трети пищевода. Помимо этого, пациентам проводили суточное мониторирование рН (табл. 5).

Согласно данным суточного рН-мониторирования, время с $\text{pH} < 4$ превышало показатель контрольной группы в 4,3 раза, количество таких эпизодов снижения кислотности — в 3,8 раза, частота ночных рефлюксов — в 4 раза. В меньшей степени была увеличена продолжительность кислых рефлюксов. Так, частота эпизодов длительностью более 5 мин превышала показатель контрольной группы на 61 %, а время самого продолжительного эпизода — в 2,3 раза. У 2 больных выявлялись косвенные признаки желчного рефлюкса (горечь во рту, эндоскопически в желудке обнаружена примесь желчи), а также периодически

ски повышалось интраэзофагеальное $\text{pH} > 7,2$. К сожалению, для подтверждения этого диагноза не удалось провести билиметрию.

Согласно Римским критериям III во второй группе чаще встречались больные с СРК с запором (СРК-З) — 13 (40,5 %), меньше было пациентов с диареей (СРК-Д) — 10 (31,3 %), со смешанным СРК (СРК-С) — 6 (18,8 %) и неклассифицируемым (СРК-Н) — 3 (9,4 %). Такое распределение частоты вариантов СРК соответствует результатам, полученным другими авторами в украинской популяции [1, 2]. Из возможных причин заболевания у больных СРК первое место занимал стресс. Он имел место в анамнезе у 15 (46,9 %) больных. Семь (21,9 %) пациентов связывали свое заболевание с регулярным нарушением диеты — употреблением острой, жирной пищи и перееданием. Кишечные инфекции предшествовали появлению симптомов у 6 (18,8 %) больных. Еще 7 (21,9 %) пациентов затруднились назвать причину развития заболевания. Некоторые пациенты давали одновременно несколько вариантов ответов.

Постинфекционный подтип СРК встречался у 40 % больных с СРК-Д и 33 % пациентов

Таблица 4. Выраженность эзофагита у больных с изолированной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и с ее сочетанием с синдромом раздраженного кишечника

Симптом	ГЭРБ (n = 31)	ГЭРБ и СРК (n = 29)
0 степень	10 (32,3 %)	17 (58,6 %)*
1-я степень	16 (51,6 %)	11 (38,0 %)
2-я степень	5 (16,1 %)	1 (3,4 %)

Примечание. * Различия относительно пациентов с изолированной ГЭРБ статистически значимы ($p < 0,05$).

Таблица 5. Результаты суточного рН-мониторирования у больных первой группы ($M \pm m$)

Показатель	Норма ГЭРБ (n = 31)	
Время с $\text{pH} < 4$, %	< 4,5	23,7 ± 3,4
Время ночных рефлюксов, %	< 3,5	12,7 ± 4,2
Количество рефлюксов с $\text{pH} < 4$	< 46,9	226,9 ± 11,8
Количество рефлюксов продолжительностью более 5 мин	< 3,5	5,6 ± 4,1
Наиболее продолжительный рефлюкс, мин	< 19,8	65,4 ± 5,5

с СРК-С. У больных с двумя другими вариантами СРК отсутствовала связь с инфекцией. Другие потенциальные причины развития СРК с одинаковой частотой встречались у больных с разными вариантами заболевания. Литературные данные о частоте вариантов СРК, связанных с перенесенной кишечной инфекцией, неоднозначны. Так, в одном китайском исследовании у больных с постинфекционным подтипом СРК в 70 % случаев выявили вариант СРК-Д, а с неинфекционным — только у 19 % [15]. В другом китайском исследовании частота вариантов СРК не отличалась в подгруппах постинфекционного и неинфекционного подтипа [13].

У большинства (90,6 %) пациентов имели место абдоминальные боли, у остальных — дискомфорт, связанный с дефекацией. Более чем у 15 % пациентов боли сочетались с дискомфортом. Выраженность боли оценивали при помощи визуально-аналоговой шкалы. В среднем она составляла $(6,1 \pm 1,3)$ см. Почти у 38 % больных с СРК отмечено вздутие живота (табл. 6), что объективно подтверждалось коэффициентом ультразвуковой диагностики — в среднем $(37,8 \pm 2,1)$ %. Почти у 2/3 пациентов встречались симптомы запора (плотный кал, длительное натуживание, редкая дефекация, чувство неполного опорожнения кишечника). Симптомы диареи (неоформленный стул и частая дефекация) выявлены более чем у половины больных. Следует помнить, что диарея и запор встречаются не только при изолированных вариантах СРК-Д и СРК-З. Их чередование характерно для двух других вариантов — СРК-С и СРК-Н. Достаточно часто выявляли такие неспецифические симптомы, как слабость и быстрая утомляемость (40,6 %), а также ухудшение аппетита (31,3 %). Невзирая на жалобу на ухудшение аппетита, у этих больных отсутствовало снижение массы тела.

Таблица 6. Общие симптомы у больных с синдромом раздраженного кишечника и с его сочетанием с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Симптом	СРК (n = 32)	ГЭРБ и СРК (n = 29)
Вздутие живота	12 (37,5 %)	15 (51,7 %)
Выделение слизи с калом	9 (28,1 %)	11 (37,9 %)
Плохой аппетит	10 (31,3 %)	14 (48,3 %)
Слабость, утомляемость	13 (40,6 %)	16 (55,2 %)
Нарушение сна	8 (25,8 %)	8 (27,6 %)

У больных с СРК отсутствовали изменения в клиническом анализе крови (лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ) и повышение уровня С-реактивного белка. При проведении ФЭГДС у них не выявлены визуальные признаки эзофагита и недостаточности кардиального сфинктера и снижение pH < 4.

У больных третьей группы одновременно присутствовала симптоматика обоих заболеваний (ГЭРБ и СРК). Частота жалоб, характерных для ГЭР, статистически значимо не отличалась от таковой в первой группе (см. табл. 6). В третьей группе пациентов достоверно реже встречались ночные эпизоды изжоги и такие внепищеводные проявления рефлюкса, как неприятный привкус во рту, осиплость голоса и кашель. В то же время они чаще жаловались на нарушение проглатывания пищи (ощущение комка в горле) и тошноту ($p < 0,001$). Чаще встречалась отрыжка воздухом, реже — кислым и пищей.

Частота изжоги достоверно не отличалась в первой и третьей группах больных, однако более чем у половины пациентов с сочетанной патологией изжога возникала реже 4 раз в неделю, тогда как в первой группе таких больных было чуть больше трети (см. рисунок).

У пациентов со смешанной патологией достоверно чаще, чем при изолированной ГЭРБ, встречались такие симптомы изменения функции кишечника, как диарея и запор, дискомфорт в животе, а также его вздутие (езде $< 0,001$). Кроме того, больные третьей группы более чем в 2 раза чаще жаловались на плохой аппетит ($p < 0,02$) и более чем в 3 раза — на слабость и утомляемость ($p < 0,001$).

При сравнении кишечной симптоматики у больных второй и третьей групп существенные отличия не выявлены, только жалобы на изменяющийся после дефекации дискомфорт в животе на 80 % чаще ($p > 0,05$) выявляли в третьей группе. В этой группе больные отмечали несколько большую интенсивность болевого синдрома (в среднем — $(7,5 \pm 1,4)$ см; $p > 0,05$). Не обнаружено статистически значимых отличий в частоте общих/неспецифических симптомов между второй и третьей группами (все $p > 0,05$), хотя отмечена тенденция к большей распространенности этих симптомов у больных с сочетанной патологией (см. табл. 6). При использовании более объективного сонографического способа оценки выраженности вздутия кишечника у больных третьей группы КУД оказался почти на 40 % меньше, чем во второй, — $(23,2 \pm 2,5)$ % ($p < 0,001$).

Как и больные второй группы, развитие заболевания пациенты третьей группы чаще всего

Таблиця 7. **Результаты суточного рН-мониторирования у больных с сочетанием синдрома раздраженного кишечника и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (M ± m)**

Показатель	Норма	ГЭРБ и СРК (n = 29)
Время с рН < 4, %	< 4,5	16,4 ± 4,2
Время ночных рефлюксов, %	< 3,5	3,9 ± 1,2
Количество рефлюксов с рН < 4	< 46,9	185,3 ± 13,7
Количество рефлюксов продолжительностью более 5 мин	< 3,5	11,3 ± 6,8
Наиболее продолжительный рефлюкс, мин	< 19,8	77,2 ± 9,6

связывали с перенесенным стрессом (12 (41,4 %)). Второе место в этой группе занимали перенесенные кишечные инфекции (10 (34,5 %)). Реже они отмечали нарушение диеты (5 (17,2 %)), а 6 (20,7 %) больных затруднились назвать предполагаемую причину развития заболевания. Некоторые больные давали более одного ответа. Отличия между группами были статистически незначимыми ($p > 0,05$).

Отсутствовали статистически значимые отличия в распространенности основных факторов риска ГЭРБ между первой и третьей группами ($p > 0,05$), хотя при сочетанной патологии их распространенность была несколько меньше.

Интересные результаты получены при сравнении степени выраженности эзофагита у больных первой и третьей групп (см. табл. 4). Если при изолированной ГЭРБ преобладала эндоскопически позитивная форма (более 67 %), то в группе сочетанной патологии таких больных было менее 42 % ($p < 0,05$). Это может объясняться данными, полученными при интраэзофагеальном рН-мониторировании (табл. 5, 7). Так, в первой группе суммарное время рефлюксов было на 33 % больше ($p > 0,05$), время ночных рефлюксов оказалось — на 70 % ($p < 0,05$), суммарное количество рефлюксов — на 18 % ($p < 0,05$). Количество более продолжительных рефлюксов (более 5 мин) было вдвое больше у больных третьей группы ($p > 0,05$), а самый продолжительный рефлюкс был на 19 % больше ($p > 0,05$). Такое увеличение количества рефлюксов и продолжительности их ночных эпизодов может вызывать большое повреждение слизистой оболочки пищевода кислым субстратом. В первой группе больных степень снижения рН в пищеводе оказалась более выраженной, чем в третьей. У 17,2 % больных

третьей группы выявлялись признаки желчного рефлюкса, тогда как в первой группе — у 6,5 %, хотя из-за небольшой выборки отличия не достигли достоверного значения ($p > 0,05$).

По вариантам СРК распределение больных третьей группы было следующим: СРК-З — 10 (34,5 %) случаев, СРК-Д — 8 (27,6 %), СРК-С — 8 (27,6 %), СРК-Н — 3 (10,3 %).

Выводы

ГЭРБ чаще встречалась у мужчин среднего возраста ((43,5 ± 4,9) года). Максимум заболеваемости ГЭРБ приходился на возраст старше 46 лет. Основным симптомом гастроэзофагеального рефлюкса была изжога. Вторым по частоте симптомом рефлюкса более чем у половины пациентов была отрыжка. Основным критерием наличия рефлюкса было снижение рН в нижней трети пищевода ниже 4. У 68 % пациентов была эндоскопически позитивная рефлюксная болезнь, у остальных — эндоскопически негативная. Более половины больных имели эзофагит 1-й степени выраженности.

Более чем половина больных с ГЭРБ имели избыточную массу тела, преимущественно абдоминальное ожирение.

Чаще всего у больных встречался СРК-З (40,5 %), второе место занимал СРК-Д (31,3 %). Из возможных причин СРК преобладал стресс (46,9 %), реже СРК был вызван регулярным нарушением диеты (21,9 %), кишечными инфекциями (18,8 %). В 21,9 % случаев причина СРК была неизвестна. Постинфекционный подтип СРК встречался у 40 % больных с СРК-Д и 33 % пациентов с СРК-С. У больных с двумя другими вариантами СРК отсутствовала связь с инфекцией.

У 90,6 % пациентов была абдоминальная боль, а у остальных — дискомфорт, связанный с дефекацией. Выраженность боли составляла в среднем (6,1 ± 1,3) см. Почти у 38 % больных с СРК отмечено вздутие живота. У больных с СРК при проведении ФЭГДС не было визуальных признаков эзофагита, недостаточности кардиального сфинктера и не обнаруживалось снижение рН < 4.

У больных с сочетанием ГЭРБ и СРК чаще встречались больные с СРК-З (34,5 %), несколько реже с СРК-Д и СРК-С (по 27,6 %). Частота жалоб, характерных для ГЭР, статистически значимо не отличалась от таковой у пациентов с изолированной ГЭРБ. Эндоскопически позитивная форма выявлена менее чем у 42 % больных ($p < 0,05$). Статистически значимо чаще, чем при изолированной ГЭРБ, встречались такие симптомы, как диарея и запор, дискомфорт в животе,

вздутие (все $p < 0,001$). Больные отмечали несколько большую интенсивность болевого синдрома ($p > 0,05$). Не выявлено статистически значимых отличий в частоте общих/неспецифических симптомов между второй и третьей группами (все $p > 0,05$). Возможными причинами развития заболевания у пациентов с сочетанием

ГЭРБ и СРК были стресс (41,4%), перенесенные кишечные инфекции (34,5%), нарушение диеты (17,2%). В 20,7% случаев причина не выявлена. Степень снижения рН в пищеводе оказалась менее выраженной, чем у больных с изолированной ГЭРБ. У 5 (17,2%) с сочетанием ГЭРБ и СРК выявлялись признаки желчного рефлюкса.

Конфликта интересов нет.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования, статистическая обработка данных — А. Д., Л. М.; сбор и обработка материала, написание текста, редактирование — Л. М.

Список литературы

1. Дорофеев А.Е., Коновалова-Кушнір Т.А., Пархоменко Т.А. та ін. Клініко-епідеміологічна характеристика пацієнтів із синдромом подразненого кишечника в Донбаському регіоні // Мед. транспорту України. — 2013. — № 2. — С. 51—60.
2. Дорофеев А.Э., Руденко Н.Н., КоноваловаКушнір Т.А., Деркач И.А. Роль рифаксимина в лечении постинфекционного синдрома раздраженной кишки // Сучасна гастроентерол. — 2016. — № 1 (87). — С. 105—109.
3. Григорьев П.Я. Диагностика, лечение и профилактика кислотозависимых заболеваний // Рос. гастроэнтерол. журн. — 1996. — № 3. — С. 53—65.
4. Калинин А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как кислотозависимое заболевание, место антисекреторных препаратов в ее лечении // Фарматека. — 2013. — № 10. — С. 1—7.
5. Fass R, Ofman J.J. Gastroesophageal reflux disease — should we adopt a new conceptual framework? // Am. J. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 97 (8). — P. 1901—1909.
6. Frisora C.L., Cash B.D. Review article: the role of antibiotics vs. conventional pharmacotherapy in treating symptoms of irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2007. — Vol. 25. — P. 1271—1281.
7. Kassinen A., Krogius-Kurikka L., Makivuollo H. The fecal microbiota of IBS patients differs significantly from that of healthy subjects // Gastroenterol. — 2007. — Vol. 133. — P. 24—33.
8. Koop H., Fuchs K.H., Labenz J. et al. S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten // Z. Gastroenterol. — 2014. — Bd. 52 (11). — S. 1299—1346.
9. Lacy B.E., DeLee R. Irritable Bowel Syndrome: A syndrome in evolution // J. Clin. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 39. — P. 230—242.
10. Lin H.C. Small intestinal bacterial overgrowth: a framework for understanding irritable bowel syndrome // JAMA. — 2004. — Vol. 292. — P. 852—858.
11. McCallum R., Schultz C., Sostarich S. Evaluating the role of small intestinal bacterial overgrowth (SIBO) in diarrhea predominant IBS (IBS-D) patients utilizing the glucose breath test // Gastroenterol. — 2005. — Vol. 128. — P. 1118—1123.
12. Olden K.W. Diagnosis of irritable bowel syndrome // Gastroenterol. — 2002. — Vol. 122. — P. 1701—1714.
13. Shi H., Wan J., Liu W., Su B. An analysis for the clinical difference between post infectious irritable bowel syndrome and non post infectious irritable bowel syndrome // Zhonghua Nei Ke Za Zhi. — 2015. — Vol. 54 (4). — P. 326—329.
14. Quigley E.M. Bacterial flora in irritable bowel syndrome: role in pathophysiology, implications for management // J. Dig. Dis. — 2007. — Vol. 8. — P. 2—7.
15. Wang J., Lu S., Zhao S. Post-infectious and non post-infectious irritable bowel syndrome: A comparative study // Pak. J. Med. Sci. — 2016. — Vol. 32 (1). — P. 116—119.

А.Е. Дорофеев, Л.О. Матяш

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Особенности коморбидного течения и диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни та синдрому раздраженной кишки у пациентов гастроэнтерологического профиля

Мета — вивчити поширеність гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЕРХ) і синдрому подразненой кишки (СПК), а також їх поєднання у пацієнтів гастроэнтерологического профиля.

Матеріали та методи. Обстежено 92 хворих. Вік пацієнтів — від 18 до 64 років. До контрольної групи залучено 30 практично здорових осіб того ж віку і з таким же співвідношенням статей. Хворих було розподілено на три групи: 31 хворий з ГЕРХ (1-ша група), 32 — із СПК (2-га група), 29 — з поєднанням ГЕРХ і СПК (3-тя група). Для підтвердження діагнозу ГЕРХ проводили фіброезогастроуденоскопію (ФЕГДС) з обов'язковою експрес-рН-метрією стравоходу. Основним критерієм наявності рефлюксу було зниження рН у нижній третині стравоходу нижче за 4.

Результати. У 1-й групі хворих ГЕРХ частіше діагностували у чоловіків середнього віку ((43,5 ± 4,9) року). Максимум захворюваності ГЕРХ припадає на вік понад 46 років. Основним симптомом гастроэзофагеальной рефлюксу була печія, яка у 2/3 хворих виникала щодня або частіше ніж 4 рази на тиждень. У 68% пацієнтів цієї групи була ендоскопічно позитивна рефлюксна хвороба, у решти — ендоскопічно негативна. Більше половини хворих мали езофагіт 1-го ступеня вираженості, 16% — 2-го ступеня. У двох хворих виявлялися непрямі ознаки жовчного рефлюксу, а також мало місце періодичне підвищення інтраезофа-

геального рН > 7,2. У 2-й групі переважали хворі із СПК із закрепом (40,5%), менше було пацієнтів з діареєю (31,3%). Серед можливих причин СПК перше місце посідав стрес (46,9% випадків). У більшості пацієнтів (90,6%) зареєстровано абдомінальний біль (середня оцінка за візуально-аналоговою шкалою — $(6,1 \pm 1,3)$ см). При проведенні ФЕГДС були відсутні візуальні ознаки езофагіту та недостатності кардіального сфінктера і не виявлено зниження рН < 4. У 3-й групі частіше траплялися хворі із СПК із закрепом (34,5%), менше було пацієнтів з діареєю (27,6%). Частота скарг, характерних для гастроєзофагеального рефлюксу, статистично значущо не відрізнялася від такої в 1-й групі. Ендоскопічно позитивну форму виявили менше ніж у 42% хворих ($p < 0,05$). Ступінь зниження величини рН у стравоході був менше вираженим, ніж у 1-й групі. У 5 хворих виявлялися ознаки жовчного рефлюксу.

Висновки. Серед пацієнтів з ізольованою ГЕРХ частіше траплялися чоловіки середнього віку. Основним симптомом гастроєзофагеального рефлюксу була печія. У більшості пацієнтів була ендоскопічно позитивна рефлюксна форма. Серед пацієнтів з ізольованим СПК частіше траплявся СПК із закрепом. У більшості пацієнтів був абдомінальний біль, а при проведенні ФЕГДС у них були відсутні візуальні ознаки езофагіту або недостатності кардіального сфінктера. Серед пацієнтів з поєднаною патологією (ГЕРХ і СПК) також частіше траплявся СПК із закрепом, а ендоскопічно позитивна форма ГЕРХ була у меншій кількості хворих порівняно з групою пацієнтів з ізольованою ГЕРХ.

Ключові слова: синдром подразненої кишки, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, рН-метрія, Римські критерії III.

A. E. Dorofeyev, L. O. Matiash

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

The peculiarities of the comorbid course and diagnosis of gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome in patients of gastroenterological profile

Objective — to study the prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD) and irritable bowel syndrome (IBS), as well as the frequency of their combination in patients of the gastroenterological department.

Materials and methods. The examinations involved 92 patients, aged 18 to 64 years. The control group consisted of 30 practically healthy age- and sex-matched subjects. The patients were divided into three groups: 31 patients with GERD (the 1st group), 32 persons with IBS (2nd group), and 3rd group included 29 patients with GERD and IBS combination. For the preliminary confirmation of this diagnosis, esophagogastroscopy (EGD) was performed with the obligatory express pH of the esophagus. The basis criterion for the presence of reflux was reduction of pH < 4 in the lower third of the esophagus.

Results. In the first group, GERD more frequently was diagnosed in middle-aged men (43.5 ± 4.9 years).

The maximal GERD incidence was at the age of over 46 years. The main symptom of gastro-esophageal reflux was heartburn, which appeared daily or more often 4 times a week in 2/3 of patients. In 68% of patients in the first group there was endoscopically positive reflux disease, and in the rest of patients it was endoscopically negative. More than half of the patients had the first degree of esophagitis (mucosal hyperemia or single erosion) and significantly more pronounced changes in the mucosa of the 2nd degree (16%). There were no patients with a 3–5 degree of esophagitis (there were no erosion, ulcers, strictures or Barrett's esophagus). In two patients, indirect signs of bile reflux (bitterness in the mouth, endoscopic in the stomach of bile impurities) were revealed, as well as a periodic increase in intra-esophageal pH > 7.2. In the second group, the IBS patients with constipation prevailed (40.5%), the number of patients with diarrhea was less (31.3%). Among the possible IBS causes, stress was on the first place (46.9% of cases). In the majority of patients, (90.6%) the abdominal pain was registered (mean VAS score (6.1 ± 1.3) cm). The EGD showed no visual signs of esophagitis or cardiac sphincter insufficiency, and reduction of pH < 4 was not revealed. In the third group, patients the IBS patients with constipation prevailed (34.5%), the number of patients with diarrhea was less (27.6%). The frequency of complaints, specific gastroesophageal reflux, did not significantly differ from that of in the 1st group. The endoscopically positive form was revealed in less than 42% of patients ($p < 0.05$). The degree of esophageal pH reduction was less intensive than in patients of the 1st group. In 5 patients the signs of bile reflux were revealed.

Conclusions. The middle-aged men prevailed among the patients with isolated GERD. The heartburn was defined as the main GERD symptom. The endoscopically positive reflux form was in the majority of patients. The IBS with constipating was the most frequent form of isolated IBS. In the majority of patients, abdominal pain and absence of the EGD signs of esophagitis and cardiac sphincter insufficiency were observed. Among the patients with the combined GERD and IBS pathology, the IBS with constipation was most frequent, and endoscopically positive GERD form was in the minor quantity of patients in comparison with the group of patients with isolated GERD.

Key words: irritable bowel syndrome, gastroesophageal reflux disease, pH-metry, Rome III criteria.

Контактна інформація

Матяш Людмила Олександрівна, аспірант кафедри внутрішньої медицини № 1
01030, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 17. E-mail: lyuda_matyash@meta.ua

Стаття надійшла до редакції 9 березня 2017 р.