



І.М. Скрипник¹, Г.В. Осьодло², І.М. Шевага³

¹ ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, Полтава

² Українська військово-медична академія МО України, Київ

³ Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону МО України, Вінниця

Оверлап-синдром неерозивної рефлюксної хвороби та функціональної диспепсії: клініко-епідеміологічний аналіз та лікування

Ключові слова

Оверлап-синдром неерозивної рефлюксної хвороби та функціональної диспепсії, поширеність, діагностика, лікування, військовослужбовці.

Незважаючи на значне поширення гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та функціональної диспепсії (ФД) серед цивільного населення і військовослужбовців ЗС України, офіційна статистика щодо цих хвороб до 2010 р. відсутня. Відомо, що ГЕРХ належить до найпоширеніших захворювань у розвинених країнах (до 30–40 % дорослої популяції). В Україні, за попередніми даними, поширеність ГЕРХ становить 21–30 %, а серед військовослужбовців — близько 42 % [1, 3, 4, 9]. Для вивчення поширеності ГЕРХ проводять анкетування різних груп населення, встановлюючи діагноз у пацієнтів із симптомами захворювання у вигляді печії, згаги, регургітації, які виникають двічі на тиждень протягом 4–8 тиж та більше, спричиняють фізичний дискомфорт чи призводять до ускладнень [8, 9, 18].

На шлункову диспепсію страждає близько 20–40 % дорослого населення, причому ФД частіше спостерігають у людей молодого віку (17–35 років). На відміну від інших країн цей діагноз в Україні встановлюють украй рідко [8, 10]. Оцінити поширеність перехресного (оверлап) синдрому неерозивної рефлюксної хвороби (НЕРХ) та ФД складно через неточності в термінології, про що свідчать результати проведених епідеміологічних досліджень [17]. Якщо дотримуватися Римських критеріїв III у визначенні поняття ФД (з виключенням печії), то її поширеність не перевищує 5–12 %, якщо ж печію включити в дефініцію ФД, то поширеність захворювання досягає

10–40 %. Передбачається зростання поширеності оверлап-синдрому НЕРХ/ФД до 40–50 % від загальної кількості пацієнтів з ГЕРХ [13].

Як свідчать дані наших досліджень [5, 15], частка НЕРХ серед військовослужбовців вища, ніж серед цивільних хворих, а співвідношення неерозивної та ерозивної рефлюксної хвороби становить 87,4 та 12,6 %, тоді як у цивільних пацієнтів — 69,7 та 30,3 % відповідно. У зв'язку з цим логічно припустити високий показник оверлап-синдрому НЕРХ/ФД серед військовослужбовців. Для вивчення поширеності симптомів ГЕРХ і ФД серед військовослужбовців, встановлення клінічних варіантів і особливостей перебігу захворювань та дослідження розповсюдження оверлап-синдрому НЕРХ/ФД, крім опитувальника GSPS (російськомовна версія), ми використовуємо розроблені нами анкети.

У попередніх дослідженнях показано важливу роль вісцеральної гіперчутливості в появі клінічних симптомів НЕРХ і ФД, яка мала місце у 40 і 30 % випадків відповідно. У хворих на НЕРХ явища вісцеральної гіперчутливості спостерігаються у відповідь на інтраезофагеальне введення розчину HCl чи механічне розтягування стінки стравоходу балоном. У 60–70 % пацієнтів з ФД зареєстровано зниження порогу больової чутливості при механічному розтягуванні стінки шлунка та появу диспепсичних симптомів при введенні у просвіт дванадцятипалої кишки жилових емульсій чи слабого розчину HCl [10, 16].

Порушення моторики верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (ШКТ) виявляють у половини хворих з НЕРХ, які часто мають диспепсичні скарги, зумовлені дискінезією дистального відділу стравоходу, сповільненням спорожнення шлунка і дванадцятипалої кишки. Спектр порушень моторики верхніх відділів травної системи у хворих з ФД ширший і включає також порушення шлункової акомодатії, антропокардіальної та антропоуденальної координації і шлункові дисритмії. Морфологічно при електронній мікроскопії слизової оболонки (СО) стравоходу у хворих на НЕРХ/ФД виявляють розширення міжклітинних контактів епітеліоцитів, що призводить до проникнення кислого або лужного рефлюксату в міжклітинний простір та власну пластинку СО стравоходу і надмірного подразнення хеморецепторів, зумовлюючи появу клінічної симптоматики захворювання у вигляді печії та загрудинного болю.

У патогенезі ГЕРХ та ФД недостатньо вивчена роль розладів вегетативної нервової системи (ВНС). Зокрема, одним з механізмів розвитку моторних дисфункцій стравоходу вважають порушення холінергічної іннервації кардіоезофагальної зони, зумовлене функціональним дисбалансом парасимпатичної і симпатичної ланок ВНС [6, 7]. Показано часту асоціацію ГЕРХ з розладами ВНС в осіб молодого віку, з підвищенням активності симпатичної ланки та зменшенням впливу парасимпатичної ВНС з надмірною симпатикотонічною вегетативною реактивністю [2]. Наші попередні дослідження свідчать про високу частоту дисфункції ВНС при різних формах ГЕРХ та позастравохідних виявах у військово-службовців [4].

Діагностують оверлап-синдром НЕРХ/ФД переважно в осіб молодого працездатного віку. Зниження його поширеності зі збільшенням віку пов'язане як з прогресією НЕРХ у ГЕРХ, так і зі зростанням вірогідності розвитку органічної патології органів травлення та нівелюванням явищ ФД [8, 19]. Пацієнти з НЕРХ/ФД зазвичай схильні до стресів, які провокують появу клінічної симптоматики [17]. На сьогодні відсутні чіткі діагностичні критерії перехресного синдрому НЕРХ/ФД, а при встановленні діагнозу враховують наявність клінічних, інструментальних і гістоморфологічних даних, властивих як для НЕРХ, так і для ФД.

Діагностика оверлап-синдрому НЕРХ/ФД на етапі надання первинної медичної допомоги може бути симптоматичною [8, 13]. При первинному обстеженні хворого сімейний чи військовий лікар має вивчити анамнез захворювання і життя пацієнта, дані спадкового та алергологічного

анамнезів, виключити наявність симптомів «тривоги» (дисфагія, ознаки шлунково-кишкової кровотечі і залізодефіцитної анемії, часта нудота, втрата маси тіла, задуха, біль у грудній клітці). З простих діагностичних методик на цьому етапі рекомендується проведення тесту на наявність реакції на інгібітори протонної помпи (ІПП), специфічність і чутливість якого становить 90 і 75 % відповідно [11]. При цьому слід урахувати можливий факт відсутності реакції на прийом ІПП у частини пацієнтів, за умови виникнення симптомів на тлі порушення моторики верхнього відділу ШКТ, коли доцільним є застосування прокінетиків, та гіперсенситивності стравоходу [13].

Основними методами дослідження при оверлап-синдромі НЕРХ/ФД є фіброезофагогастроуденоскопія (ФЕГДС) і добове рН-моніторування стравоходу. При цьому для хворих з НЕРХ/ФД характерна відсутність патологічних змін з боку стравоходу, катаральний рефлюкс-езофагіт чи наявність «малих змін» (еритема, набряк, підвищена контактна ранимість) на тлі незміненої СО шлунка і дванадцятипалої кишки [13]. Додаткове використання хромоендоскопії, флуоресцентної ендоскопії істотно підвищують можливості ендоскопічної діагностики і виключення ерозивного рефлюкс-езофагіту у хворих з НЕРХ/ФД. Добове рН-моніторування стравоходу дає змогу встановити наявність патологічного рефлюксу, оцінити його характер (кислотний, лужний) і взаємозв'язок з клінічною симптоматикою. За допомогою цього методу визначають кількість і тривалість епізодів з кислими ($\text{pH} < 4$) і лужними ($\text{pH} > 7$) рефлюксами в стравоході, їхній зв'язок з прийомом їжі, положенням тіла, тютюнокурінням, прийомом ліків. Результати добової рН-метрії дають змогу підібрати індивідуальну медикаментозну терапію і контролювати її ефективність. Інші методи діагностики НЕРХ/ФД (езофагоманометрія, імпедансометрія, біліметрія, світлорозсіююча спектроскопія) рідко використовують у клінічній практиці.

На сьогодні відсутні стандарти медикаментозного лікування хворих з НЕРХ/ФД. У більшості випадків принципи ведення таких пацієнтів ґрунтуються на рекомендаціях щодо лікування окремих нозологічних форм: НЕРХ і ФД. Медикаментозну терапію перехресного синдрому можна починати з призначення антацидів або альгінатів у стандартному дозуванні 2–3 рази на добу. При незадовільних результатах пробного лікування рекомендується призначення комбінованої терапії з використанням кислотосупресантів (ІПП, H_2 -гістаміноблокаторів) і антацидів/альгінатів. При цьому призначення кислото-

супресивних препаратів у високому дозуванні не має переваг перед низькими або стандартними дозами, тому доцільно використовувати низькодозові форми випуску ІПП і H_2 -гістаміноблокаторів та рекомендувати хворим одноразовий прийом препаратів на добу. При переважанні в клінічній картині захворювання симптомів порушення моторно-евакуаторної функції доцільним є призначення прокінетичних середників. Стимулюють моторику верхніх відділів ШКТ агоністи холінергічних рецепторів (карбахолін, фізостигмін), агоністи $5-HT_4$ -рецепторів (цизаприд, мосаприд, тегасерод), агоністи мотилінових рецепторів (еритроміцин), антагоністи допамінових рецепторів (метоклопрамід, домперидон), агоністи опіюїдних рецепторів (тримебутин) та препарати комбінованої дії (сульпірид, ітоприд). Найчастіше як прокінетики застосовують антагоністи допамінових рецепторів, агоністи $5-HT_4$ - та опіюїдних рецепторів, ітоприду гідрохлорид.

Ураховуючи важливу роль у виникненні і прогресуванні ГЕРХ та ФД синдрому вегетативної дисфункції (СВД), перспективним є застосування препаратів вегетотропної дії. Показано зменшення частоти спонтанних релаксацій нижнього стравохідного сфінктера і тону симпатичної нервової системи під впливом агоніста ГАМК — баклофену, проте розслаблення скелетних м'язів на тлі прийому препарату обмежують його застосування в клінічній практиці [12]. До перспективних препаратів, які можна використовувати у хворих на НЕРХ/ФД у поєднанні з СВД, належить фенібут, який здатний впливати на ГАМК-ергічні процеси, зменшувати вияви вегетативної дисфункції та психоформні розлади і характеризується відсутністю впливу на холіно- та адренорецептори.

Мета дослідження — вивчення поширеності і динаміки оверлап-синдрому НЕРХ/ФД серед військовослужбовців різних періодів строкової служби та оцінка впливу диференційованого лікування на його перебіг.

Матеріали та методи

Для встановлення поширеності та динаміки симптомів НЕРХ/ФД серед військовослужбовців строкової служби проведено опитування 175 юнаків однієї військової частини віком 19–21 рік (середній вік — $(19,5 \pm 0,5)$ року) за допомогою опитувальника GSPS (російськомовна версія) та спеціально розроблених анкет через 1, 6 і 12 міс від початку служби. За наявності рефлюксних і диспепсичних скарг у 48 військовослужбовців, за умови інформованої згоди, проводили ФЕГДС з одночасною індикацією гелікобактерної інфекції з допомогою швидкого уреаз-

ного тесту. Для підтвердження діагнозу ГЕРХ здійснювали багатогодинне внутрішньостравохідне рН-моніторування, а для вивчення кислотоінгібувального впливу медикаментозної терапії — експрес-гастро-рН-моніторування за методикою В.М. Чернобрового. Моторно-евакуаторну функцію досліджували за допомогою ультразвукового методу за методикою З.А. Лемешко. Згідно зі стандартом обстеження пацієнтам здійснювали ультрасонографічне дослідження органів черевної порожнини, призначали загальноклінічний та біохімічний аналізи крові. Вегетативний статус оцінювали за допомогою опитувальника А.М. Вейна (2003), визначали вегетативний індекс (ВІ) Кердо та показники спектрального аналізу варіабельності серцевого ритму (ВСР). Показники якості життя оцінювали за допомогою опитувальника MOS SF-36 [20].

16 хворих (1-ша група) з *H. pylori*-негативним оверлап-синдромом НЕРХ/ФД отримували комбінований препарат, що містить 0,02 г омепразолу та 0,03 г домперидону, в кишково-розчинних гранулах пролонгованої дії. Препарат призначали по 1 капсулі вранці за 15 хв до їди 1 раз на добу впродовж 3 тиж.

15 хворих (2-га група) з *H. pylori*-негативним оверлап-синдромом НЕРХ/ФД отримували той самий комбінований препарат упродовж 4 тиж по 1 таблетці 3 рази на добу за 20 хв до їди впродовж 2 тиж у поєднанні з фенібутом у дозі 250 мг. Додатковий прийом фенібуту, починаючи з третього тижня лікування, зумовлений недостатнім клінічним ефектом патогенетичної терапії протягом перших 2 тижнів у хворих 2-ї групи.

Результати та обговорення

Аналіз даних анкетування свідчить про високу поширеність симптомів ГЕРХ серед військовослужбовців після призову — у 41,1 % (72 зі 175) респондентів. Через 6 міс від початку служби частка військовослужбовців, яких турбувала печія, зменшилася до 29,1 % (51 зі 175 опитаних; $p < 0,05$) і до закінчення строкової служби суттєво не змінювалася.

Оверлап-синдром НЕРХ/ФД діагностовано на першому місяці строкової служби у 48 (27,4 %) опитаних військовослужбовців. Через 6 міс поширеність НЕРХ/ФД досягла 28,6 % (50 зі 175 опитаних) та практично не змінювалася до закінчення терміну служби — 29,1 %.

Вивчення ролі вегетативних порушень у виникненні перехресного синдрому НЕРХ/ФД виявило вищу частоту СВД за А.М. Вейном та ВІ Кердо при поєднаній патології порівняно з хворими окремо на НЕРХ та ФД. Так, у хворих на НЕРХ/ФД показник СВД за А.М. Вейном ста-

Таблиця 1. Клінічні вияви НЕРХ/ФД за шкалою Likert до та після лікування, бали ($M \pm m$)

Симптом	1-ша група (n = 16)		2-га група (n = 15)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Печія	3,3 $\pm$ 0,4	1,3 $\pm$ 0,4*	3,5 $\pm$ 0,5	1,1 $\pm$ 0,2*
Регургітація	1,5 $\pm$ 0,5	1,3 $\pm$ 0,4	1,2 $\pm$ 0,3	1,1 $\pm$ 0,2
Переповнення після їжі	3,3 $\pm$ 0,4	1,2 $\pm$ 0,3*	3,4 $\pm$ 0,5	1,1 $\pm$ 0,2*
Важкість в епігастрії	3,4 $\pm$ 0,5	1,3 $\pm$ 0,4*	3,5 $\pm$ 0,5	1,3 $\pm$ 0,4*
Здуття в епігастрії	2,9 $\pm$ 0,2	1,1 $\pm$ 0,2*	3,1 $\pm$ 0,1	1,1 $\pm$ 0,2 *
Біль в епігастрії	3,3 $\pm$ 0,4	1,2 $\pm$ 0,3*	3,6 $\pm$ 0,5	1,1 $\pm$ 0,2*
Нудота	2,1 $\pm$ 0,2	1,8 $\pm$ 0,3	2,5 $\pm$ 0,5	1,3 $\pm$ 0,4*

Примітка. * Різниця щодо значення показника до лікування достовірна ($p < 0,05$).

новив ($32,6 \pm 3,3$) бала, при НЕРХ — ($22,9 \pm 1,8$) бала ($p < 0,05$), а ВІ Кердо — відповідно $17,6 \pm 1,7$ та $12,7 \pm 1,3$ ($p < 0,05$).

При ендоскопічному дослідженні езофагогастродуоденальної зони констатували відсутність класичних ознак запалення СО в усіх хворих та наявність ДГР у 62,5 % (30 із 43) хворих. При морфологічному дослідженні СО шлунка виявлено лімфоплазмоцитарну інфільтрацію у 79,1 % хворих. Інфікованість СО шлунка *H. pylori*, переважно середнього ступеня контамінації, констатували у 35,4 % (17 із 48) хворих.

На тлі запропонованої терапії комбінованим препаратом (омепразол/домперидон) та тим самим препаратом у поєднанні з фенібуту спостерігали позитивну динаміку клінічних виявів оверлап-синдрому НЕРХ/ФД (табл. 1). На поліпшення самопочуття під впливом лікування вказали 56,3, % (9 із 16) пацієнтів 1-ї групи та 66,7 % (10 із 15) — 2-ї. Отже, додаткове призначення фенібуту сприяло підвищенню ефективності патогенетичної терапії оверлап-синдрому НЕРХ/ФД і може бути використане як альтернативне лікування хворих, рефрактерних до стандартної терапії.

При проведенні експрес-гастро-рН-моніторингу відзначено вірогідне підвищення на тлі застосування комбінованого препарату показників внутрішньошлункового рН. Так, в 1-й групі рН (X) внутрішньошлункового рН фундального відділу до лікування становив $1,31 \pm 0,17$, після лікування — $4,79 \pm 0,52$ ($p < 0,05$), у 2-й — відповідно — $1,22 \pm 0,21$ і $4,75 \pm 0,42$ ($p < 0,05$). Такі зміни середнього внутрішньошлункового рН свідчать про достатній кислотоінгібувальний ефект цього лікарського засобу.

У процесі патогенетичного лікування виявлено позитивний вплив додаткового призначення фенібуту на вегетативний статус пацієнтів 2-ї групи, про що свідчило вірогідне зниження показників СВД та відсутність вірогідних змін при стандартній терапії. Так, при додатковому призначенні фенібуту у хворих з НЕРХ/ФД показник СВД за А.М. Вейном зменшився до ($27,4 \pm 2,8$) бала ($p < 0,05$). ВІ Кердо у 9 (60,0 %) хворих з вегетативною дисфункцією за симпатичним типом — до $13,6 \pm 0,9$ ($p < 0,05$), у 5 (33,3 %) хворих з вегетативною дисфункцією за парасимпатичним типом — до $10,7 \pm 1,3$ ($p < 0,05$) (рис. 1).

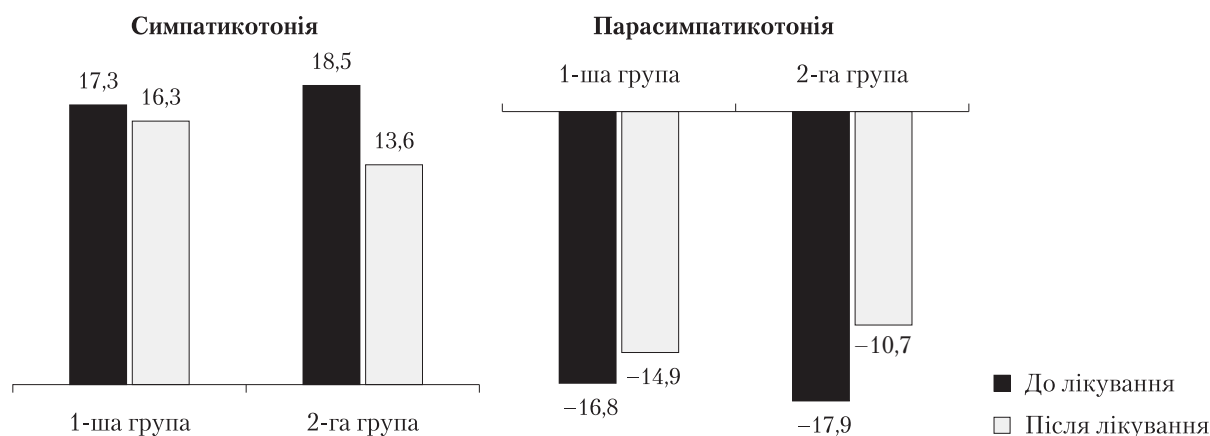


Рис. 1. Динаміка ВІ Кердо під впливом лікування хворих із оверлап-синдромом НЕРХ/ФД

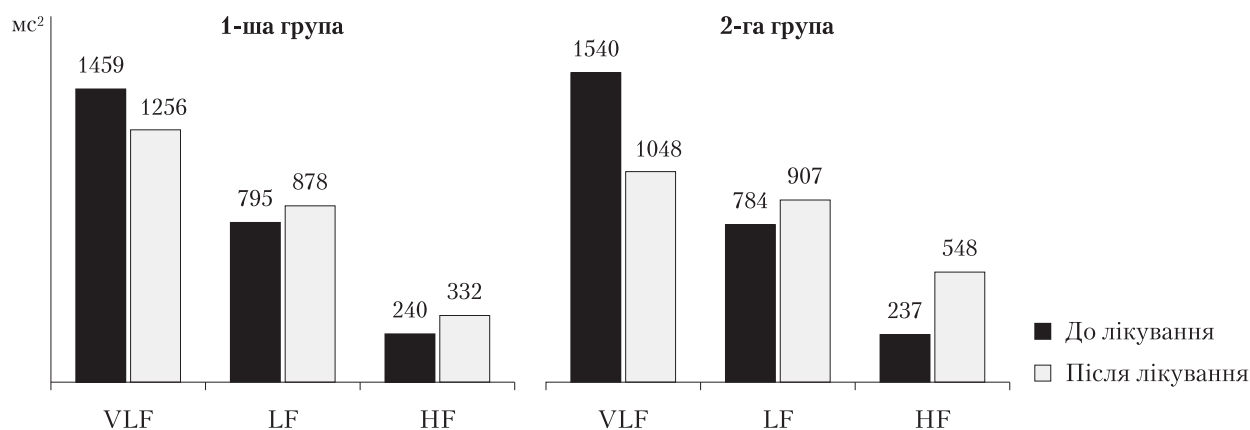


Рис. 2. Динаміка показників ВСР під впливом комбінованого лікування хворих з оверлап-синдромом НЕРХ/ФД

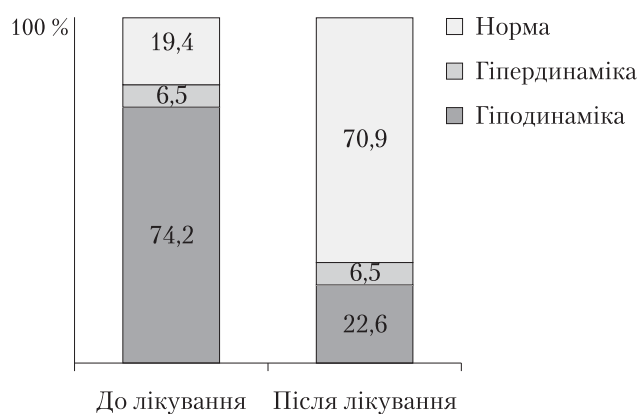


Рис. 3. Частота порушень моторно-евакуаторної функції шлунка у хворих із оверлап-синдромом НЕРХ/ФД у процесі лікування

Вірогідне поліпшення показників ВСР відзначене лише у пацієнтів 2-ї групи (зменшення компонентів спектра, характерних для симпатичної активації (VLF) з $(60,32 \pm 5,42)$ до $(35,47 \pm 3,11)$ % ($p < 0,01$); підвищення HF, який відображує парасимпатичні впливи, з $(24,15 \pm 2,39)$ до $(30,23 \pm 2,98)$ % ($p < 0,05$); LF з $(15,53 \pm 1,24)$ до $(34,15 \pm 3,37)$ % ($p < 0,05$) (рис. 2).

При дослідженні моторно-евакуаторної функції гастроудоденальної зони за допомогою ультразвукового методу у 74,2 % (23 із 31) хворих обох груп виявлено переважання сповільненої шлункової евакуації (рис. 3). У 19,4 % (6 із 31) хворих порушень моторно-евакуаторної функції шлунка не зафіксовано, а у 6,5 % констатували прискорене випорожнення шлунка, проте в них мав місце ДГР, що стало підставою для їх включення в групи дослідження.

Після курсу патогенетичної терапії нормальні показники моторно-евакуаторної функції гастроудоденальної зони виявлено у 22 (70,9 %) хворих обох груп. При цьому вірогідно зменшувався час шлункової евакуації в 1,3 разу ($p < 0,05$) у хворих обох груп (табл. 2). У 35,5 % (11 із 31) хворих після лікування ДГР не виявлено, частота ДГР у хворих 1-ї групи зменшилася в 1,4 разу, у хворих 2-ї групи — в 1,7 разу. У пацієнтів, у яких ДГР зберігався, констатували вірогідне зниження його тривалості: у хворих 1-ї групи — в 2,8 разу та у хворих 2-ї групи — у 3,9 разу ($p < 0,05$).

У хворих обох груп до лікування виявлено зниження показників якості життя (ЯЖ) за шкалою болю (ВР), життєздатності (VT), загального здо-

Таблиця 2. Показники моторно-евакуаторної функції шлунка у хворих на НЕРХ/ФД до та після лікування ($M \pm m$)

Показник	1-ша група (n = 16)		2-га група (n = 15)		Контрольна група (n = 25)
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
Час шлункової евакуації, хв	$25,8 \pm 2,3^*$	$20,4 \pm 1,9^{\#}$	$26,1 \pm 2,5^*$	$20,2 \pm 2,0^{\#}$	$21,4 \pm 1,6$
ДГР, %	93,8*	68,8	100,0*	60,0	16,0
Тривалість ДГР, хв	$9,2 \pm 0,9^*$	$2,9 \pm 0,2^{\#}$	$9,3 \pm 0,8^*$	$2,4 \pm 0,2^{\# \&}$	$2,2 \pm 0,1$

Примітка. * Різниця щодо контрольної групи достовірна ($p < 0,05$).

[#] Різниця щодо значення показника до лікування достовірна ($p < 0,05$).

[&] Різниця щодо значення показника після лікування у 1-й групі достовірна ($p < 0,05$).

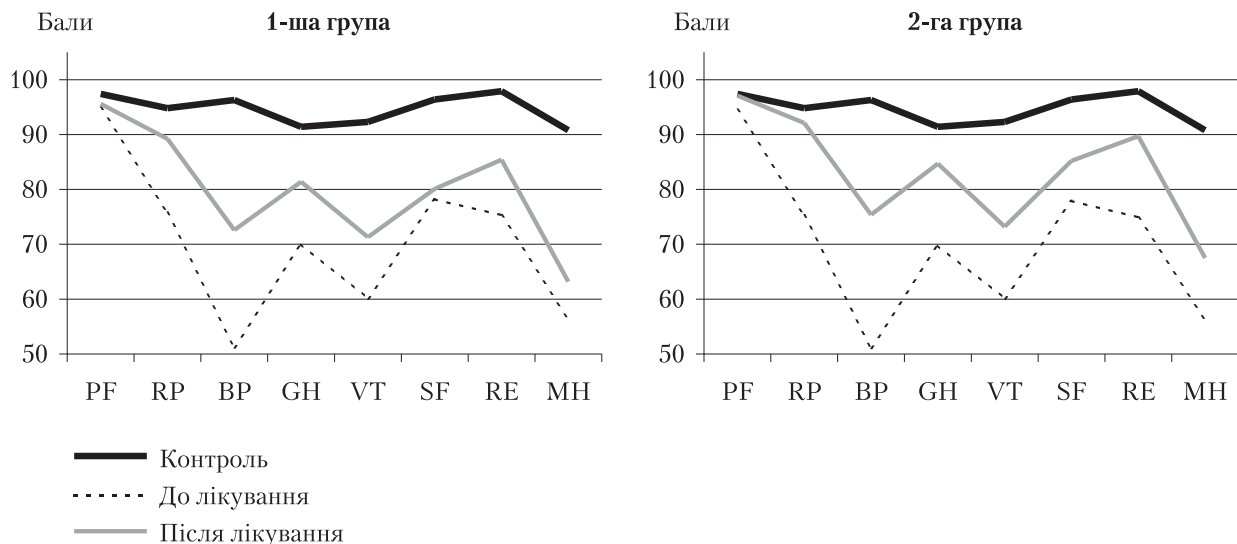


Рис. 4. Динаміка якості життя військовослужбовців з оверлап-синдромом НЕРХ/ФД на тлі патогенетичного лікування

ров'я (GH), рольового фізичного функціонування (RP), соціального функціонування (SF), рольового емоційного функціонування (RE) і психічного здоров'я (MH) та поліпшення цих показників на тлі лікування. Так, під впливом лікування комбінованим препаратом (омепразол/домперидон) у хворих 1-ї групи спостерігали вірогідне підвищення показників за шкалами рольового фізичного функціонування, болю, загального здоров'я, рольового емоційного функціонування. Додаткове призначення фенібуту хворим 2-ї групи сприяло значному зростанню показників загального здоров'я, рольового фізичного функціонування, життєздатності і рольового емоційного функціонування (рис. 4).

Висновки

Результати анкетування свідчать про високу поширеність симптомів ГЕРХ серед військовослужбовців строкової служби — у 41,1 % респондентів на початку служби. Через 6 міс частота поширеності симптомів ГЕРХ вірогідно зменшилася до 29,1 % та до закінчення служби суттєво не змінювалася.

Оверлап-синдром НЕРХ/ФД діагностовано на першому місяці строкової служби у 27,4 %

опитаних військовослужбовців. Через 6 міс поширеність НЕРХ/ФД досягла 28,6 % і практично не змінювалася до закінчення терміну служби (29,1 %). Для синдрому НЕРХ/ФД характерне зростання вираженості вегетативної дисфункції порівняно з хворими на НЕРХ.

Комбінований препарат (омепразол/домперидон) у 56,3 % пацієнтів є ефективним для купірування синдрому НЕРХ/ФД. Під впливом препарату зменшуються клінічні вияви захворювання, поліпшуються показники моторно-евакуаторної функції гастродуоденальної зони (зменшення часу шлункової евакуації в 1,3 разу, частоти ДГР — в 1,4 разу і його тривалості — у 2,8 разу), вірогідно зростають показники рН фундального відділу шлунка, за даними експрес гастро-рН-моніторингу, та поліпшується ЯЖ пацієнтів.

Поєднане застосування комбінованого препарату (омепразол/домперидон) і фенібуту сприяє купіруванню рефрактерного оверлап-синдрому НЕРХ/ФД у 66,7 % пацієнтів, підвищенню ефективності патогенетичної терапії за рахунок зниження відчуття печії та епігастрального больового синдрому, зменшення виявів СВД, частоти ДГР в 1,7 разу і його тривалості у 3,9 разу та позитивно впливає на ЯЖ.

Список літератури

1. Исаков В.А., Морозов С.В., Ставраки Е.С., Комаров Р.М. Анализ распространенности изжоги: национальное эпидемиологическое исследование взрослого городского населения (АРИАДНА) // Эксперим. и клин. гастроэнтерол.— 2008.— № 1.— С. 20—30.
2. Мосієнко Г.П. Функціональний стан вегетативної нервової системи в осіб молодого віку із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою // Лікарська справа. Вречбное дело.— 2006.— № 8.— С. 56—60.
3. Острогляд А.В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в Україні // Сучасна гастроентерол.— 2006.— № 1.— С. 30—32.

4. Осьодло Г.В. Про стан вегетативної нервової системи у військовослужбовців з різними варіантами ГЕРХ // Світ медицини та біології.— 2010.— № 2.— С. 170—176.
5. Рум'янцев Ю.В., Осьодло Г.В., Калашніков М.А. Кислото залежні захворювання у військовослужбовців: частота, структура та особливості поєднаної патології // Сучасна гастроентерол.— 2010.— № 5.— С. 65—68.
6. Секарева Е.В. Состояние вегетативной нервной системы у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Эксперим. и клин. гастроэнтерол.— 2003.— № 5.— С. 170—174.
7. Титов Н.Н., Шуленин С.Н., Уманская Е.П. и др. Особенности клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на фоне ваготонии // Вестн. Санкт-Петербургского ун-та.— 2009.— Сер.11, вып. 3.— С. 50—56.
8. Фадсенко Г.Д., Можина Т.Л. Перекрестный синдром функциональная диспепсия и неэрозивная рефлюксная болезнь: тактика врача общей практики // Здоров'я України.— 2009.— № 6/1.— С. 26—27.
9. Щербинина М.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Монография.— К: Медкнига, 2009.— 100 с.
10. Dent J., Armstrong D., Delaney B. et al. Symptom evaluation in reflux disease: workshop background processes, terminology, recommendation and discussion outputs // Gut.— 2004.— N 53.— P. 1—24.
11. Dickman R., Emmon S., Cui H. et al. The effect of a therapeutic trial of high-dose rabeprazole on symptom response of patients with non-cardiac chest pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial // Aliment. Pharmacol. Ther.— 2005.— N 22.— P. 547—555.
12. Herchovici T., Fass R. Management of gastroesophageal reflux disease that does not respond well to proton pump inhibitors // Curr. Opin. Gastroenterol.— 2010.— Vol. 26 (4).— P. 367—378.
13. Keohane J., Quigley M.M. Functional dyspepsia and nonerosive reflux disease: clinical interactions and their implications // Medscape General Medicine.— 2007.— N 9 (3).— P. 31.
14. Ofman J. The economic and quality-of-life impact of symptomatic gastroesophageal reflux disease // Am. J. Gastroenterol.— 2003.— N 98 (suppl.).— P. S8—S14.
15. Skrypnyk I., Osyodlo G., Vakhnenko A. Decrease of mucus barrier resistance of upper parts of gastrointestinal tract as a predictor of erosive and ulcerous lesions of esophagogastrroduodenal zone // Gut.— 2011.— Vol. 60 (suppl. 3).— P. A167.
16. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology.— 2006.— N 130.— P. 1466—1479.
17. Talley N.J. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem // Neurogastroenterol Motil.— 2008.— N 20 (suppl. 1).— P. 121—129.
18. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P. et al. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus // Am. J. Gastroenterol.— 2006.— N 101.— P. 1900—1920.
19. Wahlqvist P., Carlsson J., Stalhammar N.O. et al. Validity of a work productivity and activity impairment questionnaire for patients with symptoms of gastro-esophageal reflux disease (WPAI-GERD) — results from a cross-sectional study // Value Health.— 2002.— N 5.— P. 106—113.
20. Wahlqvist P., Karlsson M., Johnson D. et al. Relationship between symptom load of gastro-esophageal reflux disease and health-related quality of life, work productivity, resource utilization and concomitant diseases: survey of a US cohort // Aliment. Pharmacol. Ther.— 2008.— N 27 (10).— P. 960—970.

И.Н. Скрыпник, Г.В. Осёдло, И.М. Шевага

Оверлап-синдром неэрозивной рефлюксной болезни и функциональной диспепсии: клинико-эпидемиологический анализ и лечение

Приведены результаты анализа литературы и данные собственных исследований по эпидемиологии, этиопатогенезу, диагностике и лечению оверлап-синдрома неэрозивной рефлюксной болезни и функциональной диспепсии у военнослужащих и гражданских лиц.

I.M. Skrypnyk, G.V. Osyodlo, I.M. Shevaga

Overlap syndrome of non-erosive reflux disease and functional dyspepsia: clinical-epidemiological analysis and treatment

The article presents the results of literature review and data of own investigation of the epidemiology, ethiopathogenesis, diagnostic and treatment of overlap syndrome of non-erosive reflux disease/functional dyspepsia among military men and civil patients.

Контактна інформація

Скрыпник Ігор Миколайович, д. мед. н., проф., зав. кафедри
36024, м. Полтава, вул. Т. Шевченка, 23. ВДНЗ УМСА
Тел. (5322) 243-95. E-mail: scrin69@yandex.ru

Стаття надійшла до редакції 21 березня 2012 р.