УДК 616.33-008.3-085:616.1-009.1-06-25.12

ISSN 1727-5725

О. В. Чирва

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», Харків

Стратегія комплексної корекції клінічних виявів функціональної диспепсії на тлі нейроциркуляторної дистонії в осіб молодого віку

Мета — підвищити ефективність лікування функціональної диспепсії (ФД) в осіб молодого віку з виявами нейроциркуляторної дистонії шляхом призначення комбінованої терапії (модифікація способу життя і режиму харчування, стандартні медикаментозні схеми, призначення рослинного препарату «Іберогаст»).

Матеріали та методи. Обстежено 305 осіб організованої студентської популяції (41 % чоловіків і 59 % жінок). Середній вік — (20,8 ± 0,1) року. Проводили збір скарг, анамнезу, об'єктивне (фізикальне) та лабораторно-інструментальні дослідження. Для оцінки вираженості клінічних виявів ФД використовували шкалу Gastrointestinal Symptom profile (GIS).

Результати. Комплексне лікування протягом 8 тиж сприяло зменшенню основних клінічних виявів ФД у всіх пацієнтів. Результати опитування щодо вираженості скарг на 28-му добу лікування свідчили про достовірно більший ступінь зниження інтенсивності позивів до блювання ($p < 0,001$), втрати апетиту ($p = 0,043$) і ретростернального дискомфорту ($p = 0,047$) у пацієнтів, які отримували комбіновану терапію з використанням «Іберогасту». На 56-ту добу у цих пацієнтів спостерігали кращі показники за шкалою GIS для таких клінічних виявів, як відчуття тяжкості в епігастрії ($p = 0,043$), спазматичний біль в епігастрії ($p = 0,003$), відчуття раннього насичення ($p = 0,032$) і втрата апетиту ($p = 0,045$). Середній бал за шкалою GIS у них був на 2,21 бала меншим, ніж у групі стандартного лікування без призначення препарату «Іберогаст» ($p < 0,001$). Проведення кластерного аналізу підтвердило кращу ефективність терапії із застосуванням цього препарату.

Висновки. Для підвищення ефективності лікування ФД на тлі нейроциркуляторної дистонії в осіб молодого віку доцільно застосовувати комплексну терапію з модифікацією способу життя і режиму харчування і додатковим призначенням до стандартних медикаментозних схем рослинного препарату «Іберогаст» у дозі 20 крапель тричі на добу, що дає змогу прискорити настання позитивного ефекту.

Ключові слова: функціональна диспепсія, нейроциркуляторна дистонія, клініка, ефективність корекції, фітотерапія.

Складна регуляція і багатокомпонентність патофізіологічних шляхів розвитку функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) зумовлюють складність вибору оптимальних методів корекції [9]. Переважно молодий вік, психологічні особливості цієї категорії хворих і тривалість захворювання підвищують вимоги до ефективності та безпечності лікарських засобів.

Згідно з останніми міжнародними рекомендаціями при веденні пацієнтів з функціональними захворюваннями органів травлення (ФЗОТ) важливе місце відводиться впливу на модифіковані чинники: нормалізація способу життя, корекція режиму харчування, психотерапія. На симпозіумі «Ведення тяжкого хворого із синдромом подразненої кишки», проведеному в рамках XX Об'єднаного європейського гастроентерологічного тижня в Амстердамі у 2012 р., зазначено достовірне зниження частоти здуття, флатуленції та абдомінального болю при дотриманні дієти lowFODMAPs (low fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharide and polyols). FODMAPs – це компоненти їжі, які досить малі, щоб бути осмотично активними, але здатні до

© О. В. Чирва, 2014

швидкої бактеріальної ферментації, представлені коротколанцюговими вуглеводами, які погано і/або повільно всмоктуються в тонкому кишечнику і викликають розтягнення кишкового просвіту [8].

У розпорядженні клініциста є широкий спектр препаратів, які діють на різні патогенетичні механізми функціональної диспепсії (ФД). З метою корекції нервово-психічного статусу застосовують нейролептики, трициклічні антидепресанти, інгібітори зворотного захоплення серотоніну, анксіолітики. Достовірно високою є ефективність призначення інгібіторів протонної помпи при коректному режимі дозування і тривалості терапії (2—4 тиж), що підтверджується результатами великої кількості клінічних досліджень [11, 15]. Обговорюється питання щодо доцільності ерадикації інфекції *Helicobacter pylori* насамперед у країнах з високою інфікованістю населення, що сприяє зниженню ризику розвитку виразкової хвороби та раку шлунка (Маастрихт-3, 2005). В інших країнах антигелікобактерна терапія зумовлює зменшення клінічних виявів ФД у порівняно небагатьох хворих [10].

Вплив на моторику ШКТ є патогенетично обґрунтованим. З цією метою використовують прокінетичні препарати (антагоністи дофамінових рецепторів, агоністи 5-HT_4-рецепторів, блокатори ацетилхолінестерази, препарати комбінованої дії) [1, 5]. На стадії розроблення перебувають нові групи препаратів — агоністи 5-HT_1-, мотилінових, грелінових рецепторів, аналог гонадотропін-релізинг-гормона, антагоністи к-рецепторів [4].

Використання різних груп фармакологічних препаратів пояснюється складністю механізмів розвитку і різноманітністю клінічних виявів функціональних порушень органів травлення, тому оптимальним рішенням є використання полікомпонентних препаратів з багатофакторним механізмом дії.

Останніми роками активно обговорюється доцільність використання фітотерапії [13]. Пацієнти схильні віддавати перевагу препаратам рослинного походження, відмовляючися від хімічних лікарських засобів. Гідно себе зарекомендував оригінальний комбінований рослинний препарат «Іберогаст» (Bionorica, Німеччина). До його складу входять екстракт спиртовий свіжої сировини іберійки гіркої *(Iberis amara L., Brassicaceae)*, висушених коренів дягелю, квіток ромашки, плодів кмину і розторопші, листя меліси, м'яти перцевої, трави чистотілу, коренів солодки. Терапевтична дія препарату полягає у регулюванні та нормалізації моторики ШКТ. Крім того, препарат має протизапальну, антиоксидантну, антибактеріальну і цитопротекторну дію.

Мета роботи — підвищити ефективність лікування ФД в осіб молодого віку з виявами нейроциркуляторної дистонії шляхом застосування комбінованої терапії з використанням препарату «Іберогаст», модифікації способу життя і режиму харчування.

Матеріали та методи

За період з лютого до грудня 2013 р. обстежено 305 осіб організованої студентської популяції, які підлягали профілактичному амбулаторному обстеженню або за наявності показань — амбулаторному лікуванню. Діагноз «нейроциркуляторна дистонія» (НЦД) встановлювали згідно з протоколом, наведеним у наказі № 436 МОЗ України від 03.07.2006 р., діагноз «функціональна диспепсія — згідно з протоколом, наведеним у наказі № 271 МОЗ України від 13.06.2005 р., відповідно до Римських критеріїв III (2006) [17] і рекомендацій Всесвітньої гастроентерологічної організації (2009) [14].

Вік обстежених — від 18 до 30 років, середній вік — (20,8 ± 0,1) року. До групи контролю було залучено 127 (41,6 % від обстежених) осіб, які не мали жодних скарг і клінічно значущих відхилень з боку серцево-судинної системи і системи органів травлення. Решта обстежених (178 осіб) мали ознаки кардіальної форми НЦД. Серед них переважали жінки — 74,7 %. На нашу думку, такий розподіл хворих за статтю не випадковий. Відомо, що жінки частіше страждають на НЦД. Це насамперед пов'язано з вираженішою емоційною лабільністю, що підвищує ризик дезінтеграції нейрогормонально-метаболічної регуляції серцево-судинної та інших систем на рівні кори головного мозку, гіпоталамуса і лімбічної зони.

Серед пацієнтів з НЦД 96 (53,9 %) осіб мали супутні вияви ФЗОТ, зокрема ФД діагностовано у 68 (22,3 %) хворих, тобто приблизно у чверті студентів. Частота постпрандіального дистрес-синдрому становила 42,7 % (29 осіб), епігастрального больового синдрому — 39,7 % (27 осіб), змішаної форми ФД — 17,6 % (12 осіб).

Серед обстежених з установленою ФД на тлі кардіальної форми НЦД 17 (25 %) осіб мали супутній синдром подразненої кишки (СПК) або дискінезію жовчовивідних шляхів (ДЖВШ), що розцінювалося нами як наявність «синдрому перехрещування». Найчастішим виявилося поєднання ФД із СПК — 14 (20,6 %) осіб, одночасна наявність ФД та ДЖВШ мала місце у 2 хворих. Один пацієнт одночасно пред'являв скарги, притаманні ФД, СПК і ДЖВШ.

Було сформовано групу НЦД без ФЗОТ — 82 (26,9 %) осіб.

Для визначення вихідного вегетативного статусу, що відображує направленість функціонування вегетативної нервової системи в період відносного спокою, використовували оцінку суб'єктивних і об'єктивних симптомів за таблицями та опитувальником А. М. Вейна.

Відібраних для подальшого обстеження осіб опитували (з'ясовували скарги, анамнез), проводили об'єктивне (фізикальне) та лабораторно-інструментальне дослідження. З метою оцінки вираженості клінічних виявів ФД використовували шкалу Gastrointestinal Symptom profile (GIS) [7].

ЕКГ виконували з використанням 3-канального електрокардіографа «Фукуда», УЗД органів травлення — за допомогою діагностичного ультразвукового приладу Aloka SSD-280LS.

У спеціально розроблені картки заносили паспортні дані, діагноз, основні анамнестичні дані, скарги, клінічні дані, результати лабораторних та інструментальних методів дослідження, дієтичні рекомендації і схему медикаментозного лікування.

Статистичний аналіз результатів дослідження проведено шляхом створення електронної бази даних з використанням програми Microsoft Office Excel 2003 та SPSS 20.0. Якщо отримані вибірки відповідали законам Гауссівського розподілу, то міжгрупове порівняння отриманих даних проводили із застосуванням параметричних критеріїв (t-критерій Стьюдента). У більшості спостережень отримані результати не відповідали законам нормального розподілу, тому для оцінки вірогідності різниці показників використовували непараметричні методи (U-критерій Манна — Уїтні для перевірки гіпотези про рівність середніх двох незалежних вибірок, критерій Фішера) [6]. Для розподілу хворих залежно від ефективності проведеного лікування використовували кластерний аналіз.

Результати та обговорення

Усім пацієнтам зі встановленим діагнозом кардіальної форми НЦД незалежно від наявності супутніх ФЗОТ проводили немедикаментозне лікування, яке передбачало корекцію режиму навчання і відпочинку, адекватне фізичне навантаження (тривалість фізичних вправ — понад 4 год на тиждень), достатня тривалість сну (не менше ніж 8 год на добу), відмову від куріння та вживання алкогольних напоїв, достатнє вживання питної води (1,5—2,0 л/добу). Хворі на ФД залежно від призначеного лікування були розподілені на групи. Так, лікування у групі А включало комбіновану терапію з призначенням наведених вище немедикаментозних заходів, дієти lowFODMAPs [12, 16], стандартних схем лікування [3] і рослинного препарату «Іберогаст» у дозі 20 крапель тричі на добу. Згідно з рекомендаціями Римських критеріїв III (2006) і Всесвітньої гастроентерологічної організації (2009), протоколу надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» (наказ № 271 МОЗ України від 13.06.2005 р.) хворі на ФД отримували інгібітор протонної помпи (пантопразол у дозі 20 мг двічі на добу чи рабепразол у дозі 20 мг двічі на добу), прокінетик (мосаприд у дозі 5 мг тричі на добу чи домперидон у дозі 10 мг тричі на добу), хворим на змішану форму ФД призначали фіксовану комбінацію омепразолу в дозі 20 мг і домперидону («Лімзер») в дозі 30 мг. Лікування групи Б передбачало призначення наведених немедикаментозних заходів, дієти lowFODMAPs і стандартних схем терапії ФД. Загальна тривалість лікування — 8 тиж.

Рандомізацію хворих залежно від схеми терапії проводили методом послідовних номерів [2].

Таблиця 1. **Характеристика груп хворих**

Хворі	Показник	Група А	Група Б
ФД	Чоловіки Жінки	16 % 84 %	7,7 % 92,5 %
	Вік, роки	20,8 ± 0,6	20,7 ± 0,5
	Шкала інтенсивності скарг хворих на ФД (GIS), бали	12,9 ± 0,7	13,5 ± 0,6
«Синдром перехрещення»	Чоловіки Жінки	11,1 % 88,9 %	33,3 % 66,7 %
	Вік	21,8 ± 1,0	22,9 ± 1,1
	Шкала інтенсивності скарг хворих на ФД (GIS), бали	13,1 ± 0,9	14,1 ± 1,4

Для цього з таблиці випадкових чисел відбирали необхідну кількість чисел і кожному хворому (у хронологічному порядку) присвоювали відповідний номер. Потім проводили зростаюче ранжування цих номерів за умови, що парне число рангу відповідало методу лікування групи А, непарне — методу лікування групи Б. У табл. 1 наведено характеристику груп пацієнтів. Групи були порівнюваними за віком, клінічними ознаками та розподілом статей ($p > 0,05$), що підтверджує ефективність проведеної рандомізації, дає змогу отримати достовірні показники та уникнути хибнопозитивних і хибнонегативних результатів з надійністю 95 % і більше.

До початку терапії пацієнтам заборонялося приймати препарати з потенційно можливим впливом на ШКТ протягом (7 ± 2) дні («період вимивання»), після чого їм призначали лікування за схемою А чи Б тривалістю 8 тиж. Контрольне обстеження пацієнтів проводили через 28 і 56 днів терапії. Період спостереження після закінчення терапії — 6 міс (рис. 1). Тривалість періодів терапії і спостереження відповідала чинним рекомендаціям з проведення досліджень у галузі лікування функціональних захворювань органів травлення.

Первинним параметром ефективності лікування була динаміка інтенсивності скарг, яку оцінювали за сумою балів за шкалою GIS для хворих на ФД, вторинними — переносність 8-тижневої терапії, оцінена пацієнтами з використанням 6-бальної шкали Лайкерта, де 1 бал відповідав оцінці «дуже добре», а 6 балів — оцінці «дуже погано», і кількість пацієнтів без симптомів захворювання. Пацієнтами без симптомів захворювання вважали осіб, у яких після припинення лікування сума балів за шкалою GIS становила 0—1 бал. Оцінку вторинних показників проводили наприкінці терапії (56-та доба). Також вивчали кількість випадків виникнення рецидивів ФД або СПК через 6 міс після проведеного лікування. У табл. 2 наведено розподіл пацієнтів із ФД і СПК на групи лікування.

Таблиця 2. **Розподіл хворих на ФД залежно від схеми лікування**

Група пацієнтів			Кількість
А (n = 45)	ФД		25
	«Синдром перехрещення»	ФД + СПК	8
		ФД + ДЖВШ	1
Б (n = 44)	ФД		26
	«Синдром перехрещення»	ФД + СПК	6
		ФД + ДЖВШ	1
		ФД + СПК + ДЖВШ	1

Динаміка інтенсивності виявів ФД у результаті комбінованої терапії

Призначення комбінованого лікування незалежно від схеми сприяло достовірному зниженню сумарного бала за шкалою GIS у середньому з (13,31 ± 0,39) до (6,19 ± 0,32) бала ($r = 0,724$, $p < 0,001$) на 28-му добу і до (3,47 ± 0,32) бала ($r = 0,734$; $p < 0,001$) на 56-ту добу (табл. 3).

Результати опитування щодо скарг на 28-му добу лікування свідчили про достовірно більший

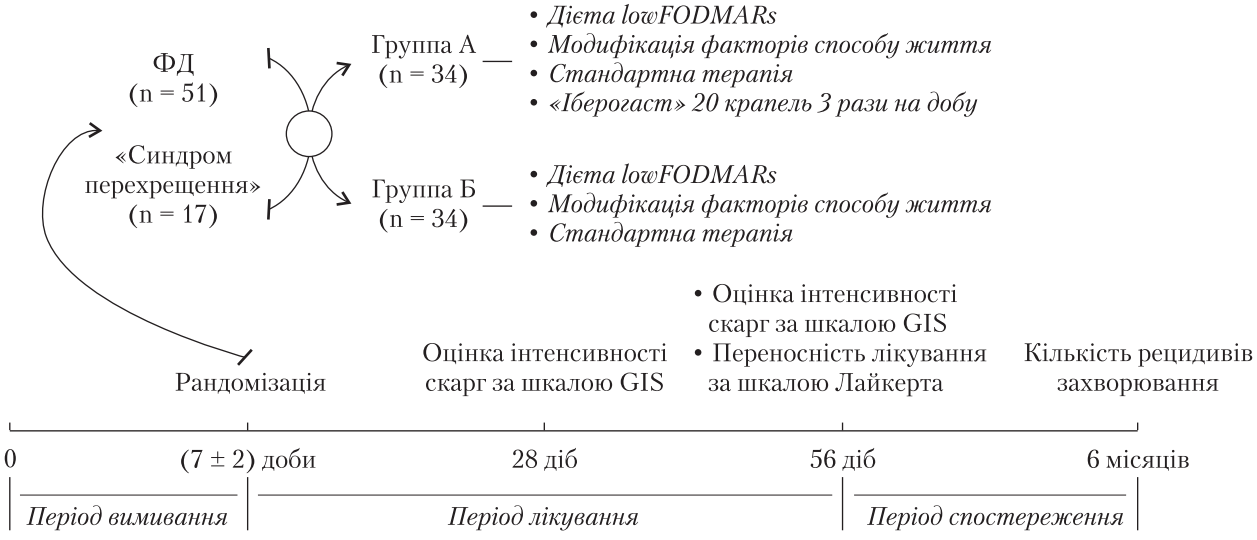

Рис. 1. **Загальна схема лікування обстежених хворих на ФД на тлі НЦД**

Таблиця 3. **Динаміка інтенсивності скарг за шкалою GIS**

Ознака	До лікування	28-ма доба		56-та доба	
		Схема А (n = 34)	Схема Б (n = 34)	Схема А (n = 34)	Схема Б (n = 34)
Нудота	0,65 ± 0,11	0,18 ± 0,07	0,23 ± 0,07	0,03 ± 0,03	0,11 ± 0,06
Блювання	0,01 ± 0,02	0	0,03 ± 0,03	0	0
Тяжкість в епігастрії	2,15 ± 0,15	0,88 ± 0,14	1,2 ± 0,14	0,42 ± 0,10	0,74 ± 0,1*
Спазматичний біль в епігастрії	1,32 ± 0,14	0,42 ± 0,09	0,66 ± 0,12	0,15 ± 0,06	0,51 ± 0,10**
Відчуття раннього насичення	1,69 ± 0,16	0,64 ± 0,11	0,97 ± 0,15	0,36 ± 0,09	0,71 ± 0,13*
Печія	1,49 ± 0,17	0,55 ± 0,10	0,74 ± 0,16	0,24 ± 0,08	0,51 ± 0,13
Позиви до блювання	1,22 ± 0,09	0,24 ± 0,08	0,74 ± 0,10***	0,03 ± 0,03	0,11 ± 0,07
Втрата апетиту	1,59 ± 0,08	0,64 ± 0,08	1,14 ± 0,09*	0,33 ± 0,08	0,63 ± 0,12*
Ретростернальний дискомфорт	1,19 ± 0,10	0,55 ± 0,10	0,86 ± 0,12*	0,30 ± 0,08	0,54 ± 0,11
Епігастральний чи верхній абдомінальний біль	2,00 ± 0,16	0,67 ± 0,09	0,97 ± 0,14	0,45 ± 0,10	0,66 ± 0,12
Сумарний бал (GIS)	13,31 ± 0,39	4,76 ± 0,32	7,54 ± 0,43***	2,33 ± 0,32	4,54 ± 0,49***
Зменшення симптомів, бали		6,94 ± 0,64	5,11 ± 0,36*	10,64 ± 0,44	9,09 ± 0,27**

Примітка. Різниця щодо групи А статистично значуща: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

ступінь зниження інтенсивності позивів до блювання ($p < 0,001$), втрати апетиту ($p = 0,043$) і ретростернального дискомфорту ($p = 0,047$) у пацієнтів, які отримували комбіновану терапію з використанням препарату «Іберогаст». У цій групі також виявлено тенденцію до ефективнішого зниження вираженості інших скарг, хоча достовірних відмінностей не встановлено ($p > 0,05$).

Установлено достовірні зміни сумарного бала за шкалою GIS на 28-му добу порівняно з початком лікування: (4,76 ± 0,32) бала в групі А і (7,54 ± 0,43) бала в групі Б ($p < 0,001$). Аналіз динаміки сумарного бала за шкалою GIS за цей період виявив дещо кращі результати на тлі комбінованої терапії з призначенням препарату «Іберогаст» порівняно з пацієнтами, які отримували лише стандартне лікування — зменшення вираженості симптомів на (6,94 ± 0,64) і (5,11 ± 0,36) бала відповідно ($p = 0,014$).

З метою оцінки ефективності лікування проведено кластерний аналіз, за результатами якого виділено два кластери відповідно до сумарного бала за шкалою GIS і його динаміки на 28-му добу лікування (рис. 2).

Кластер 1 характеризувався гіршою відповіддю на терапію, що підтверджено вищою величиною сумарного бала за шкалою GIS ((7,03 ± 0,45 бала) і

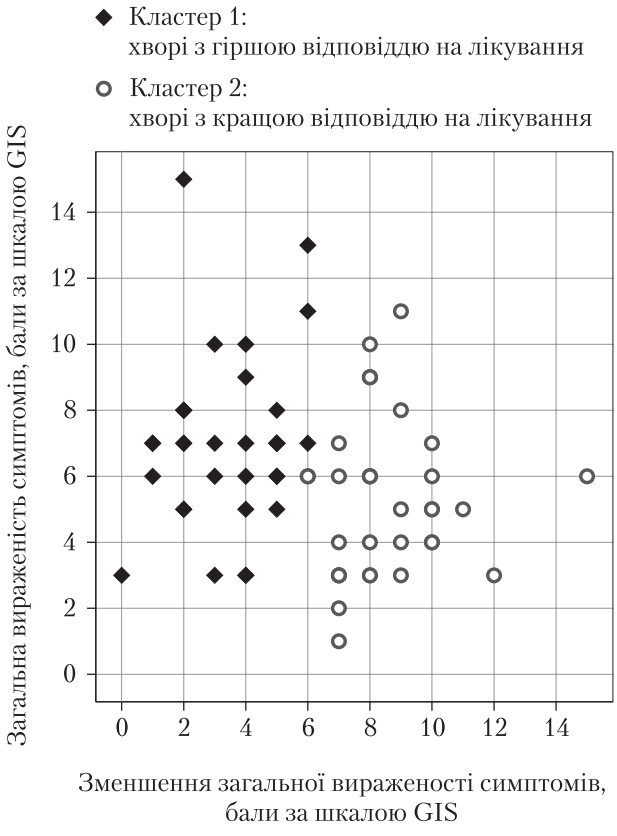

Рис. 2. **Розподіл пацієнтів з ФД залежно від ефективності лікування на 28-му добу**

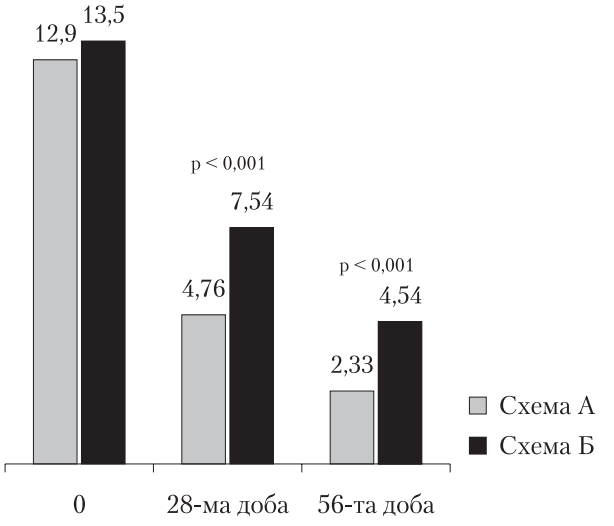

Рис. 3. **Зменшення вираженості симптомів у хворих на ФД залежно від схеми лікування, сумарний бала за шкалою GIS**

меншим значенням його динаміки ((3,44 ± 0,28) бала). Для кластера 2 були характерні нижчі значення сумарного бала за шкалою GIS ((5,35 ± 0,41) бала; p = 0,005) і вища величина його динаміки з початку лікування ((8,56 ± 0,31) бала; p < 0,001).

У кластер 1 потрапили 29,4 % осіб з групи А і 70,6 % осіб з групи Б, до кластера 2 — відповідно 70,6 і 29,4 % пацієнтів.

Наведені факти свідчать про кращу ефективність комбінованої терапії з використанням препарату «Іберогаст» тривалістю 4 тиж.

Повторне оцінювання інтенсивності скарг проведено на 56-ту добу лікування (див. табл. 3).

У пацієнтів, які одержували комбіновану терапію з використанням препарату «Іберогаст», виявлено кращі показники за шкалою GIS для таких клінічних виявів, як відчуття тяжкості в епігастрії, спазматичний біль в епігастрії, відчуття раннього насичення і втрата апетиту. Для решти скарг позитивні зміни також були вираженішими на тлі терапії із застосуванням препарату «Іберогаст», але достовірних відмінностей не встановлено (p > 0,05).

Суттєву різницю виявлено при порівнянні сумарних балів за шкалою між групами (рис. 3). Так, наприкінці терапії цей показник у пацієнтів, які приймали препарат «Іберогаст», був на 2,21 бала меншим, ніж у групі стандартного лікування (p < 0,001).

Використання кластерного аналізу дало змогу виділити два кластери пацієнтів залежно від ефективності лікування (рис. 4).

Кластер 1 характеризувався кращою відповіддю на терапію тривалістю 8 тиж, про що свідчила меша величина сумарного бала за шкалою GIS

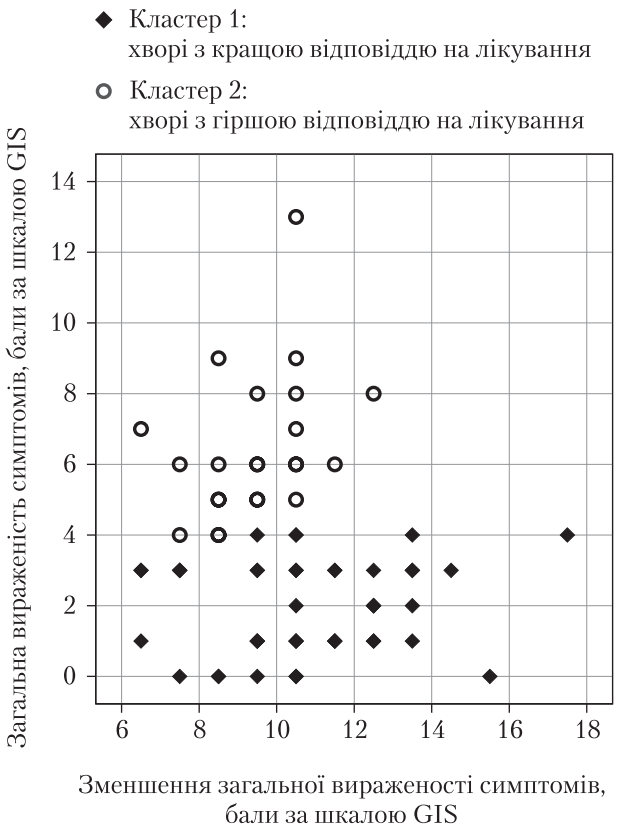

Рис. 4. **Розподіл пацієнтів з ФД залежно від ефективності лікування на 56-ту добу**

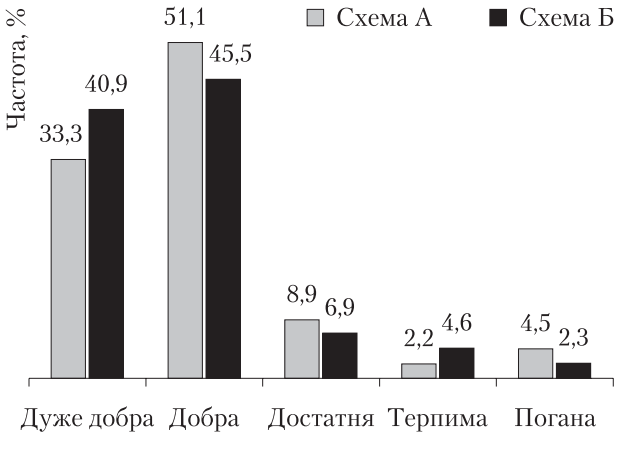

Рис. 5. **Порівняння переносності терапії за шкалою Лайкерта**

((1,96 ± 0,19) бала) і вище значення динаміки сумарного бала ((10,29 ± 0,36) бала), кластер 2 — більшою величиною сумарного бала за шкалою GIS (6,43 ± 0,43) бала; p < 0,001) і меншим значенням його динаміки ((8,96 ± 0,29) бала; p < 0,05).

У кластер 1 потрапили 82,4 % осіб з групи А і 50 % осіб з групи Б, у кластер 2 — відповідно 17,6 і 50 % пацієнтів.

Оцінка переносності лікування за шкалою Лайкерта

Наприкінці курсу лікування (56-та доба) пацієнти оцінювали переносність терапії за шкалою Лайкерта. 37,1 % осіб оцінили переносність терапії як «дуже добру», 48,2 % — як «добру», 7,9 % — як «достатню», по 3,4 % — як «стерпну» і «погану». Оцінки «дуже погано» не було (рис. 5). Достовірних відмінностей між групами не встановлено, тобто додаткове призначення рослинного препарату «Іберогаст» не погіршувало суб'єктивну оцінку переносності лікування.

Висновки

Комбіноване лікування (немедикаментозні методи і стандартні схеми терапії) протягом 8 тиж сприяло зменшенню основних клінічних виявів функціональної диспепсії у всіх обстежених осіб. Додаткове призначення рослинного препарату з багатофакторною дією на систему органів травлення — «Іберогасту» достовірно поліпшувало ефективність терапії у хворих на функціональну диспепсію вже на 28-му добу лікування. Ця тенденція зберігалась наприкінці курсу терапії.

Список літератури

1. Губергриц Н. Б., Фоменко П. Г. Современный прокинетик итоприд в лечении диспепсии // Внутрішня медицина. — 2009. — № 3 (15). — С. 27—35.
2. Зосимов А. Н., Пархоменко Л. К. Доказательное рецензирование медицинских диссертаций. — Х.: Факт, 2008. — 151 с.
3. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Лапина Т. Л. Диагностика и лечение функциональной диспепсии: Метод. рекомендации для врачей. — М.: РГА, 2011. — 28 с.
4. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Лапина Т. Л. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // РЖГГК. — 2012. — № 3. — С. 80—92.
5. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Трухманов А. С. Эффективность применения ганатона (итоприда гидрохлорида) в лечении больных функциональной диспепсией // Фарматека. — 2009. — № 13. — С. 50—54.
6. Наследов А. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. — СПб: Питер, 2013. — 416 с.
7. Adam B., Liebregts T., Saadat-Gilani K. Validation of the gastrointestinal symptom score for the assessment of symptoms in patients with functional dyspepsia // Aliment. Pharmcol. Ther. — 2005. — N 22. — P. 357—363.
8. Gibson P. R., Shepherd S. J. Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: the FODMAP approach // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2010. — N 25. — P. 252—258.
9. Grundmann O., Yoon S. L. Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: an integrative view // World J Gastroenterol. — 2014. — N 20 (2). — P. 346—362.
10. Helicobacter pylori — quo vadis? Післямова до консенсусу Маастрихт-3 // Мед. світу. — 2006. — Т. 22, ч. 1. — С. 24—33.
11. Kriengkirakul C., Patcharatrakul T., Gonlachanvit S. The Therapeutic and diagnostic value of 2-week high dose proton pump inhibitor treatment in overlapping non-erosive gastroesophageal reflux disease and functional dyspepsia patients // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2012. — N 18 (2). — P. 174—180.
12. Mearin F., Peña E., Balboa A. Importance of diet in irritable bowel syndrome // Gastroenterol Hepatol. 2014 Feb 27. — Режим доступу: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24582764.
13. Ottillinger B., Storr M., Malfertheiner P. et al. STW 5 (Iberogast(®))-a safe and effective standard in the treatment of functional gastrointestinal disorders // Wien Med. Wochenschr. — 2013. — N 163 (3—4). — P. 65—72.
14. Quigley E., Freid M. et al. WGO Practice Guideline — Irritable bowel syndrome: a global perspective. — World Gastroenterology Organization, 2009.
15. Roorda A. K., Marcus S. N., Triadafilopoulos G. et al. Algorithmic approach to patients presenting with heartburn and epigastric pain refractory to empiric proton pump inhibitor therapy // Dig. Dis. Sci. — 2011. — N 56 (10). — P. 2871—2878.
16. Staudacher H. M., Irving P. M., Lomer M. C. et al. Mechanisms and efficacy of dietary FODMAP restriction in IBS // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2014. — N 11 (4). — P. 256—266.
17. Tack J., Talley N. Functional dyspepsia-symptoms, definitions and validity of the Rome III criteria // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2013. — N 10 (3). — P. 134—141.

О. В. Чирва

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», Харьков

Стратегия комплексной коррекции клинических проявлений функциональной диспепсии на фоне нейроциркуляторной дистонии у лиц молодого возраста

Цель — повысить эффективность лечения функциональной диспепсии (ФД) у лиц молодого возраста с проявлениями нейроциркуляторной дистонии путем назначения комбинированной терапии (модификация образа жизни и режима питания, стандартные медикаментозные схемы и дополнительное назначение растительного препарата «Иберогаст»).

Материалы и методы. Обследовано 305 лиц организованной студенческой популяции (41 % мужчин и 59 % женщин). Средний возраст — (20,8 ± 0,1) года. Проводили сбор жалоб, анамнеза, объективное и лабораторно-инструментальные обследования. Для оценки выраженности клинических проявлений ФД использовали шкалу Gastrointestinal Symptom profile (GIS).

Результаты. Комплексное лечение в течение 8 нед способствовало уменьшению основных клинических проявлений ФД у всех пациентов. Результаты опроса относительно выраженности жалоб на 28-е сутки лечения свидетельствовали о достоверно большей степени снижения интенсивности позывов к рвоте ($p < 0,001$), потери аппетита ($p = 0,043$) и ретростернального дискомфорта ($p = 0,047$) у пациентов, получавших комбинированную терапию с использованием «Иберогаста». На 56-е сутки у этих пациентов наблюдали лучшие показатели по шкале GIS для таких клинических проявлений, как чувство тяжести в эпигастрии ($p = 0,043$), спазматические боли в эпигастрии ($p = 0,003$), чувство раннего насыщения ($p = 0,032$) и потеря аппетита ($p = 0,045$). Средний балл по шкале GIS у них был на 2,21 балла меньше, чем в группе стандартного лечения без назначения препарата «Иберогаст» ($p < 0,001$). Кластерный анализ подтвердил более высокую эффективность терапии с использованием данного препарата.

Выводы. Для повышения эффективности лечения ФД на фоне нейроциркуляторной дистонии у лиц молодого возраста целесообразно применять комплексную терапию с модификацией образа жизни и режима питания и дополнительным назначением к стандартным медикаментозным схемам растительного препарата «Иберогаст» в дозе 20 капель 3 раза в сутки, что позволяет ускорить наступление положительного эффекта.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, нейроциркуляторная дистония, клиника, эффективность коррекции, фитотерапия.

O. V. Chyrva

SI «L. T. Mala National Therapy Institute of the NAMS of Ukraine», Kharkiv

The strategy of complex correction of the clinical manifestations of functional dyspepsia against the background of neurocirculatory dystonia in young persons

Objective — to improve efficacy of the treatment of functional dyspepsia (FD) in young patients with manifestations of neurocirculatory dystonia (NCD) by means of combined therapy involving lifestyle and nutrition modification, standard medical schemes and the additional prescription of herbal drug «Iberogast».

Materials and methods. The investigation involved 305 subjects from organized student population (41% men and 59% women), the mean age (20.8 ± 0.1) years. All patients were undergone general clinic investigations, laboratory and instrumental studies. «Gastrointestinal Symptom profile» (GIS) scale was used to assess the severity of FD clinical manifestations.

Results. The complex treatment with duration of 8 weeks promoted the attenuation of the main clinical FD manifestations in all patients. The results of the survey of complaints on the 28th day of treatment showed significantly greater reduction of the vomit intensity ($p < 0.001$), appetite loss ($p = 0.043$) and retrosternal discomfort ($p = 0.047$) in patients treated with combination therapy with «Iberogast». On the 56th day of treatment the best data according to GIS were observed for such clinical manifestations as a feeling of heaviness in the epigastrium ($p = 0.043$), cramping epigastric pain ($p = 0.003$), early satiety ($p = 0.032$) and appetite loss ($p = 0.045$) in patients who received «Iberogast». Average GIS was 2.21 points lower in patients with supplemental «Iberogast» prescription than in the standard treatment group without «Iberogast» ($p < 0.001$). Cluster analysis confirmed the higher efficacy of the combined therapy with this agent.

Conclusions. To increase the effectiveness of treatment for FD combining with NCD in young patients, it is advisable to carry out a complex therapy with lifestyle and nutrition modification and additional prescription of herbal drug «Iberogast» in a dose of 20 drops 3 times a day, which makes it possible to accelerate the onset of positive effect.

Key words: functional dyspepsia, neurocirculatory dystonia, clinic, efficiency of correction, herbal medicine.

Контактна інформація
Чирва Ольга Володимирівна, аспірант відділу популяційних досліджень
61039, м. Харків, просп. Постишева, 2а. E-mail: inside.87@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 14 липня 2014 р.