

УДК 616.345-085-053.8

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ В ОСІБ ОРГАНІЗОВАНОЇ СТУДЕНТСЬКОЇ ПОПУЛЯЦІЇ

Несен А. О., Чирва О. В.

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

Вступ. Студентство належить до групи підвищеного ризику розвитку поєднаної функціональної патології, що обумовлено комплексом таких несприятливих факторів, як постійне розумове та психоемоційне напруження, інформаційний стрес, недостатня матеріальна забезпеченість, необхідність поєднувати навчання з роботою, часті порушення режиму праці, відпочинку й харчування, куріння, споживання алкоголю.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування синдрому подразненої кишки (СПК) в осіб організованої студентської популяції шляхом додаткового призначення у складі комплексної терапії рослинного препарату Іберогаст.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 305 осіб, у тому числі 181 (59,3 %) жінку і 124 (40,7 %) чоловіків, середній вік – $(20,8 \pm 0,1)$ років. Усі обстежені були розподілені на дві групи: I – хворі на СПК 6,6 % (20 осіб), II – хворі на «синдром перехрестя» функціональних захворювань органів травлення (ФЗОТ) – 5,2 % (16 осіб). Пацієнтам із СПК проводили немедикаментозне лікування, що включало модифікацію тригерних факторів способу життя й харчування. Залежно від призначеного медикаментозного лікування пацієнти були поділені на групи: лікування «А» ($n = 18$) – комбінована терапія з призначенням немедикаментозних заходів, дієти lowFOD-MAPs, фітопрепарату Іберогаст і, за потреби, з 4 тижня, пантопрозолу в дозі 20 мг 2 рази на 1 добу й ітоприду гідрохлорид у дозі 50 мг 3 рази на 1 добу; лікування «В» ($n = 18$), що відрізнялося відсутністю додаткового призначення фітотерапії. Тривалість лікування склала 8 тижнів.

Результати. СПК було виявлено в 11,8 % обстежених осіб, у 44,4 % хворих на СПК встановлено «синдром перехрестя» ФЗОТ. На 28 добу лікування всі особи відмічали покращання самопочуття й зниження інтенсивності скарг з $(210,1 \pm 11,3)$ до $(96,8 \pm 7,2)$ бала за шкалою IBS-SSS ($r = 0,776$, $p < 0,001$), на 56 добу – до $(35,6 \pm 4,2)$ бала ($r = 0,601$, $p < 0,001$). При оцінці показників сумарного бала IBS-SSS через 4 тижні терапії встановлено кращу терапевтичну відповідь у хворих у групі лікування «А» ($83,6 \pm 8,8$) порівняно з $(110,0 \pm 10,7)$ бала IBS-SSS у групі терапії «В» ($p = 0,066$). У пацієнтів, які додатково отримували Іберогаст, сумарний бал IBS-SSS знизився на $(64,9 \pm 2,2)$ % (28 доба), у той час, як у пацієнтів лікування «В» даний показник був значно меншим – $(43,3 \pm 2,0)$ %, $p < 0,001$. Порівняння сумарного бала IBS-SSS на 56 добу терапії не виявило достовірних відмінностей у досліджуваних групах. Проте відсоток динаміки сумарних балів IBS-SSS за курс терапії значно відрізнявся – $(-88,7 \pm 1,8)$ у групі лікування «А» і $(-78,3 \pm 2,3)$ % у групі лікування «В», $p = 0,001$.

Висновки. Виявлені особливості відповіді на терапію в пацієнтів із СПК свідчать про виражену ефективність комплексного лікування, що включає призначення фітотерапії на фоні модифікації способу життя й харчування. Додаткове призначення препарату рослинного походження з багатофакторною дією на систему органів травлення – Іберогасту, що проявив власну ефективність вже після 4 тижнів терапії, сприяло більш вираженому нівелюванню клінічних проявів СПК після закінчення восьми тижневого курсу лікування.

Ключові слова: синдром подразненої кишки, «синдром перехрестя», клінічні прояви, фітотерапія, популяція студентів

Вступ

Студенти в період навчання у вищій школі відчувають вплив цілого комплексу несприятливих факторів для фізичного та психічного здоров'я, а саме: постійне розумове і психоемоційне напруження, інформаційний стрес, недостатня матеріальна забезпеченість, необхідність поєднувати навчання з роботою, часті порушення режиму праці, відпочинку та харчування, куріння, споживання алкоголю. У зв'язку зі зміненою економічною ситуацією проб-

лема збереження й зміцнення здоров'я студентської молоді складна та багатогранна, сучасні соціально-економічні умови не створюють сприятливого фону для дотримання здорового способу життя. У той самий час здоров'я студентської молоді є необхідною умовою набуття професійних знань.

За даними Всесвітньої Гастроентерологічної Організації (WGO, World Gastroenterology Organization) (2013 р.), функціональні розлади шлунково-кишкового тракту зустрічаються прак-

тично в 30 % дорослого населення Європи й є найчастішою причиною абдомінального больового синдрому. Близько 20–50 % цих симптомів можна віднести до проявів синдрому подразненої кишки (СПК) [7]. Сьогодні велику увагу приділяють так званому «синдрому перехрестя» функціональних порушень органів травлення (overlap syndrome) [3, 9, 10], тобто наявності у хворого одночасно двох і більше функціональних розладів [6, 8, 11]. В огляді Міжнародної гастроентерологічної асоціації наводяться наступні дані: функціональна диспепсія (ФД) відзначається в 42–87 % пацієнтів із СПК, а майже в половині хворих із СПК (49 %) виявляються порушення моторики біліарного тракту. Загальна поширеність СПК становить 10–20 % дорослого населення й підлітків та переважно зустрічається в молодих (вік 20–45 років) жінок. Хронічний запор є найпоширенішим гастроінтестинальним симптомом серед європейського населення й діагностується практично в кожного п'ятого залежно від використовуваних діагностичних критеріїв [4]. Переважно молодий вік, психологічні особливості даної категорії хворих і тривалість захворювання підвищують вимоги до ефективності та безпеки призначуваних лікарських засобів.

Мета дослідження – підвищення ефективності лікування СПК в осіб організованої студентської популяції шляхом додаткового призначення в складі комплексної терапії рослинного препарату Іберогаст, що містить екстракт спиртовий зі свіжої рослини іберійки гіркої, спиртові екстракти висушених коренів дягелю, квіток ромашки, плодів кмину, плодів розторопши, листя меліси, листя м'яти перцевої, трави чистотілу, коренів солодки.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні брали участь 305 осіб організованої студентської популяції, у тому числі 181 (59,3 %)

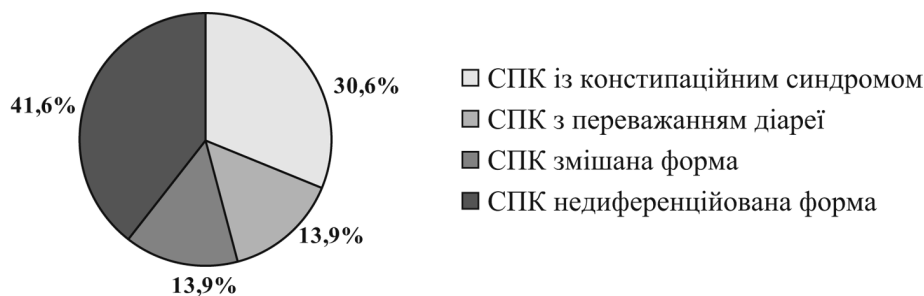


Рис. 1. Частота зустрічальності різних клінічних форм синдрому подразненої кишки серед обстежених студентів ($n = 36$)

жінок та 124 (40,7 %) чоловіків, середній вік яких склав $(20,8 \pm 0,1)$ років, $p < 0,05$. При обстеженні студентів встановлювали основні анамнестичні дані, скарги, результати попередньо проведеного анкетування, клінічні дані, результати лабораторних (клінічний аналіз крові, глюкоза плазми крові натще, загальний білірубін та його фракції, аспаратамінотрансфераза, аланінамінотрансфераза, лужна фосфатаза, амілаза, тимолова проба, загальний холестерин, сумарні антитіла до антигену *H. pylori*) та інструментальних методів дослідження (електрокардіографія, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини з визначенням моторно-евакуаторної функції жовчного міхура), дієтичні рекомендації та лікування. Діагностика «синдрому подразненої кишки» і «функціональної диспепсії» проведена згідно з стандартним протоколом (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2005 р. № 271), діагностичними критеріями Rome Criteria III (2006 р.) і рекомендаціями Всесвітньої Гастроентерологічної Організації (2013 р.). Для оцінки клінічних проявів у обстежених хворих використовували шкалу «Irritable bowel syndrome Severity Scoring System» (IBS-SSS) [5].

На підставі результатів обстеження з числа всіх студентів були виділені дві групи хворих: I – хворі на СПК 6,6 % (20 осіб), II – хворі на «синдром перехрестя» 5,2 % (16 осіб) (пацієнти одночасно мали клінічні прояви СПК і ФД). Серед обстежених у 11 студентів за результатами оцінки моторно-евакуаторної функції жовчного міхура встановлено дискінезію жовчовивідних шляхів (ДЖВШ), 4 з них мали супутній СПК і були віднесені до групи II («синдром перехрестя»). Керуючись Rome Criteria III (2006 р.), було виділено клінічні форми СПК (рис. 1).

Всім пацієнтам із встановленим СПК проводили немедикаментозне лікування, що включало корекцією режиму навчання та відпочинку, адекватне

фізичне навантаження (тривалість фізичних вправ – понад 4 год на 1 тиждень), достатній сон (не менше ніж 8 год на 1 добу), відмову від паління та алкогольних напоїв, достатнє вживання питної води (1,5–2,0 літра на 1 добу). Залежно від призначеного медикаментозного лікування пацієнтів було розподілено на групи, а саме: лікування «А» ($n = 18$) включало комбіновану терапію з призначенням немедикаментозних заходів, дієти lowFODMAPs, фітопрепарату Іберогаст (Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, Дармштадт, Німеччина) і, за потреби, з 4 тижня пантопрозолу в дозі 20 мг 2 рази на 1 добу та ітоприду гідрохлорид у дозі 50 мг 3 рази на 1 добу; лікування «В» ($n = 18$), що відрізнялося відсутністю додаткового призначення фітотерапії. Тривалість лікування склала 8 тижнів. Рандомізацію хворих залежно від схеми терапії проводили методом послідовних номерів [2].

Результати дослідження та їх обговорення

Контрольне оцінювання інтенсивності скарг хворих на СПК проводили на 28 і 56 доби терапії за тими самими принципами, що й при первинному обстеженні (рис. 2).

Всі особи відмічали покращання самопочуття та зниження інтенсивності скарг як на 28 добу лікування – з ($210,1 \pm 11,3$) до ($96,8 \pm 7,2$) бала за шкалою IBS-SSS ($r = 0,776$, $p < 0,001$), так і на 56 добу – до ($35,6 \pm 4,2$) бала ($r = 0,601$, $p < 0,001$).

Видно, що на 28 добу ефективність лікування з додатковим призначенням Іберогасту була вищою при нівелюванні таких скарг, як абдомінальний біль ($p < 0,05$), метеоризм ($p = 0,005$) і вплив на життя ($p > 0,05$).

Оцінка показників сумарного бала IBS-SSS через 4 тижні терапії дозволила встановити певну тенденцію до кращої терапевтичної відповіді в групі хворих, які отримували комплексне лікування за схемою «А»: ($83,6 \pm 8,8$) порівняно з ($110,0 \pm 10,7$) бала IBS-SSS у групі терапії за схемою «В» ($p = 0,066$). Розрахувавши значення динаміки сумарного бала IBS-SSS у відсотках на 28 добу, встановили наявність різниці з високим рівнем достовірності. Так, для пацієнтів, які додатково отримували Іберогаст, сумарний бал IBS-SSS знизився на ($64,9 \pm 2,2$) %, у той час, як у пацієнтів, які отримували терапію без призначення Іберогасту, даний показник був меншим – ($43,3 \pm 2,0$), $p < 0,001$.

З метою оцінки ефективності лікування було проведено кластерний аналіз [1]. За допомогою статистичної програми SPSS 20.0 на першому етапі (тобто на 28 добу лікування) було виділено три кластери хворих залежно від сумарного бала інтенсивності симптомів IBS-SSS і відсотку його динаміки порівняно з даними до старту терапії. Найкраща відповідь на терапію була характерна для кластеру 2 ($n = 14$), а саме сумарний бал IBS-SSS виявився найменшим ($56,8 \pm 5,2$) і за період від

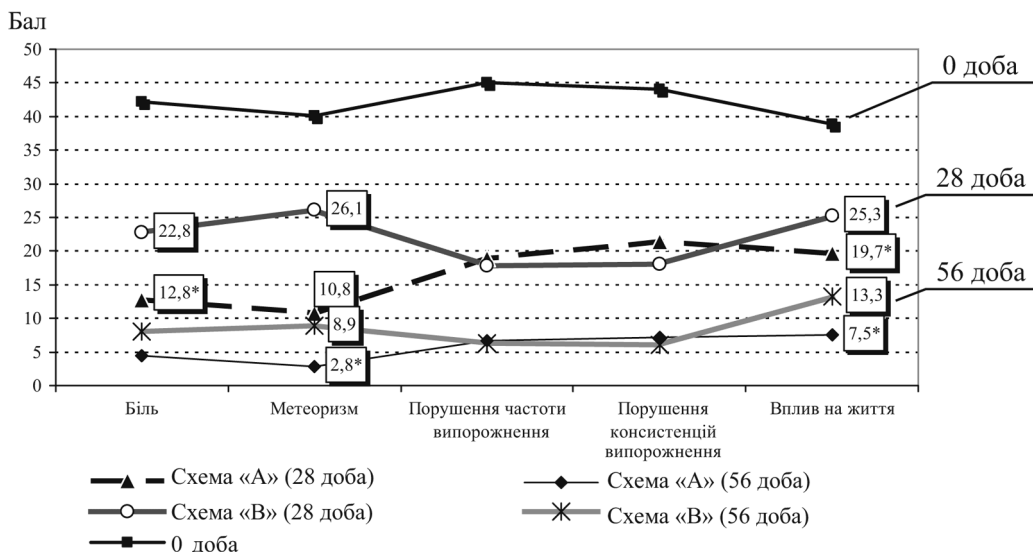


Рис. 2. Оцінка інтенсивності скарг за шкалою IBS-SSS у хворих на синдром подразненої кишки на 56 добу лікування

Примітка. *Достовірність відмінностей порівняно зі схемою терапії «В» ($p < 0,05$)

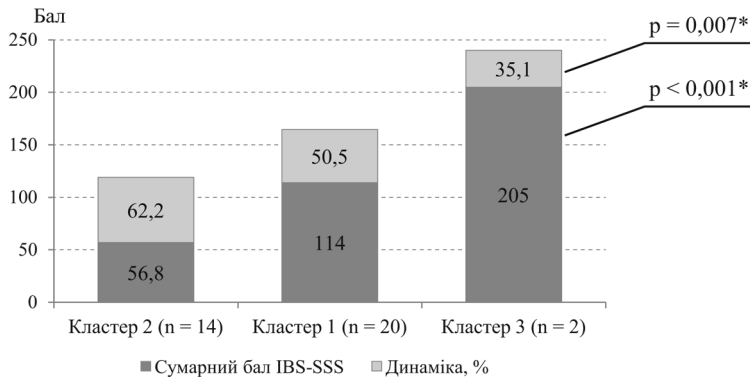


Рис. 3. Характеристики виділених кластерів пацієнтів із синдромом подразненої кишки на 28 добу лікування

Примітка. *Достовірність різниці за критерієм Краскела-Уоллеса для 3 вибірок.

початку лікування до 28 доби знизився на $(62,2 \pm 4,1)$ %. Гіршою була відповідь на терапію у хворих 1 кластеру: сумарний бал IBS-SSS склав $(114,0 \pm 4,5)$, а його динаміка – $(-50,5 \pm 2,2)$ %. До 1 кластеру надійшла більшість хворих на СПК ($n = 20$). Що стосується кластеру 3, то його склали всього 2 пацієнти із найгіршою відповіддю на призначуване лікування: сумарний бал IBS-SSS на 28 добу виявився найвищим – 185 і 225 балів, динаміка – найменшою $(-32,7$ і $37,5)$ % відповідно).

Детальна оцінка складу кожного з кластерів залежно від схеми терапії показала, що до кластеру з кращою ефективністю (2) надійшли 47,4 % всіх осіб, які отримували немедикаментозну терапію й препарат Іберогаст, і 29,4 % осіб, які не приймали Іберогаст. Кластер 1 (з дещо гіршою відповіддю на терапію) уміщував решту осіб групи лікування «А» (52,6 %) і 58,8 % осіб з групи лікування «В». У кластері з найвищими результатами сумарного бала IBS-SSS і гіршими показниками динаміки (3) обидва хворих отримували лікування без призначення препарату Іберогаст (рис. 3).

Наведені вище результати вказують на виявлене достовірне підвищення ефективності лікування тривалістю 4 тижні в осіб молодого віку, хворих на СПК, шляхом додаткового призначення рослинного препарату Іберогаст у дозі 20 крапель 3 рази на 1 добу.

На 56 добу повторне опитування скарг за шкалою IBS-SSS у хворих на СПК мало наступні результати: достовірно виразніші позитивні зміни спостерігали для таких скарг, як метеоризм – $(2,8 \pm 1,1)$ бала для пацієнтів групи лікування «А» порівняно з $(8,9 \pm 1,9)$ бала в

групі лікування «В», $p = 0,009$, і загальний вплив на життя – $(7,5 \pm 2,0)$ і $(13,3 \pm 1,9)$ бала відповідно, $p = 0,041$ (рис. 2). Порівняння сумарного бала IBS-SSS на 56 добу терапії не виявило достовірних відмінностей у досліджуваних групах: у пацієнтів, які додатково отримували Іберогаст, цей показник склав $(28,6 \pm 5,6)$ бала, у хворих, яким призначали тільки немедикаментозне лікування, – $(42,5 \pm 6,0)$, $p = 0,099$. Проте відсоток динаміки сумарних балів IBS-SSS за восьми тижневий курс терапії значно відрізнявся – $(-88,7 \pm 1,8)$ і $(-78,3 \pm 2,3)$ % відповідно, $p = 0,001$. Тобто, додаткове призначення препарату Іберогаст призводило до покращання терапевтичного ефекту в середньому на 10,4 % у хворих на СПК (рис. 4).

У результаті розподілу пацієнтів наприкінці лікування з використанням кластерного аналізу було виділено два кластери. Пацієнти з кращою відповіддю на лікування увійшли до кластеру 2 (середній сумарний бал IBS-SSS – $(23,3 \pm 2,8)$, що на $(88,3 \pm 1,4)$ % нижче, ніж до лікування). Кластер 1 характеризувався гіршими показниками на 56 добу лікування: середній сумарний бал IBS-SSS склав $(67,5 \pm 5,9)$, відсоток зменшення – $(71,2 \pm 1,9)$ % (рис. 5).

До 2 кластеру (ефект терапії кращий) було залучено 84,2 % всіх осіб, які додатково отримували Іберогаст (схема лікування «А») і 58,8 % осіб, які дотримувались тільки немедикаментозних заходів (схема «В»). Стосовно кластеру, що об'єднував пацієнтів із трохи гіршими показниками шкали IBS-SSS наприкінці 8 тижня терапії, то він включав відповідно 15,8 % пацієнтів з групи лікування «А» і 41,2 % – з групи лікування «В».

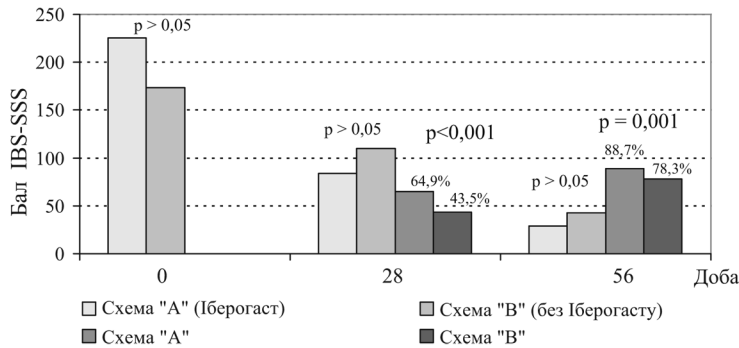


Рис. 4. Сумарний бал за шкалою IBS-SSS і його динаміка у хворих на синдром подразненої кишки залежно від схеми лікування

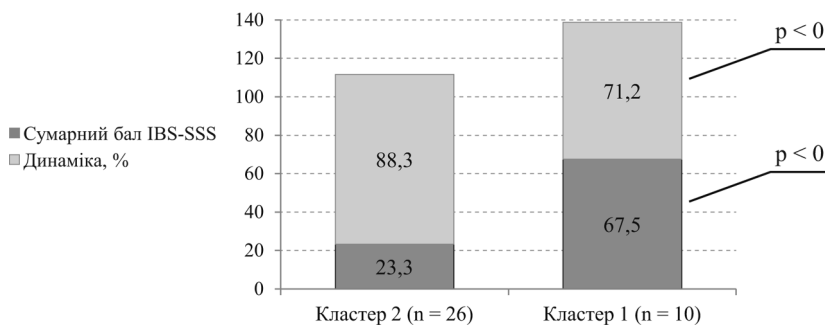


Рис. 5. Характеристики виділених кластерів пацієнтів із синдромом подразненої кишки на 56 добу лікування

Висновки

Таким чином, СПК було виявлено в 11,8 % обстежених осіб, у 44,4 % хворих на СПК встановлено «синдром перехрестя» з ФД. Виявлені особливості відповіді на терапію в пацієнтів із СПК свідчать про виражену ефективність комплексного лікування, що включає призначення фітотерапії на фоні моди-

фікації способу життя та харчування. Додаткове призначення препарату рослинного походження з багатофакторною дією на систему органів травлення – Іберогасту, що проявив власну ефективність вже після 4 тижнів терапії, сприяло більш вираженому нівелюванню клінічних проявів СПК після закінчення восьми тижневого курсу лікування.

Література

1. Боровиков В. Статистика. Искусство анализа данных на компьютере / В. Боровиков. – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – 688 с.: ил.
2. Зосимов А. Н. Доказательное рецензирование медицинских диссертаций / А. Н. Зосимов, Л. К. Пархоменко. – Харьков : Факт, 2008. – 151 с.
3. Синдром «перекреста»: синдром раздраженного кишечника и функциональные расстройства билиарного тракта / М. Ф. Осипенко, В. И. Бут-Гусаим, Н. Б. Волошина [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 5. – С. 21–26.
4. Digesu G. A. Validity of the Rome III Criteria in assessing constipation in women / G. A. Digesu, D. Panayi, N. Kundi [et al.] // Int Urogynecol J. – 2010. – № 21. – P. 1185–1193.

5. Severity in Irritable Bowel Syndrome: A Rome Foundation Working Team Report / D. A. Drossman, L. Chang, N. Bellamy [et al.] // Am J. Gastroenterology. – 2011. – № 106 (10). – P. 1749–1759.

6. Ford A. C. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of irritable bowel syndrome in individuals with dyspepsia / A. C. Ford, A. Marwaha, A. Lim, P. Moayyedi // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2010. – № 8 (5). – P. 401–409.

7. WGO Global Guideline – Coping with common GI symptoms in the community / R. Hunt, E. Quigley [et al.] // World Gastroenterology Organization. – 2013. – P. 1–37.

8. Matsuzaki J. Classification of functional dyspepsia based on concomitant bowel symptoms / J. Matsuzaki, H. Suzuki // Neurogastroenterol Motil. – 2012. – № 24 (4). – P. 325–e164.

9. Overlap of Erosive and Non-erosive Reflux Diseases With Functional Gastrointestinal Disorders According to Rome III Criteria / Y. W. Noh, H. K. Jung, S. E. Kim, S. A. Jung // J Neurogastroenterol Motil. – 2010. – № 16 (2). – P. 148–156.

10. Shadi S. Y. Functional Dyspepsia in Review: Pathophysiology and Challenges in the Diagnosis and Management due to Coexisting Gastroesophageal Reflux

Disease and Irritable Bowel Syndrome / S. Y. Shadi, J. Christie // Gastroenterol Res Pract. – 2013. – ID351086. – P. 1–8.

11. Symptom overlap between postprandial distress and epigastric pain syndromes of the Rome III dyspepsia classification / N. Vakil, K. Halling, L. Ohlsson, B. Wernersson // Am J Gastroenterol. – 2013. – № 108 (5). – P. 767–774.

Несен А. А., Чирва О. В.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ЛИЦ ОРГАНИЗОВАННОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

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

Введение. Студенчество относится к группе повышенного риска развития сочетанной функциональной патологии, что обусловлено комплексом таких неблагоприятных факторов, как постоянное умственное и психоэмоциональное напряжение, информационный стресс, недостаточная материальная обеспеченность, необходимость совмещать учебу с работой, частые нарушения режима труда, отдыха и питания, курение, потребление алкоголя.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения синдрома раздраженного кишечника (СРК) у лиц организованной студенческой популяции путем дополнительного назначения в составе комплексной терапии растительного препарата Иберогаст.

Материалы и методы исследования. Обследовано 305 лиц, в том числе 181 (59,3 %) женщину и 124 (40,7 %) мужчин, средний возраст – (20,8 ± 0,1) лет. Все обследованные были разделены на две группы: I – больные СРК 6,6 % (20 человек), II – больные «синдромом перекреста» функциональных заболеваний органов пищеварения (ФЗОП) 5,2 % (16 человек). Пациентам с СРК проводили немедикаментозное лечение, включавшее модификацию триггерных факторов образа жизни и питания. В зависимости от назначенного медикаментозного лечения пациенты были разделены на группы: лечение «А» (n = 18) – комбинированную терапию с назначением немедикаментозных мероприятий, диеты lowFODMAPs, фитопрепарата Иберогаст и при необходимости с 4 недели – пантопрозол в дозе 20 мг 2 раза в 1 сутки и итоприда гидрохлорид в дозе 50 мг 3 раза в 1 сутки; лечение «В» (n = 18) – отличалось отсутствием дополнительного назначения фитотерапии. Продолжительность лечения составила 8 недель.

Результаты. СРК был выявлен у 11,8 % обследованных лиц, у 44,4% больных СРК установлен «синдром перекреста» ФЗОП. На 28 день лечения все лица отмечали улучшение самочувствия и снижение интенсивности жалоб с (210,1 ± 11,3) до (96,8 ± 7,2) балла по шкале IBS-SSS (r = 0,776, p < 0,001) на 56 день – до (35,6 ± 4,2) балла (r = 0,601, p < 0,001). При оценке показателей суммарного балла IBS-SSS через 4 недели терапии терапевтический ответ у больных в группе лечения «А» был лучше (83,6 ± 8,8) по сравнению с (110,0 ± 10,7) балла IBS-SSS в группе терапии «В» (p = 0,066). У пациентов, дополнительно получавших Иберогаст, суммарный балл IBS-SSS снизился на (64,9 ± 2,2) % (28 день), в то время как у пациентов с лечением «В» данный показатель был значительно меньше – (43,3 ± 2,0) %, p < 0,001. Сравнение суммарного балла IBS-SSS на 56 день терапии не выявило достоверных различий в исследуемых группах. Однако процент динамики суммарных баллов IBS-SSS в течение курса терапии значительно отличался – -(88,7 ± 1,8) в группе лечения «А» и -(78,3 ± 2,3)% в группе лечение «В», p = 0,001.

Выводы. Выявленные особенности ответа на терапию у пациентов с СРК свидетельствуют о выраженной эффективности комплексного лечения, включающего назначение фитотерапии на фоне модификации образа жизни и питания. Дополнительное назначение препарата растительного происхождения с многофакторным действием на систему органов пищеварения – Иберогаста, проявившего свою эффективность уже после 4 недель терапии, способствовало более выраженному нивелированию клинических проявлений СРК после окончания восьминедельного курса лечения.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, «синдром перекреста», клинические проявления, фитотерапия, популяция студентов

Nesen A. O., Chyrva O. V.

PECULIARITIES OF TREATMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN PERSONS OF ORGANIZED STUDENT POPULATION

SI «National institute of therapy named after L. T. Malaya of NAMS of Ukraine», Kharkiv

Introduction. Students are at increased risk of the combined functional pathology, caused by a combination of unfavorable

factors, such as constant mental and emotional stress, informational stress, insufficient material provision, need to combine study with work, frequent violations disturbances in work, rest and nutrition, smoking, alcohol consumption.

Purpose. To increase the effectiveness of treatment of irritable bowel syndrome (IBS) in persons of organized student population by additional prescription of herbal preparation – Iberogast.

Materials and methods. The study was performed on 305 persons (181 (59,3 %) females and 124 (40,7%) males) of mean age (20,8 ± 0,1). All patients were divided into two groups: I – IBS patients, 6,6 % (20 individuals), II – patients with «overlap syndrome» of functional diseases of the digestive system (FDDS) – 5,2 % (16 individuals). Non-pharmacological treatment, including modification of trigger factors of lifestyle and nutrition, was conducted in patients with IBS. Depending on the designated medical treatment, patients were divided into two groups: treatment «A» (n = 18) – combined therapy with prescription of non-drug interventions, diet lowFODMAPs, phytopreparation «Iberogast» and, if necessary, from the 4th week – pantoprazole – 20 mg 2 per day and itopride hydrochloride – 50 mg 3 times a day. The treatment «B» (n = 18) – didn't include herbal medicine. The treatment covered 8 weeks.

Results. IBS was diagnosed in 11,8 % of the examined persons, 44,4 % patients with IBS had an «overlap syndrome» of FDDS. On the 28th day of treatment, all persons noted improvement in health and reducing the intensity of complaints from (210,1 ± 11,3) to (96,8 ± 7,2) points according to the IBS-SSS scale ($r = 0,776$, $p < 0,001$) and on the 56th day – up to (35,6 ± 4,2) points ($r = 0,601$, $p < 0,001$). When evaluating indices of the total IBS-SSS score in patients after 4 weeks of therapy the therapeutic response in group «A» was better (83,6±8,8) comparing with (110,0 ± 10,7) points in group «B» ($p = 0,066$). The total score IBS-SSS decreased by (64,9 ± 2,2) % (28th day) in patients receiving Iberogast, while in patients with «B» treatment this indicator was significantly lower – (43,3 ± 2,0) %, $p < 0,001$. A comparison of the total score IBS-SSS on the 56th day of treatment revealed no significant differences in the studied groups. However, the percentage of the total dynamics of IBS-SSS scores in the course of therapy was significantly different – (88,7 ± 1,8) in group «A» and (78,3 ± 2,3)% in group «B», $p = 0,001$.

Conclusions. The revealed peculiarities in the response to therapy in patients with IBS show pronounced efficiency of the combined treatment, including prescription of herbal medicine, changes in lifestyle and nutrition. Additional prescriptions of herbal medicines with a multifactorial effect on the digestive system – Iberogast, having shown its efficacy already in 4 weeks of therapy, promoted better leveling of clinical manifestations of IBS after the eight-week course of treatment.

Key words: irritable bowel syndrome, «overlap syndrome», clinical manifestations, herbal medicine, population of students

References

1. Borovikov, V. 2003, Statistics. Skill of computer data analysis. SPb. : Piter, 688 p. (in Russian).
2. Zosimov, A. N., Parhomenko, L. K. 2008, Evidence – based review of medical theses. Kh. : Fakt, 151 p. (in Russian).
3. Osipenko, M. F., But-Gusaim, V. I., Voloshina, N. B. 2008, «An «overlap syndrome»: irritable bowel syndrome and functional disorders of the biliary tract», Siberian Medical Journal, no. 5, pp. 21–26 (in Russian).
4. Digesu, G. A., Panayi, D., Kundi, N. 2010, «Validity of the Rome III Criteria in assessing constipation in women», Int Urogynecol J., no. 21, pp. 1185–1193.
5. Drossman, D. A., Chang, L., Bellamy, N. 2011, «Severity in Irritable Bowel Syndrome: A Rome Foundation Working Team Report», Am J. Gastroenterology, no. 106 (10), pp. 1749–1759.
6. Ford, A. C., Marwaha, A., Lim A., Moayyedi P. 2010, «Systematic review and meta-analysis of the prevalence of irritable bowel syndrome in individuals with dyspepsia», Clin Gastroenterol Hepatol, no. 8 (5), pp. 401–409.
7. Hunt, R., Quigley, E. 2013, WGO Global Guideline – Coping with common GI symptoms in the community' World Gastroenterology Organization, pp. 1–37.
8. Matsuzaki, J., Suzuki, H. 2012, «Classification of functional dyspepsia based on concomitant bowel symptoms Neurogastroenterol Motil», no. 24 (4), pp. 325-e164.
9. Noh, Y. W., Jung, H. K., Kim, S. E., Jung, S. A. 2010, «Overlap of erosive and non-erosive reflux diseases with functional gastrointestinal disorders according to Rome III Criteria», J. Neurogastroenterol Motil, no. 16 (2), pp. 148–156.
10. Shadi, S. Y., Christie, J. 2013, «Functional Dyspepsia in Review: Pathophysiology and challenges in the diagnosis and management due to coexisting gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome», Gastroenterol Res Pract., ID351086, pp. 1–8.
11. Vakil, N., Halling, K., Ohlsson, L., Wernersson, B. 2013, «Symptom overlap between postprandial distress and epigastric pain syndromes of the Rome III dyspepsia classification», Am J. Gastroenterol, no. 108 (5), pp. 767–774.

Надійшла: 19.01.2015 р.

Контактна особа: Чирва Ольга Володимирівна, Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України, буд. 2 а, просп. Постишева, м. Харків, 61039. Тел.: + 38 097 362 26 27. Електронна пошта: inside.87@mail.ru