



А. Е. Дорофеев¹, С. М. Ткач², Ю. З. Гуркало¹,
Т. Є. Куглер³, Ю. В. Жигаль¹, Ю. В. Чичула³

¹ Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика, Київ

² Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

³ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Можливості лікування хворих з перехрестом функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника

Мета — вивчити особливості змін кишкового дисбіозу та психоемоційного статусу у хворих з перехрестом функціональної диспепсії (ФД) і синдрому подразненого кишечника (СПК) та оцінити ефективність використання олії м'яти перцевої в лікуванні таких хворих.

Матеріали та методи. Обстежено 92 хворих з перехрестом ФД та СПК, з них 35 (38,0%) чоловіків та 57 (62,0%) жінок. Переважали хворі молодого віку (до 45 років) — 72 (78,3%). У 12 (13,0%) хворих виявлено синдром епігастрального болю, у 21 (22,8%) — постпрандіальний дистрес-синдром, а 59 (64,1%) хворих — змішану форму ФД. У 51 із 59 (86,4%) хворих зі змішаною формою ФД діагностовано СПК з чергуванням запору та діареї. Для вивчення психоемоційного статусу проводили психологічне тестування. Використовували шкалу HADS для виявлення тривожно-депресивних розладів. До та після лікування всі пацієнти заповнювали опитувальники для оцінки якості життя SF-36. Для діагностики стану кишкової мікробіоти визначали наявність синдрому надмірного бактеріального росту за допомогою водневого дихального тесту з навантаженням лактулозою. Для лікування пацієнтів з перехрестом ФД і СПК застосовували препарат олії м'яти перцевої («Капсумен», капсули кишковорозчинні).

Результати. Використання препарату «Капсумен» у комплексному лікуванні пацієнтів з ФД та СПК сприяло швидкому зниженню інтенсивності абдомінального болю ($p < 0,05$). Окрім позитивної клінічної динаміки та зменшення АБ, у хворих виявлено нормалізацію кишкового мікробіому. Частота синдрому надмірного бактеріального росту у пацієнтів, які отримували «Капсумен», статистично значущо знижувалася порівняно з вихідними показниками і статистично значущо не відрізнялась від показників практично здорових осіб. У всіх пацієнтів із ФД та СПК на тлі терапії поліпшувалася якість життя та зменшувались тривожно-депресивні розлади порівняно з показниками до лікування ($p < 0,05$).

Висновки. Продемонстровано ефективність та безпечність використання олії м'яти перцевої у пацієнтів з ФД та СПК. Зареєстровано зменшення частоти виникнення та інтенсивності абдомінального болю, що поєднувалося з позитивним впливом на кишковий мікробіом та нормалізацією якості життя, зменшенням тривожно-депресивних розладів.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, функціональна диспепсія, абдомінальний біль, кишковий мікробіом, олія м'яти перцевої.

Функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) залишаються великим тягарем для системи охорони здоров'я [7]. Згідно з Римськими критеріями IV функціональна диспепсія (ФД) і синдром подразненого кишечника (СПК) є окремими функціональними шлунково-кишковими розладами, але за даними популяційних досліджень, ці стани часто поєднуються [1, 7]. У світі та зокрема в Україні велика поширеність поєднання ФД і СПК. Епідеміологічні дані свідчать про те, що від 13 до

87% пацієнтів з одним із цих діагнозів відповідають критеріям іншого діагнозу [1]. Можливо, існує окрема підгрупа хворих з перехрестом ФД та СПК, які мають генералізоване, а не регіонарне ураження кишечника зі спільними патофізіологічними механізмами.

Визначення ФД відповідно до Римських критеріїв IV призвело до однорідного відбору пацієнтів з більш патофізіологічно відповідними симптомами. Установлено, що наявність СПК не заперечує діагнозу будь-якого функціонального гастроудоденального розладу, що робить оцінку перехресту між ФД та СПК точнішою. Ці

захворювання мають схожі чинники розвитку та патофізіологічні механізми ураження. Затримка спорожнення шлунка, порушення його акомодатції під час прийому їжі при ФД та зміни моторики кишечника при СПК поєднуються з вісцеральною гіперчутливістю. Інфекція *Helicobacter pylori* у пацієнтів з ФД і зміни кишкового мікробіому у хворих із СПК можуть індукувати мікрозапалення у слизових оболонках шлунка та кишечника. Хронічний стрес і психосоціальні чинники призводять до дисфункції центральної нервової системи та формують хибне коло [2, 5, 6].

Найважливішою причиною виникнення функціональної патології ШКТ є хронічний стрес. Шлунково-кишковий тракт особливо чутливий до дії стресових чинників. Стрес може впливати на різні фізіологічні функції ШКТ, зокрема на шлункову секрецію, моторику кишечника, проникність слизових оболонок та їхні бар'єрні функції, вісцеральну чутливість [6]. Останніми роками доведено вплив стресу на кишкову мікробіоту. Бактерії можуть безпосередньо реагувати на стресові сигнали організму господаря, що призводить до модифікації продукції катехоламінів, зміни росту, рухливості та вірулентності умовно-патогенних і облігатних бактерій. Порушення мікробіому характеризуються зміною різноманітності, функції та колоніальної щільності кишкових мікроорганізмів. Дані свідчать про те, що модифікація шлунково-кишкового мікробіому має важливе значення для патофізіології різних функціональних захворювань ШКТ, зокрема СПК і ФД, симптоми яких посилюються при розладах взаємодії осей «мозок — кишечник» та «мозок — шлунок». Наявність синдрому надмірного бактеріального росту (СНБР) у тонкій кишці є маркером порушень кишкового мікробіому, що посилюються при аномальному бактеріальному навантаженні. Синдром виявляється симптомами, які нагадують симптоми ФД і СПК, що свідчить про те, що СНБР є можливою причиною або наслідком функціональних шлунково-кишкових розладів [5].

Через складність патогенезу лікування ФД та СПК залишається проблемою у клінічній практиці. Хоча кілька стратегій лікування ФД, як-от тестування на наявність та ерадикація *H. pylori*, використання інгібіторів протонної помпи, прокінетичних засобів і антидепресантів, показали ефективність, але лише у невеликій частини пацієнтів з ФД. З огляду на різноманіття порушення випорожнення у пацієнтів із СПК, кожен підтип цієї хвороби потребує окремої лікувальної тактики. У пацієнтів з перехрестом ФД та СПК підбір індивідуалізованої терапії є складним

завданням. Тому розробка патогенетичного лікування хворих з перехрестом ФД і СПК на сучасному етапі є актуальною.

Мета дослідження — вивчити особливості змін кишкового дисбіозу та психоемоційного статусу у хворих з перехрестом функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника, оцінити ефективність використання олії м'яти перцевої в лікуванні таких хворих.

Матеріали та методи

Обстежено 92 хворих з перехрестом ФД та СПК, з них 35 (38,0%) чоловіків та 57 (62,0%) жінок. Переважали хворі молодого віку (до 45 років) — 72 (78,3%). Співвідношення жінок та чоловіків у різних вікових групах варіювало від 3,6:1 до 1,7:1, у середньому — 2,4:1, що відповідає даним літератури [2, 6]. Діагноз ФД і СПК встановлено згідно з Римськими критеріями IV [6].

У 12 (13,0%) хворих виявлено синдром епігастрального болю, у 21 (22,8%) — постпрандiальний дистрес-синдром, 59 (64,1%) — мали змішану форму ФД.

У 51 із 59 (86,4%) хворих зі змішаною формою ФД діагностовано СПК з чергуванням запору та діареї. Тому для подальшого дослідження обрано пацієнтів зі змішаною ФД з перехрестом із СПК, серед яких домінували хворі зі змішаним або недиференційованим підтипом СПК. Домінування змішаних форм ФД та СПК при перехресті цих функціональних захворювань, можливо, вказує на важливе значення поєднаних механізмів патогенезу, зокрема стрес-індукованих психологічних змін та порушень кишкового мікробіому.

Абдомінальний біль (АБ) був однією з провідних скарг у пацієнтів з перехрестом ФД та СПК. Хворим пропонували вести щоденник, в якому вони оцінювали інтенсивність АБ у балах (0 — відсутність болю, 1 бал — незначний біль, 2 бали — помірна інтенсивність болю, 3 бали — виразна інтенсивність болю), а також динаміку основних його характеристик, наводили дані про частоту і форму випорожнення, загальне самопочуття, наявність переповнення, дискомфорту в епігастрії.

Для вивчення психоемоційного статусу проводили психологічне тестування. Використовували шкалу HADS [8] для виявлення тривожно-депресивних розладів. Шкала містить 14 тверджень, які оцінюють як дві підшкали: «тривога» (непарні пункти — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) та «депресія» (парні пункти — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Для кожного твердження наведено чотири варіанти відповіді, які відображують градацію інтенсивності ознаки і кодуються за зростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна

виразність). Кожна підшкала може бути розрахована у діапазоні від 0 до 21. Сума балів 8–10 свідчить про субклінічну інтенсивність тривоги або депресії, > 11 балів — про клінічно виразні розлади. Тест має високу чутливість та специфічність (89,2 та 82,5 % відповідно) [8].

До та після лікування всі пацієнти заповнювали опитувальник для оцінки якості життя «MOS 36 — Item Short — Form Health Status Survey» (SF-36). Пункти опитувальника SF-36 згруповано у вісім шкал: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE), психічне здоров'я (MH). Показники кожної шкали оцінювали в балах від 0 до 100, де вища оцінка вказувала на вищий рівень якості життя (ЯЖ). Отримані показники відповідно до методики перераховували у два показники (психічна та фізична компоненти здоров'я), які давали інтегральну оцінку ЯЖ пацієнта. Психологічні тести та оцінювання ЯЖ проведено також у 30 практично здорових осіб, які утворили контрольну групу.

Для діагностики стану кишкової мікробіоти визначали наявність СНБР. Проводили водневий дихальний тест (ВДТ) з навантаженням лактулозою. Використовували газоаналізатор «Gastro» Gastrolyzer (Bedfont Scientific Ltd, Велика Британія). Підготовка до тесту передбачала відсутність прийому антибактеріальних препаратів протягом 4 тиж до дослідження, проносних засобів, проведення іригографії, фіброколоноскопії за тиждень до дослідження. Заборонялося вживання вершкового масла або рослинної олії, маргарину, спецій, кави, чаю, солодких газованих напоїв та мінеральної води з газом напередодні дослідження. Вечеря лише з відварного рису та курки без спецій не пізніше ніж за 12 год до проведення дослідження, відмова від споживання води, прийому препаратів за 12 год до дослідження, куріння та користування зубною пастою і жувальною гумкою за 2 год до проведення дослідження.

До початку проведення тесту хворий перебував у положенні сидячи протягом хвилини. Починали ВДТ з вимірювання базального рівня водню натще. Для цього пацієнт затримував подих на 15 с, потім виконував повільний видих в апарат (1-й замір). ВДТ з навантаженням лактулозою проводили із розрахунку 1 г лактулози на 1 кг маси тіла (не більше ніж 25 г), розчиненої у 10 мл теплої води на 1 кг маси тіла, але не більше ніж 250 мл. Рівень водню вимірювали до навантаження (базальний рівень) та через кожні 15 хв (4 рази),

потім через кожні 30 хв (4 рази) протягом 3 год. Позитивним результатом дихального тесту з лактулозою вважали збільшення концентрації водню більше ніж на 20 ppm порівняно з базальним. При збільшенні рівня водню від 10 до 20 ppm результат тесту вважали умовно позитивним.

Оцінювання клінічних змін, інтенсивності болювого синдрому, психологічного статусу, ЯЖ та наявності СНБР проводили до та після терапії.

Для лікування пацієнтів з перехрестом ФД та СПК застосовували препарат олії м'яти перцевої (кишковорозчинні капсули «Капсумен» виробництва ТОВ «Омніфарма», Україна). Окрім прямої блокувальної дії на кальцієві канали в гладеньких м'язах, L-ментол нормалізує вісцеральну чутливість за рахунок підвищення порогу больової чутливості завдяки блокаді натрієвих каналів і активації TRPM8-рецепторів у периферичних ноцицептивних нейронах [3]. Запуск TRPM8-рецепторів сприяє зменшенню больових відчуттів за рахунок активації антиноцицептивної центральної нервової системи (системи, що регулює сприйняття болю) та посилення продукції ендогенних опіоїдних пептидів. Такий ефект разом з активацією ГАМК-рецепторів у периферичних нейронах посилює седативну і анксиолітичну дію препарату олії м'яти перцевої. Крім того, L-ментол, ключовий компонент цієї олії, має антибактеріальну активність за рахунок проникнення крізь мембрану бактеріальної клітини з порушенням її цілісності. Це у поєднанні із пригніченням вивільнення гістаміну з опасистих клітин сприяє протизапальній активності з індукцією синтезу інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та зниженням продукції прозапальних медіаторів (фактор некрозу пухлини α , ІЛ-6) [4].

Пацієнтів зі змішаною формою ФД та перехрестом із СПК розподілили на дві групи. Перша група (n = 30) отримувала «Капсумен» по 1 капсулі тричі на добу у поєднанні з інгібіторами протонної помпи протягом 4 тиж. Хворим дозволяли приймати прокінетик, якщо вони відчували тяжкість та переповнення в епігастральній зоні після їди. Решта пацієнтів отримували 4-тижневу базисну терапію: інгібітор протонної помпи та прокінетик разом зі спазмолітиком.

Результати та обговорення

Клінічна картина ФД та СПК в обстежених хворих була класичною та не відрізнялась від даних літератури [2, 6]. Оскільки провідною скаргою у пацієнтів був АБ, проаналізовано його характеристики: локалізація виразнішого болю, інтенсивність, зв'язок з прийомом їжі та дефекацією тощо.

Найчастішою локалізацією інтенсивного АБ у хворих на ФД із СПК був епігастрій (у 37 (62,7%) пацієнтів, $p < 0,05$). Біль по ходу кишечника виявлено в усіх хворих, але максимально інтенсивним порівняно з АБ іншої локалізації він був лише у 8 (13,6%) пацієнтів. Більшість хворих (40 (67,8%), $p < 0,01$) скаржилися на незначну інтенсивність болю, помірну інтенсивність зафіксували у 16 (27,2%) пацієнтів, біль значної інтенсивності – у 3 (5,0%). Для більшості чоловіків був характерним слабкий біль, тоді як у жінок частіше траплявся помірний біль. Інтенсивний біль зареєстровано лише у жінок.

Деталізація характеру АБ виявила, що практично всі пацієнти мали три варіанти болю: тупий (ниючий), спастичний та гострий (ріжучий) АБ. У деяких хворих у різних локалізаціях були різні варіанти АБ. Тупий біль був найчастішим (у 41 (69,5%) хворих, $p < 0,01$), спастичний і гострий АБ траплялися рідше (у 13 (22,0%) та 5 (8,5%) пацієнтів відповідно). Найчастіше виникнення болю було пов'язане з дефекацією (у 50 (84,7%) хворих) або прийомом їжі (у 35 (59,3%)). Обидва чинники призводили до виникнення болю майже у половини пацієнтів із ФД та СПК (29 (49,1%)).

На тлі клінічних змін у 38 (64,4%) пацієнтів діагностовано СНБР (рис. 1). Наявність СНБР впливала на інтенсивність АБ. У всіх пацієнтів з інтенсивним АБ та у 14 із 16 (87,5%) хворих з помірним АБ встановлено наявність СНБР. Серед 40 пацієнтів із ФД та СПК, які мали незначний АБ, СНБР діагностований лише у 20 (50,0%).

Інтенсивність СНБР у хворих із ФД та СПК до лікування була високою (табл. 1).

До лікування рівень водню після навантаження лактулозою у пацієнтів із ФД та СПК статистично значущо перевищував норму ($p < 0,05$). Інтенсивність СНБР у пацієнтів із ФД та СПК була майже вдвічі вищою, ніж у здорових осіб. Наявність СНБР високої інтенсивності з підвищенням рівня водню може свідчити не лише про наявність дисбіотичних змін у цих хворих, а й про модифікацію метаболічної активності кишкової флори з розвитком дисбалансу у бік збільшення анаеробних бактерій, що може створювати підґрунтя для формування мікрозапалення у слизовій оболонці кишечника та формувати феномен вісцеральної гіперчутливості.

Таким чином, у пацієнтів із ФД та СПК виявлено АБ різної локалізації (як в епігастрії, так і по ходу кишечника), переважно тупий, незначної інтенсивності. Крім того, у 64,4% цих хворих діагностовано СНБР.

Клінічні симптоми впливали на психоемоційний стан хворих. За результатами тестування

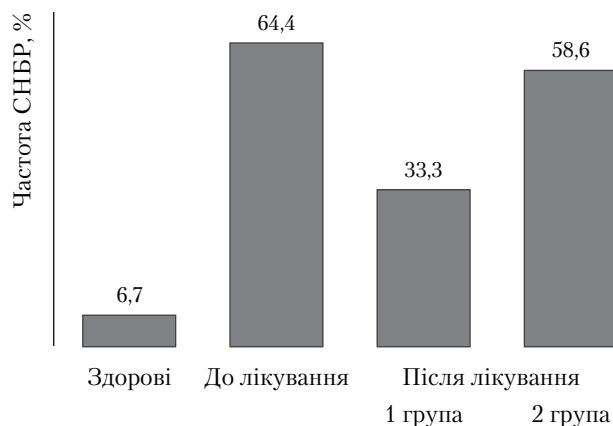


Рис. 1. Частота синдрому надмірного бактеріального росту у хворих із поєднанням функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника до і після лікування

Таблиця 1. Інтенсивність синдрому надмірного бактеріального росту у хворих із поєднанням функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника до і після терапії (за водневим дихальним тестом)

Група	Концентрація водню, ppm	
Здорові особи (n = 30)	16,9 ± 1,5	
До лікування (n = 59)	29,9 ± 2,9*	
Після лікування	1 група (n = 30)	21,1 ± 2,0#
	2 група (n = 29)	25,2 ± 3,1*

Примітка. * Статистично значуща різниця щодо здорових осіб ($p < 0,05$).

Статистично значуща різниця щодо показника до лікування ($p < 0,05$).

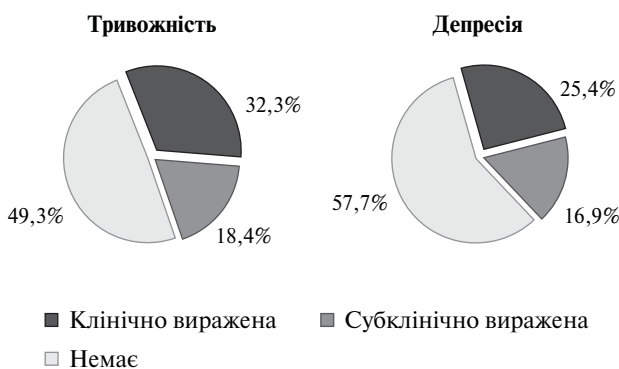


Рис. 2. Частота тривожності та депресії у хворих із поєднанням функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника до терапії

до терапії симптоми тривоги та депресії одночасно мали місце у 23 (39,0%) пацієнтів із ФД та СПК, що значно частіше, ніж серед здорових осіб (2 (6,67%), $p < 0,03$). Симптоми тривоги зареєстровано більше ніж у половини пацієнтів із ФД та СПК (30 (50,8%)) (рис. 2). Середній бал тривоги у хворих був вищим, ніж у здорових осіб (7,98 та 4,17 бала відповідно, $p < 0,01$).

Депресію виявлено у 25 (42,3%) пацієнтів із ФД та СПК (див. рис. 2). Середній бал депресії у хворих був удвічі вищим, ніж у здорових осіб (6,94 і 3,40 бала відповідно, $p < 0,01$).

Таким чином, за даними шкали HADS, до лікування тривогу зафіксовано у кожного другого хворого на ФД та СПК, а депресію — менше ніж у половини.

У всіх хворих на ФД та СПК до лікування виявлено зниження ЯЖ за рахунок показників як фізичного здоров'я, так і емоціонально-психологічних. Порівняно зі здоровими особами у них були нижчі середні показники PF, RP, VT, SF, MH. Менше значення показника BP у пацієнтів з поєднанням ФД та СПК ((50,12 ± 9,47) і (60,77 ± 7,59) бала, $p < 0,01$) свідчило про вплив АБ на ЯЖ. Показник GH у хворих на ФД із СПК був найнижчим із досліджених показників ((35,93 ± 4,44) та (50,45 ± 4,82) бала, $p < 0,001$). У хворих показник RE найменше відрізнявся від показника здорових осіб ((42,82 ± 7,09) і (49,88 ± 3,49) бала, $p < 0,1$). Показник PCS у хворих на ФД із СПК до лікування становив у середньому (45,79 ± 7,84) бала, а показник MCS — (40,96 ± 8,15) бала.

Наявність тривожно-депресивних розладів у хворих на ФД із СПК суттєво впливала на ЯЖ (табл. 2).

У хворих на ФД із СПК та наявністю тривожного синдрому були нижчими показники PF, VT і MH порівняно з пацієнтами без наявності тривожності. Показники RE, SF і GH були знижені та практично однакові у хворих на ФД і СПК з тривожністю або депресією. Показники RP і BP у пацієнтів з ФД та СПК з тривожним синдромом були найнижчими порівняно з іншими підгрупами хворих. У пацієнтів з наявністю депресії зафіксовано найнижчі показники PF, VT і MH.

Показники PCS і MCS у хворих на ФД та СПК з наявністю тривоги були значно меншими, ніж у контрольній групі та у пацієнтів без тривожного синдрому, а найнижчими — у хворих з депресією.

Таким чином, до лікування в обстежених пацієнтів була статистично значущо знижена ЯЖ. Тривожно-депресивні стани суттєво знижують ЯЖ таких хворих, а їхня корекція може бути маркером ефективності терапії.

Після терапії стан хворих в обох групах поліпшився, але динаміка симптомів на тлі різних схем лікування відрізнялась. У хворих, що отримували «Капсумен», зниження інтенсивності АБ було швидшим, ніж у пацієнтів 2-ї групи. Уже на 14-й день терапії інтенсивність АБ в 1-й групі була нижчою, ніж у хворих 2-ї групи ((0,91 ± 0,09) та (1,18 ± 0,11) бала, рис. 3), а на 28-й день лікування — статистично значущо меншою ($p < 0,05$).

Таблиця 2. Якість життя у хворих із поєднанням функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника з тривожно-депресивними розладами та без них

SF-36	Здорові особи	Тривожність		Депресія	
		Немає	Є	Немає	Є
PF	53,33 ± 2,02	46,96 ± 5,61**	43,77 ± 6,57***	47,74 ± 5,62*	42,09 ± 5,71****
RP	53,98 ± 7,59	45,52 ± 7,74**	41,20 ± 5,40***	45,84 ± 7,42**	42,12 ± 4,79****
BP	60,77 ± 7,59	52,11 ± 10,3*	48,17 ± 8,25***	51,07 ± 10,06**	48,83 ± 8,58***
GH	50,45 ± 4,82	41,46 ± 6,32**	38,44 ± 3,96****	40,78 ± 6,16**	38,77 ± 4,09***
VT	55,08 ± 4,56	49,17 ± 5,57*	44,93 ± 6,45***	49,68 ± 5,93*	43,40 ± 5,05****
SF	53,80 ± 2,67	47,29 ± 7,93*	41,93 ± 7,06****	46,86 ± 7,60*	41,47 ± 7,38****
RE	49,88 ± 3,49	44,28 ± 4,78*	37,45 ± 7,39****	43,47 ± 6,19**	37,22 ± 6,70****
MH	51,17 ± 6,73	45,58 ± 5,92*	37,95 ± 7,12****	44,76 ± 6,24*	37,59 ± 7,29****
PCS	57,46 ± 2,49	47,35 ± 9,08**	44,27 ± 6,13***	47,51 ± 8,95**	43,45 ± 5,27****
MCS	52,09 ± 5,47	45,58 ± 6,04*	36,45 ± 7,42****	44,53 ± 6,80*	36,11 ± 7,35****

Примітка. * Статистично значуща різниця щодо здорових осіб: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

* Статистично значуща різниця щодо пацієнтів без тривожності/депресії: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

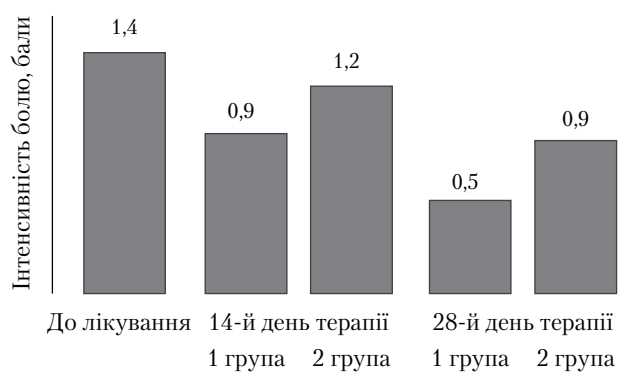


Рис. 3. Інтенсивність абдомінального болю у хворих із поєднанням функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника до та після лікування

У пацієнтів із ФД та СПК, які отримували «Капсумен», вже на 14-й день лікування АБ будь-якої локалізації був відсутній у 8 (26,7%) випадках, тоді як у пацієнтів 2-ї групи — лише у 3 (10,3%). Після 4 тиж лікування у 1-ї групи наявність легкого АБ без чіткої локалізації відзначали 6 (20,0%) хворих, у 2-ї групі — 12 (34,5%) ($p < 0,05$).

Використання препарату «Капсумен» у комплексному лікуванні пацієнтів з ФД та СПК, окрім позитивної клінічної динаміки та зменшення АБ, сприяло нормалізації кишкового мікробіому. Частота СНБР у пацієнтів, які отримували «Капсумен», статистично значущо знижувалась. Порушення мікробіому виявлено лише у 10 (33,3%) хворих, тоді як у пацієнтів 2-ї групи частота СНБР практично не відрізнялась від такої до терапії ($p < 0,05$). Інтенсивність СНБР у пацієнтів на тлі застосування препарату «Капсумен» також статистично значущо знижувалась порівняно з вихідними показниками і статистично значущо не відрізнялась від показників практично здорових осіб (див. табл. 1). У пацієнтів групи порівняння спостерігали лише тенденцію до зменшення інтенсивності СНБР після лікування.

У хворих обох груп відзначено тенденцію до нормалізації психоемоційного стану (табл. 3).

У всіх пацієнтів із ФД та СПК на тлі терапії підвищувалась ЯЖ та зменшувались тривожно-депресивні розлади, але у хворих, які отримували в комплексному лікуванні «Капсумен», позитивна динаміка була виразнішою. На тлі терапії у пацієнтів 1-ї групи показник PCS статистично

Таблиця 3. Якість життя та показники тривожно-депресивних розладів у хворих із поєднанням функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника до та після терапії

Показник	До лікування	Після лікування	
		1-ша група	2-га група
SF-36			
PCS	45,79 ± 7,84	56,46 ± 5,59*	48,80 ± 5,49#
MCS	40,96 ± 8,15	51,09 ± 8,17*	47,89 ± 6,07*
HADS			
Тривожність	7,96 ± 3,27	5,04 ± 3,73*	5,88 ± 2,93*#
Депресія	6,88 ± 3,03	4,16 ± 3,17*	5,18 ± 2,97*#

Примітка. * Статистично значуща різниця щодо показника до лікування ($p < 0,05$).

Статистично значуща різниця щодо 1-ї групи ($p < 0,05$).

значущо підвищувався ($p < 0,05$), тоді як у групі порівняння спостерігалось лише нестатистично значуще підвищення PCS. Після застосування комплексної терапії в обох групах зростав показник MCS ((51,09 ± 8,17) бала, $p < 0,05$). Інтенсивність тривоги зменшувалась у пацієнтів обох груп, але більше — у тих, хто отримував «Капсумен». Депресія також знижувалась інтенсивніше у пацієнтів 1-ї групи ($p < 0,05$).

Побічних дій та скарг на переносність прийому препарату «Капсумен» не виявлено в жодного хворого.

Висновки

Продемонстровано ефективність та безпечність використання препарату «Капсумен» у пацієнтів з ФД та СПК. При застосуванні препарату в комплексному лікуванні зареєстровано статистично значуще зменшення частоти виникнення та інтенсивності АБ, позитивний вплив на кишковий мікробіом, зменшення частоти та інтенсивності СНБР. Позитивні клінічні та мікробіологічні зміни сприяли нормалізації ЯЖ та мінімізації тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з перехрестом ФД та СПК.

Препарат «Капсумен» може бути рекомендований для застосування у комплексній терапії хворих з перехрестом ФД та СПК.

Роботу виконано за підтримки ТОВ «Омніфарма».

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, редагування — А. Е. Д., С. М. Т.;

збір та обробка матеріалу — А. Е. Д., С. М. Т., Ю. З. Г., Т. Є. К., Ю. В. Ж., Ю. В. Ч.;

статистичне опрацювання даних — Ю. З. Г., Ю. В. Ж., Ю. В. Ч.;

написання тексту — А. Е. Д., С. М. Т., Ю. З. Г.

Список літератури

- Choi YJ, Kim N, Yoon H et al. Overlap between irritable bowel syndrome and functional dyspepsia including subtype analyses. *J Gastroenterol Hepatol.* 2017 Sep;32(9):1553-61. doi: 10.1111/jgh.13756.
- Fang YJ, Liou JM, Chen CC et al. Taiwan Gastrointestinal Disease and Helicobacter Consortium. Distinct aetiopathogenesis in subgroups of functional dyspepsia according to the Rome III criteria. *Gut.* 2015 Oct;64(10):1517-28. doi: 10.1136/gutjnl-2014-308114.
- Gaudio C, Hao J, Martin-Eauclaire MF et al. Menthol pain relief through cumulative inactivation of voltage-gated sodium channels. *Pain.* 2012;153(2):473-84.
- Samber N, Khan A, Varma A, Manzoor N. Synergistic anticandidal activity and mode of action of Mentha piperita essential oil and its major components. *Pharm Biol.* 2015;53(10):1496-504.
- Shah A, Talley NJ, Holtmann G. Current and future approaches for diagnosing small intestinal dysbiosis in patients with symptoms of functional dyspepsia. *Front Neurosci.* 2022 May 6;16:830356. doi: 10.3389/fnins.2022.830356.
- Tack J, Talley NJ, Camilleri M et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1466-79.
- Von Wulffen M, Talley NJ, Hammer J et al. Overlap of irritable bowel syndrome and functional dyspepsia in the clinical setting: prevalence and risk factors. *Dig Dis Sci.* 2019 Feb;64(2):480-6. doi: 10.1007/s10620-018-5343-6.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.

A. E. Dorofeyev¹, S. M. Tkach², Y. Z. Gurkalo¹, T. E. Kugler³, Y. V. Zhigal¹, Y. V. Chichula³

¹ Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

² Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

³ Bogomolets National Medical University, Kyiv

Treatment options for patients with overlap of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome

Objective – to study the characteristics of changes in intestinal dysbiosis and psychoemotional status in patients with overlap of functional dyspepsia (FD) and irritable bowel syndrome (IBS) and to evaluate the efficacy of peppermint oil application in the treatment of such patients.

Materials and methods. Examinations involved 92 patients with overlap of FD and IBS, from them 35 (38.0%) men and 57 (62.0%) women. Young patients (up to 45 years old) prevailed: 72 subjects (78.3%). Epigastric pain syndrome was detected in 12 (13.0%) patients, postprandial distress syndrome in 21 (22.8%) patients, and 59 (64.1%) patients had a mixed FD form. IBS with alternating constipation and diarrhea was diagnosed in 51 out of 59 (86.4%) patients with the mixed FD form. Psychological testing was conducted to assess the psychoemotional status. The HADS scale was used to detect anxiety-depressive disorders. Before and after treatment, all patients completed the SF-36 quality of life (QoL) questionnaires. To diagnose the condition of the intestinal microbiota, presence of bacterial intestinal overgrowth syndrome (SIBO) was determined with the use of a hydrogen breath test with lactulose loading.

Results. The use of the drug «Capsumen» in the complex treatment of patients with FD and IBS contributed to a rapid decrease in the intensity of abdominal pain (AP) ($p < 0.05$). In addition to positive clinical dynamics and AP relief, normalization of the intestinal microbiome was found in the patients. The SIBO frequency in patients who received «Capsumen» significantly decreased compared to the initial indexes and did not significantly differ from the data of healthy individuals. In all patients with FD and IBS, on the background of therapy, quality of life increased and anxiety-depressive disorders decreased, compared to the data before treatment ($p < 0.05$).

Conclusions. The use of peppermint oil in patients with FD and IBS demonstrated to be efficient and safe. The decrease in the abdominal pain frequency and intensity has been registered, in combination with the positive effects on the intestinal microbiome and normalization of quality of life, and minimizing anxiety-depressive disorders.

Keywords: irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, abdominal pain, gut microbiome, peppermint oil. □

Контактна інформація

Дорофеев Андрей Едуардович, д. мед. н., проф. кафедри терапії
01030, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 17. E-mail: dorofeyevand@gmail.com.
<http://orcid.org/0000-0002-2631-8733>

Стаття надійшла до редакції 18.11.2022 р.; рекомендована до опублікування 11.01.2023 р.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

Дорофеев АЕ, Ткач СМ, Гуркало ЮЗ, Куглер ТЕ, Жигаль ЮВ, Чичула ЮВ. Возможности лікування хворих з перехрестом функціональної диспепсії та синдрому подразненого кишечника. *Сучасна гастроентерологія.* 2023;1:32-38. <http://doi.org/10.30978/MG-2023-1-32>.

Дорофеев АЕ, Ткач СМ, Гуркало ЮЗ, Куглер ТЕ, Жигаль ЮВ, Чичула ЮВ. Treatment options for patients with overlap of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. *Modern Gastroenterology (Ukraine).* 2023;1:32-38. <http://doi.org/10.30978/MG-2023-1-32>. Ukrainian.