



І. В. Корендович, А. С. Свінціцький, К. М. Ревенок
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в комплексній терапії функціональної диспепсії

Мета — оцінити ефективність застосування селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніну — есциталопраму при лікуванні хворих із синдромом функціональної диспепсії.

Матеріали та методи. В рандомізоване двохцентрове дослідження було залучено 122 пацієнти з підтвердженим діагнозом функціональної диспепсії згідно з Римськими критеріями III (2006). Після проведення рандомізації було сформовано дві групи пацієнтів: перша група отримувала антигелікобактерну терапію (АГТ) + есциталопрам ($n=61$), друга — лише АГТ ($n=61$). Ефективність застосування схем оцінювали на 14-ту добу та через 1 міс від початку лікування.

Результати. Аналіз результатів лікування на 14-й день виявив достовірне ($p=0,03$) зменшення в обох групах таких симптомів диспепсії, як тяжкість після прийому їжі і біль в епігастральній ділянці. Однак протягом наступних 2 тиж рецидив симптомів диспепсії настав у значної частки пацієнтів, які отримували лише АГТ ($p<0,0001$). При порівнянні рівнів тривожності та депресії до і після лікування виявлено достовірне ($p<0,001$) зменшення рівня як тривожності, так і депресії в групі АГТ + есциталопрам. У цій групі достовірно ($p<0,05$) частіше реєстрували поліпшення якості життя пацієнтів у сферах фізичного і психологічного здоров'я та соціальних відносин.

Висновки. Отримані результати свідчать про те, що додавання селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніну до схеми лікування функціональної диспепсії сприяє швидшій і тривалішій регресії симптомів, поліпшенню психологічного здоров'я та якості життя пацієнтів.

Ключові слова: функціональна диспепсія, селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну, тривога, депресія, якість життя.

Функціональну диспепсію (ФД) розглядають як біопсихосоціальне порушення, яке включає порушення гастродуоденальної моторики, підвищення вісцеральної чутливості та можливі зміни з боку центральної нервової системи [5]. Проведені клінічні дослідження повністю не вирішили питання лікування ФД. Більшість оглядів літератури свідчать про можливість позитивного впливу антисекреторних препаратів та прокінетиків на перебіг ФД. Триває дискусія про роль *Helicobacter pylori* в розвитку ФД. Хоча численні епідеміологічні дослідження виявили вищу поширеність інфекції *H. pylori* серед пацієнтів з ФД, при аналізі результатів лікування отримано суперечливі дані.

Згідно з консенсусом Маастрихт IV (2010) антигелікобактерна терапія (АГТ) достовірно зменшує симптоми лише в одного з 10 пацієнтів з ФД [11].

Психотропні препарати, зокрема антидепресанти, використовують у лікуванні ФД з таких причин: 1) вони зменшують прояви психологічних порушень, зокрема тривоги і депресії, які, як вважають, можуть посилювати симптоми розладу; 2) вони мають центральний знеболювальний ефект [10], зменшують афективне збудження і нормалізують сон; 3) вони мають локальний фармакологічний вплив на верхні відділи шлунково-кишкового тракту (ШКТ), зокрема на шлункову акомодацию [14, 15].

Мета дослідження — оцінити ефективність застосування селективного інгібітора зворотного

захоплення серотоніну — есциталопраму при лікуванні хворих з функціональною диспепсією.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на базах третинної ланки медичної допомоги: ДЗ «Республіканська клінічна лікарня Міністерства охорони здоров'я України» і Універсальна клініка «Оберіг» протягом трьох років (2011—2013). У нього залучено пацієнтів віком від 18 до 55 років з диспепсичними симптомами. Критерії включення в дослідження: наявність ФД згідно з Римськими критеріями III (2006). Критерії виключення: «симптоми тривоги», задокументоване органічне захворювання стравоходу (езофагіт, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, стравохід Барретта, аденокарцинома) або шлунка (ерозивні зміни, пептична виразка, рак), вживання нестероїдних протизапальних препаратів, наркотичних речовин та алкоголю у великій кількості протягом останнього року, стан після оперативного втручання на органах ШКТ (наприклад, холецистектомія, резекція шлунка), супутні ендокринопатії, великі депресивні розлади та використання антидепресантів в анамнезі. Після закінчення періоду скринінгу в дослідження було залучено 122 пацієнти. Після підписання інформованої згоди було проведено рандомізацію. Всі пацієнти були протестовані на наявність *H. pylori* за допомогою двох методів (швидкий уреазний тест і морфологічне дослідження біоптатів слизової оболонки шлунка).

Для оцінки психологічного стану використовували валідизовані шкали тривоги та депресії Гамільтона, оскільки ці шкали були розроблені для оцінки ефективності антидепресантів. Аналіз результатів проводили до та після лікування. Шкали оцінки депресії і тривоги Гамільтона заповнював лікар під час проведення клінічного інтерв'ю. Шкала оцінки депресії Гамільтона містить 21 пункт; сумарний бал визначають за першими 17 пунктами, дев'ять з яких оцінюються від 0 до 4 балів, а решта — від 0 до 2 балів. Чотири останніх пункти використовують для оцінки додаткових симптомів і типів депресії. Ці бали не враховуються при розрахунку сумарного балу шкали. Шкала оцінки тривоги Гамільтона містить 14 пунктів, кожен з яких оцінюють за шкалою Лайкерта. 13 пунктів стосуються виявів тривоги в житті, 14-й — вияву тривоги під час огляду. Перші шість пунктів можуть бути оцінені окремо як вияви тривоги у сфері психіки, а решта — як вияви тривоги в соматичній сфері.

Якість життя оцінювали за допомогою валідизованого короткого опитувальника ВООЗ

(WHOQOL-BREF). Він містить 26 пунктів, які оцінюють фізичне та психологічне здоров'я, соціальні відносини і ставлення до середовища проживання. Цей опитувальник є скороченою версією однойменної методики, яка містить 100 запитань. Пацієнту пропонувалося відповісти на запитання, що відображають «наскільки», «як повністю», «як часто», «як добре» або «наскільки задоволеним» він почувався протягом останніх 2 тиж. В основі опитувальника лежить 5-бальна інтервальна шкала Лайкерта. Кожну зі сфер оцінювали в балах від одного до п'яти. Отриманий «сирий» показник за допомогою ключа переводили у відповідний бал за шкалою від 0 до 100, для того щоб провести порівняння між сферами, які містять різну кількість елементів. Результат вважали недійсним, якщо 20 % відповідей на запитання або більше були відсутні.

Після рандомізації 61 пацієнту, залученому до першої групи, було призначено АГТ із застосуванням потрібної або 4-компонентної схеми згідно з Маастрихтським консенсусом IV (2010) (інгібітор протонної помпи у стандартному дозуванні двічі на добу + амоксицилін у дозі 1000 мг двічі на добу + кларитроміцин у дозі 500 мг двічі на добу та вісмуту субцитрат у дозі 120 мг 4 рази на добу у разі 4-компонентної схеми за 30 хв до прийому їжі протягом десяти днів) та есциталопрам за схемою: початкова доза — 5 мг/добу протягом перших 2 тиж лікування. Залежно від індивідуальної реакції пацієнта дозу можна було підвищити до 10 мг/добу. У разі припинення лікування дозу поступово зменшували протягом 1—2 тиж, щоб уникнути синдрому відміни. Пацієнти другої групи (n = 61) отримували лише АГТ згідно з Маастрихтським консенсусом IV. За відсутності *H. pylori*-інфекції пацієнти обох груп отримували інгібітор протонної помпи у стандартному дозуванні двічі на добу замість АГТ. Ефективність застосування схем оцінювали на 14-ту добу та через 1 міс після початку лікування ФД.

Статистична обробка даних. З огляду на те, що дослідження проведено на вибірковій сукупності, для характеристики статистичних параметрів та їх оцінки для генеральної сукупності пацієнтів розраховували середню похибку показників (m). Для оцінки статистичної значущості різниці між групами використовували t-критерій для порівняння частотних характеристик і середніх величин. Для окремих показників було проведено оцінку значущості різниці між показниками за критерієм z, розрахунок відношення шансів (ВШ), їх довірчих інтервалів (ДІ) на рівні не нижче за 95 % і критерію достовірності p при за-

даному граничному рівні похибки не вище за 5 % ($p < 0,05$). Такий методичний підхід забезпечив достатній рівень статистичної потужності дослідження (не нижче 80 %). Статистичну обробку проводили з використанням пакетів статистичних програм Stata 11 та Statistica 6.

Результати

H. pylori було виявлено у 107 (87,7 %) пацієнтів (табл. 1).

Аналіз результатів лікування на 14-ту добу (табл. 2) виявив достовірне зменшення симптомів диспепсії, таких як відчуття тяжкості після

прийому їжі і болю в епігастральній ділянці, в обох групах (у 1-й — у 6 (90,2 %), у 2-й — у 15 (75,4 %) пацієнтів; $p = 0,03$). Однак протягом наступних 2 тиж рецидив симптомів диспепсії настав більше ніж у половини пацієнтів 2-ї групи (у 1-й групі — у 4 (6,5 %), у 2-й — у 32 (52,4 %) пацієнтів; $p < 0,0001$).

При порівнянні рівня тривоги та депресії до і після лікування виявлено достовірне зменшення його в 1-й групі порівняно з 2-ю ($p < 0,001$) (табл. 3). Так, до лікування, згідно з опитувальниками Гамільтона, наявність депресивного стану зафіксовано у 41 (67,2 %) пацієнта 1-ї групи та у 42 (68,8 %) — 2-ї. На 30-ту добу депресивний стан зареєстровано у 16 (26,3 %) та 37 (60,7 %) пацієнтів відповідно. Тривожний стан різного ступеня вираженості до лікування було виявлено відповідно у 46 (75,4 %) та 47 (77,1 %) пацієнтів, на 30-ту добу — у 14 (22,9 %) і 40 (65,6 %).

При аналізі даних опитувальника WHOQOL-BREF (див. табл. 3) встановлено, що середні показники якості життя за чотирма сферами між групами достовірно не відрізнялися, однак серед пацієнтів 1-ї групи після проведеного комбінованого лікування достовірно частіше реєстрували поліпшення якості життя за сферами фізичного, психологічного здоров'я та соціальних відносин ($p < 0,05$) порівняно з 2-ю групою. Не виявлено статистично достовірної різниці щодо сфери середовища проживання на 30-ту добу між групами ($p > 0,05$).

Було проведено аналіз кількості пацієнтів, яких необхідно пролікувати (NNT — number needed to treat), як важливого показника фармакоекономіки, що вимірює вплив лікування або втручання. Його розраховують для визначення кількості пацієнтів, яких необхідно пролікувати для запобігання одному «поганому» результату. Вважається, що чим ближче величина NNT до одиниці, тим краще лікування.

При розрахунку спільного NNT для двох досліджуваних груп було встановлено, що 32 (52,46 %) пацієнти 2-ї групи та 8 (13,11 %) — 1-ї мали несприятливий результат (симптоми

Таблиця 1. Демографічні та клінічні показники пацієнтів досліджуваних груп на момент залучення в дослідження

Показник	1-ша група (n = 61)	2-га група (n = 61)	P
Чоловіки	25 (40,9 %)	23 (37,7 %)	0,71
Жінки	36 (59,1 %)	38 (62,3 %)	
Вік, роки	40,9 ± 4,1	39,6 ± 3,8	0,49
Інфікованість <i>H. pylori</i>	49 (80,0 %)	58 (96,6 %)	0,009
Постпрандіальна тяжкість	32 (51,6 %)	30 (49,2 %)	0,71
Епігастральний біль	29 (47,5 %)	31 (50,9 %)	0,85
Рівень депресії			
Немає	20 (32,8 %)	19 (31,1 %)	0,84
Легка	19 (31,1 %)	26 (42,6 %)	0,19
Середня	16 (26,2 %)	11 (18,0 %)	0,27
Виражена	6 (9,8 %)	5 (8,2 %)	0,75
Рівень тривоги			
Немає	15 (24,6 %)	14 (22,9 %)	0,83
Легка	24 (39,3 %)	25 (40,9 %)	0,85
Середня	13 (21,3 %)	18 (29,5 %)	0,30
Виражена	9 (14,8 %)	4 (6,6 %)	0,15
Якість життя, бал			
Фізичне здоров'я	57,3 ± 7,9	55,4 ± 6,5	0,39
Психологічне здоров'я	60,9 ± 4,7	60,6 ± 4,8	0,78
Соціальні відносини	61,2 ± 6,6	58,9 ± 5,4	0,25
Середовище проживання	62,9 ± 6,0	61,1 ± 6,6	0,33

Таблиця 2. Динаміка симптомів диспепсії

Симптом	14-та доба			30-та доба		
	1-ша група (n = 61)	2-га група (n = 61)	ВШ (95 % ДІ); p	1-ша група (n = 61)	2-га група (n = 61)	ВШ (95 % ДІ); p
Постпрандіальна тяжкість	4 (6,5 %)	9 (14,8 %)	2,98 (1,07–8,32); p = 0,03	3 (4,9 %)	19 (31,1 %)	15,72 (5,07–48,75); p < 0,001
Епігастральний біль	2 (3,3 %)	6 (9,8 %)		1 (1,6 %)	13 (21,3 %)	

Таблиця 3. Показники психологічного стану пацієнтів та якості життя до лікування та на 30-ту добу спостереження

Показник	1-ша група (n = 61)		2-га група (n = 61)		p*
	До лікування	На 30-ту добу	До лікування	На 30-ту добу	
Рівень депресії					
Немає	20 (32,8 %)	45 (73,7 %)	19 (31,2 %)	24 (39,3 %)	0,0002
Легка	19 (31,2 %)	16 (26,3 %)	26 (42,6 %)	22 (36,1 %)	
Середня	16 (26,2 %)	0	11 (18,0 %)	13 (21,3 %)	
Виражена	6 (9,8 %)	0	5 (8,2 %)	2 (3,3 %)	
Рівень тривоги					
Немає	15 (24,6 %)	47 (77,1 %)	14 (22,9 %)	21 (34,4 %)	< 0,0001
Легка	24 (39,3 %)	14 (22,9 %)	25 (40,9 %)	21 (34,4 %)	
Середня	13 (21,3 %)	0	18 (29,6 %)	19 (31,2 %)	
Виражена	9 (14,8 %)	0	4 (6,6 %)	0	
Якість життя, бал					
Фізичне здоров'я	57,3 ± 7,9	77,5 ± 5,5	55,4 ± 6,5	66,0 ± 4,9	< 0,0001
Психологічне здоров'я	60,9 ± 4,7	76,9 ± 3,7	60,6 ± 4,8	66,1 ± 4,8	< 0,0001
Соціальні відносини	61,2 ± 6,6	75,7 ± 6,5	58,9 ± 5,4	64,7 ± 5,4	< 0,0001
Середовище проживання	62,9 ± 6,0	70,1 ± 3,6	61,1 ± 6,6	67,2 ± 4,6	0,06

Примітка. * Рівень значущості різниці між групами на 30-ту добу.

диспепсії зберігалися на 30-ту добу від початку лікування). Відповідно зниження абсолютного ризику становило 39,3 % (95 % ДІ 24,2—54,5), а NNT — 3 пацієнти (95 % ДІ 1,8—4,1). Це означає, що приблизно один з кожних трьох пацієнтів матиме поліпшення при застосуванні схеми лікування з есциталопрамом, чого б не трапилося при використанні АГТ.

Обговорення

У міру накопичення клінічного досвіду та результатів біопсій травної системи виявилося, що між ступенем морфологічних порушень у слизовій оболонці та клінічними симптомами немає кореляції. Психосоматичні аспекти гастроентерологічних захворювань знову привернули увагу лікарів та науковців. Психічні фактори відіграють певну роль при всіх захворюваннях, але при гастроентерологічних вони, ймовірно, мають найбільше значення та можуть бути пусковим механізмом. За деякими даними, у 30 % осіб із захворюваннями ШКТ в анамнезі мали місце психічні стреси, а у 40—60 % хворих, госпіталізованих у гастроентерологічні стаціонари в зв'язку з функціональними розладами, визначаються стани депресії чи тривоги [2].

Тривога та депресія є відомими чинниками ризику в етіопатогенезі багатьох гастроінтестинальних порушень. Зв'язок ФД з тим чи тим психопатологічним розладом намагалися довести багато вчених, але результати досліджень є суперечливими. Так, метааналіз, проведений у 2003 р., продемонстрував зв'язок між тривогою,

депресією та ФД [9]. Більшість даних рандомізованих контрольованих досліджень свідчать про більшу розповсюдженість депресії у пацієнтів з ФД [4]. Шведськими вченими [15] було показано, що тривога, а не депресія більше пов'язана з ФД. Цікаво, що в цьому дослідженні лише ПДС, а не ЕПС асоціювався з тривогою. Ймовірно, саме наявність депресії чи тривоги значною мірою впливає на сприйняття симптомів і наслідки лікування.

Оскільки ФД — психосоматичний стан, не пов'язаний зі смертю та розвитком ускладнень, як інструмент для аналізу цієї групи пацієнтів використовують оцінку якості життя. Якість життя — це взаємозв'язок показників здоров'я людини та соціально-економічних чинників (комплекс фізичних, емоційних, психічних та інтелектуальних характеристик людини), які визначають здатність до функціонування в суспільстві. Нижчу якість життя пацієнтів з ФД можна пояснити тим, що тривалі симптоми диспепсії та наявність психологічної дезадаптації у більшості пацієнтів посилюють функціональну невротичну симптоматику і таким чином формують хибне коло. Все це негативно впливає на фізичне і психологічне здоров'я, соціальні відносини, порушуючи життєдіяльність та соціальну активність цієї групи пацієнтів. Відповідь пацієнта на терапію при ФД може сприяти поліпшенню якості життя [3].

Результати досліджень застосування антидепресантів при ФД — суперечливі, що зумовлено переважно їх низькою якістю. Останніми рока-

ми вчені отримують дедалі більше задовільних результатів при використанні психотропних препаратів у разі симптомів ФД [5]. Застосування антидепресантів, здебільшого трициклічних (ТЦА), у низьких дозах та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) у стандартному дозуванні може бути ефективним при ФД за умови, що тривалість лікування становить не менше ніж 1 міс [15]. Зменшення больового синдрому або дискомфорту при ФД може бути зумовлено або спільним біохімічним шляхом розвитку болю і депресії, або впливом нейроамінів на активність ендорфінів та енкефалінів [17]. Існує небагато досліджень, в яких оцінено співвідношення «користь — ризик» від використання психофармакологічних препаратів при ФД. Нещодавно завершилося рандомізоване клінічне дослідження ефективності і механізмів ТЦА (амітриптиліну) та СІЗЗС (есциталопраму) при ФД. Результати дослідження продемонстрували вираженіший вплив на симптоми ФД при використанні ТЦА порівняно із СІЗЗС та плацебо [16]. На відміну від зарубіжних фахівців використання амітриптиліну спеціалістами непсихіатричного профілю в Україні є проблематичним, оскільки цей препарат належить до психотропних препаратів, відпускається за формою суворої звітності «ф-3» і може бути призначений лише лікарем-психіатром. Неселективний ТЦА має велику кількість небажаних ефектів, зокрема щодо ШКТ, що зумовлено фармакокінетикою та фармакодинамікою препарату. Це може погіршити перебіг ФД.

Підтвердженням патогенетичної ролі серотонінових рецепторів та метаболітів серотоніну є ефективність антидепресантів, які специфічно впливають на обмін серотоніну в мозку, так званих селективних інгібіторів або стимуляторів зворотного захоплення серотоніну. Серотонін на рівні центральної нервової системи бере участь у регуляції прийому їжі, апетиту, сну, температури тіла, функції серцево-судинної та ендокринної систем, пам'яті, настрою, поведінки та мотиваційних реакцій. Периферична дія серотоніну виявляється підвищенням агрегації тромбоцитів, стимулюванням перистальтики та скороченням гладеньких м'язів. Система адаптації працює за схемою: гіпоталамус — передня частка гіпофізу — кора надниркових залоз, що посилює виділення і секрецію глюкокортикоїдів. Продукція триптофанпіролази в печінці та індоламін-2,3-діоксигенази в мозку призводить до підвищення концентрації нейрокінуренінів. Останні через систему адаптації підвищують активність зазна-

чених ферментів. Так формується *circulus vitiosus*, яке підтримує підвищений рівень нейрокінуренінів тривалий час, що зумовлює віддалені наслідки стресу, наприклад, невротичні, депресивні, психологічні та нейродегенеративні порушення. L-кінуренін є попередником інших нейрокінуренінів, тому від його кількості залежить рівень усіх похідних L-кінуреніну, які відіграють провідну роль у генезі депресії, алкоголізму, епілепсії, алергійних захворювань, психосоматичних розладів та низки онкологічних захворювань [1]. Таким чином, стає зрозумілим доцільність тривалого призначення антидепресантів селективної спрямованості на рецептори серотоніну. Основний ефект інгібіторів зворотного захоплення серотоніну полягає у збільшенні вмісту серотоніну в структурах головного мозку. Есциталопрам селективно інгібує зворотне захоплення серотоніну, підвищує концентрацію нейромедіатора в синаптичній щілині, посилює та пролонгує дію серотоніну на постсинаптичні рецептори.

Серед пацієнтів з симптомами диспепсії 61,4 % звертаються по медичну допомогу, з них 74,1 % звертаються до лікарів повторно. З іншого боку, деякі пацієнти можуть бути стурбовані мінімальними симптомами і відразу звертаються по медичну допомогу, тому як пацієнти, так і страхові компанії витрачають значні кошти на діагностику та лікування функціональних розладів [7]. У нашому дослідженні величина NNT дорівнювала 3, зі зменшенням абсолютного ризику симптомів (ЗАР — 0,39). Згідно з даними літератури, NNT ерадикаційної терапії варіює від 12 [11] до 17 [8, 12]. Метааналіз рандомізованих контрольованих досліджень, в яких порівнювали стратегію test and treat та емпіричне застосування інгібіторів протонної помпи, не виявив відмінностей в регресуванні симптомів та витратах на лікування протягом 12 міс [6]. Метааналіз антидепресантів (переважно ТЦА) при ФД підтвердив їх достовірну ефективність порівняно з плацебо (NNT = 4) [13, 18].

Висновки

Установлено, що включення антидепресанту класу СІЗЗС до схеми лікування ФД сприяє стійкішій регресії симптомів, поліпшенню психологічного здоров'я та якості життя пацієнтів. Можна стверджувати, що запропонований підхід дасть змогу підвищити ефективність лікування пацієнтів з ФД. Отримані дані потребують проведення додаткових досліджень для визначення оптимального методу лікування функціональних порушень ШКТ.

Список літератури

1. Лапин И.П. Нейрокинурины: стресс, тревога, депрессия, алкоголизм, эпилепсия // *Международ. мед. журн.* — 2001. — № 3. — С. 81—86.
2. Пелешук А.П., Ногалер А.М., Ревенко Е.Н. Функциональные заболевания пищеварительной системы. — К.: Здоров'я, 1985. — 200 с.
3. Aro P., Talley N.J., Agréus L. et al. Functional dyspepsia impairs quality of life in the adult population // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2011. — Vol. 33. — P. 1215—1224.
4. Aro P., Talley N.J., Ronkainen J. et al. Association with uninvestigated and functional dyspepsia (Rome III) in a random adult population: The Kalixanda study // *Gastroenterology*. — 2009. — Vol. 137. — P. 94—100.
5. Drossman D., Corazzari E., Delvaux M. et al. Rome III The Functional Gastrointestinal Disorders. — Ed 3. — Yale University Section of Digestive Disease: Degnon Associates, 2006. — 1052 p.
6. Ford A., Moayyedi P., Jarbol D. et al. Meta-analysis: Helicobacter pylori «test and treat» compared with empirical acid suppression for managing dyspepsia // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2008. — Vol. 28. — P. 534—544.
7. Ghoshal U., Singh R., Chang F. et al. Epidemiology of Uninvestigated and Functional Dyspepsia in Asia: Facts and Fiction // *J. Neurogastroenterol. Motil.* — 2011. — Vol. 17. — P. 235—244.
8. Harmon C., Peura D. Evaluation and management of dyspepsia // *Ther. Adv. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 3, N 2. — P. 87—98.
9. Henningsen P., Zimmermann T., Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: a meta-analytic review // *Psychosom. Med.* — 2003. — Vol. 65. — P. 528—533.
10. Lynch M. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials // *J. Psychiatry. Neurosci.* — 2001. — Vol. 26. — P. 30—36.
11. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. Management of Helicobacter pylori infection — the Maastricht IV/ Florence Consensus Report // *Gut*. — 2012. — Vol. 61. — P. 646—664.
12. Moayyedi P., Soo S., Deeks J. et al. Eradication of Helicobacter pylori for non-ulcer dyspepsia // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2006. — CD002096.
13. Ruepert L., Quartero A., de Wit N. et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2011. — CD003460.
14. Shin D., Kwan L. All roads lead to Rome: update on Rome III criteria and new treatment options // *Gastroenterol. Rep.* — 2007. — Vol. 1, N 2. — P. 56—65.
15. Talley N., Herrick L., Locke R. Antidepressants in functional dyspepsia // *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.* — 2010. — Vol. 4, N 1. — P. 5—8.
16. Talley N., Locke G., Herrick L. et al. Functional Dyspepsia Treatment Trial (FDTT): a double-blind, randomized, placebo-controlled trial of antidepressants in functional dyspepsia, evaluating symptoms, psychopathology, pathophysiology and pharmacogenetics // *Contemp. Clin. Trials*. — 2012. — Vol. 33, N 3. — P. 523—533.
17. Van Oudenhove L., Aziz Q. The role of psychosocial factors and psychiatric disorders in functional dyspepsia // *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* — 2013. — Vol. 10. — P. 158—167.
18. Wu Justin CY. Psychological Co-morbidity in Functional Gastrointestinal Disorders: Epidemiology, Mechanisms and Management // *J. Neurogastroenterol. Motil.* — 2012. — Vol. 18, N 1. — P. 13—18.

И. В. Корендович, А. С. Свинцицкий, Е. Н. Ревенко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в комплексной терапии функциональной диспепсии

Цель — оценить эффективность применения селективного ингибитора обратного захвата серотонина — эсциталопрама при лечении больных с синдромом функциональной диспепсии.

Материалы и методы. В рандомизированное двойное слепое исследование было включено 122 пациента с подтвержденным диагнозом функциональной диспепсии согласно Римским критериям III (2006). После проведения рандомизации были сформированы две группы пациентов: первая группа получала антихеликобактерную терапию (АХТ) + эсциталопрам ($n=61$), вторая — только АХТ ($n=61$). Эффективность применения схем оценивали на 14-е сутки и через 1 мес от начала лечения.

Результаты. Анализ результатов лечения на 14-й день показал достоверное ($p=0,03$) уменьшение в обеих группах таких симптомов диспепсии, как тяжесть после приема пищи и боль в эпигастриальной области. Однако в течение следующих 2 нед рецидивов симптомов диспепсии отмечен у значительной части пациентов, получавших только АХТ ($p<0,0001$). При сравнении уровней тревожности и депрессии до и после лечения выявлено достоверное уменьшение уровня как тревожности, так и депрессии в группе АХТ + эсциталопрам ($p<0,001$). В этой группе также достоверно ($p<0,05$) чаще регистрировали улучшение качества жизни пациентов в сфере физического и психологического здоровья и социальных отношений.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что добавление селективного ингибитора обратного захвата серотонина к схеме лечения функциональной диспепсии способствует более быстрой и длительной регрессии симптомов, улучшению психологического здоровья и качества жизни пациентов.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, селективный ингибитор обратного захвата серотонина, тревога, депрессия, качество жизни.

I. V. Korendovych, A. S. Svintsitskyy, K. M. Revenok

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

The use of selective serotonin reuptake inhibitors in the complex treatment of functional dyspepsia

Objective — to assess the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) escitalopram in patients with functional dyspepsia (FD).

Materials and methods. The randomized two-centre study involved 122 patients with the confirmed diagnosis of functional dyspepsia (FD) defined according to the Rome III criteria (2006). Two groups of patients were formed after randomization: the subjects from the first group received eradication therapy (ET) + escitalopram ($n=61$), patients of the second group received ET only ($n=61$). The efficacy of treatment was evaluated on the 14th day and one month after the start.

Results. On the 14th day of treatment all patients demonstrated a significant decrease of FD symptoms, such as postprandial fullness or epigastric pain ($p=0.03$ between the groups). However, over the next two weeks, the recurrence of dyspeptic symptoms occurred in a significant percentage of patients who received ET only ($p<0.0001$). When comparing the levels of anxiety and depression before and after the treatment, the significant decrease in levels of both anxiety and depression in the group of ET + escitalopram ($p<0.001$) was observed. In the same group the improvement of quality of life and in the social relations were significantly more frequent ($p<0.05$).

Conclusions. The obtained results testify that addition of SSRI may contribute to more rapid and sustained regression of symptoms, improvement of psychological health and quality of life of these patients.

Key words: functional dyspepsia, selective serotonin reuptake inhibitor, anxiety, depression, quality of life.

Контактна інформація

Корендович Ірина Володимирівна, аспірант

04053, м. Київ, вул. Ю. Коцюбинського, 9

Тел. (44) 486-49-80. E-mail: ira-korendovych@yandex.ru

Стаття надійшла до редакції 24 вересня 2014 р.