

DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.45

І.В. Білавка, О.Ю. Климкович,
О.Є. Скларова

ДНП «Львівський національний
медичний університет
імені Данила Галицького»

УДК: 616.34:616.8.615]-07-08

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ЯК РОЗЛАДИ ВЗАЄМОДІЇ «МОЗОК–КИШКІВНИК»: БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ, ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА КЛІНІЧНІ ВИКЛИКИ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ

Резюме. Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГІР) є однією з найпоширеніших причин хронічних симптомів із боку шлунково-кишкового тракту, що формуються внаслідок складної взаємодії нейрогуморальних, моторних, імунних і психосоціальних механізмів та суттєво знижують якість життя пацієнтів. У сучасних умовах війни, тривалого хронічного стресу, тривожних і депресивних розладів роль психосоціальних чинників у розвитку та персистуванні ФГІР істотно зростає, що призводить до погіршення якості життя, зростання рівня звернень по медичну допомогу й поліпрагмазії.

Сучасний підхід до діагностики та лікування ФГІР ґрунтується на біопсихосоціальній моделі та передбачає мультидисциплінарну тактику ведення пацієнтів. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, розглядається як один із ключових клінічних показників ефективності лікування. Римські критерії IV є важливим інструментом стандартизації діагностики, однак у клінічній практиці потребують індивідуалізованого застосування з урахуванням психосоціальних особливостей пацієнта.

Ключові слова: функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГІР), розлади взаємодії «мозок–кишківник».

Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГІР) належать до найпоширеніших патологій у клінічній практиці та становлять значний тягар для системи охорони здоров'я. Згідно з Римськими критеріями IV, ФГІР розглядають як розлади взаємодії «мозок–кишківник», що характеризуються хронічними симптомами з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) за відсутності структурних порушень, здатних пояснити ці симптоми. До таких станів належать синдром подразненого кишківника (СПК), функціональна диспепсія, функціональний закреп, функціональна діарея та інші розлади, які значною мірою впливають на якість життя, працездатність і психологічний стан пацієнтів [1].

Епідеміологія. Справжня поширеність симптомів функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГІР) була продемонстрована в результатах

масштабного «Глобального епідеміологічного дослідження функціональних розладів органів травлення». Дослідження проводилося у 2018-2019 роках у 33 країнах шести континентів (Європа, Азія, Північна і Південна Америка, Африка, Австралія) та охопило 73 076 дорослих респондентів, майже половину з яких становили жінки [2].

Збір даних здійснювався шляхом інтернет-опитування або особистих інтерв'ю з використанням стандартизованого діагностичного опитувальника IV Римських критеріїв, що включав 22 запитання щодо симптомів ФГІР. Метою дослідження було визначення поширеності ФГІР у різних країнах та регіонах світу. Найпоширенішими та клінічно значущими формами ФГІР залишаються синдром подразненого кишечника (СПК), функціональна диспепсія (ФД), функціональний закреп (ФЗ), функціональна діарея (ФД)

та функціональне здуття живота (ФЗЖ). Частота їх виявлення варіювала залежно від моделі інтерв'ювання, що підкреслює вплив соціальних, поведінкових і психоемоційних чинників на маніфестацію симптомів [2].

Функціональні захворювання стравоходу. Найпоширенішим функціональним розладом стравоходу як за даними інтернет-опитувань, так і при особистому інтерв'юванні була функціональна дисфагія із сумарною поширеністю 3,2% (3,0-3,3%) та 1,2% (1,0-1,3%) відповідно. Інші стравохідні симптоми — функціональна печія, гіперчутливість до рефлюксу та некардіальні болі в грудній клітці — реєструвалися значно рідше. За обома методами збору даних функціональні захворювання стравоходу частіше виявлялися в жінок. Вікові тенденції відрізнялися: у країнах з інтернет-опитуванням поширеність зменшувалася з віком, тоді як при очному інтерв'юванні спостерігалася її зростання в старших вікових групах [2].

Функціональні гастроудоденальні розлади. Сукупна поширеність функціональної диспепсії (ФД) становила 7,2% (7,1-7,4%) за результатами інтернет-опитування та 4,8% (4,5-5,1%) — при очному. У структурі ФД при інтернет-опитуванні переважав постпрандіальний дистрес-синдром (66,6%), рідше реєструвалися епігастральний больовий синдром (15,3%) та перекриття обох підтипів (18,1%). При особистому опитуванні постпрандіальний дистрес-синдром становив 59,5%, а епігастральний больовий синдром — 28,1%. Поширеність ФД значно варіювала між країнами — від 2,2% в Японії до 12,3% в Єгипті. Жінки загалом мали вищі показники ФД, а максимальна поширеність обох підтипів спостерігалася в молодому віці з поступовим зниженням упродовж дорослого життя [2].

Функціональні кишкові розлади. Найчастішим симптомом був функціональний закреп, який відзначали 11,7% (11,4-12,0%) респондентів при інтернет-опитуванні та 6,6% (6,3-6,9%) при очному. Функціональна діарея реєструвалася в 4,7% (4,5-4,9%) та 1,2% (1,0-1,3%) відповідно. Синдром подразненого кишечника (СПК) діагностували в 4,1% (3,9-4,2%) при інтернет- та в 1,5% (1,3-1,7%) при особистому опитуванні, тоді як функціональне здуття живота — у 3,5% (3,3-3,6%) та 1,2% (1,0-1,3%) відповідно. СПК значно частіше виявлявся в жінок незалежно від методу дослідження. За даними інтернет-опитувань, поширеність СПК зменшувалася з віком, тоді як при очному інтерв'юванні спостерігалася протилежна тенденція. Виявлено гендерні відмінності в структурі СПК: у жінок частіше траплявся варіант із закрепом, тоді як у чоловіків — із діареєю [2].

У більшості країн поширеність СПК, за даними інтернет-опитування, коливалася в межах

3-5%. Окрім Сінгапуру та Єгипту, відхилення від цього діапазону спостерігалися в Японії (2,2%), Китаї (2,3%), росії (5,9%), Південно-Африканській Республіці (5,9%) та США (5,3%). Загалом у 24 із 26 країн поширеність СПК становила від 2 до 6%, що свідчить про відносну однорідність глобальних показників [2].

У країнах, де дослідження проводилися шляхом очного опитування, поширеність СПК коливалася від 0,2% (0,1-0,3%) в Індії до 4,6% (3,7-5,5%) у Бангладеші, при цьому варіабельність показників була більш вираженою, ніж при інтернет-опитуванні [2].

За обома методами дослідження СПК достовірно частіше діагностували в жінок: співвідношення шансів «жінки/чоловіки» становило 1,8 (1,7-2,0) для інтернет-опитування та 2,0 (1,5-2,5) для очних опитувань. Вікові тенденції відрізнялися залежно від методу збору даних: при інтернет-опитуванні поширеність СПК знижувалася з віком (з 5,3 до 1,7%), тоді як при очних опитуваннях, навпаки, спостерігалася поступове зростання показників із віком (з 1,4 до 1,9%) [2].

У сукупності функціональні кишкові розлади були найпоширенішою групою серед усіх ФГІР за анатомічними регіонами. Щонайменше один із шести функціональних кишкових розладів було виявлено в 33,4% (33,0-33,8%) респондентів, опитаних за допомогою інтернет-опитування (n=54 127), та в 16,0% (15,5-16,5%) учасників очних опитувань (n=18 949) [2].

Центрально-опосередковані абдомінальні та біліарні больові синдроми. Ці розлади траплялися вкрай рідко. Поширеність центрально-опосередкованого абдомінального больового синдрому становила 0,02% (n= 9) за даними інтернет-опитування та 0,05% (n=9) під час очного опитування. Відповідні показники для біліарного болю були ще нижчими і становили 0,08% (n=44) та 0,03% (n=5) відповідно [2].

Аноректальні функціональні розлади. За результатами інтернет-опитувань, 7,7% (7,5-8,0%) респондентів відповідали критеріям щонайменше одного аноректального функціонального розладу, тоді як при очних опитуваннях цей показник становив 2,6% (2,3-2,8%). В обох моделях збору даних найпоширенішим аноректальним розладом була прокталгія фугакс, яка виявлялася в 5,6% (5,4-5,8%) учасників інтернет-опитування та в 1,5% (1,4-1,7%) осіб, опитаних очно [2].

Тягар функціональних гастроінтестинальних розладів. За даними інтернет-опитувань, особи з ФГІР значно частіше, ніж респонденти без ФГІР, належали до групи частих користувачів медичних послуг, звертаючись до лікаря один або більше разів на місяць із приводу будь-яких скарг на здоров'я (OR=1,7; 95% ДІ 1,6-1,8). Водночас під

час очних опитувань така різниця не була виявлена ($OR=1,0$; 95% ДІ 0,9-1,2). Крім того, респонденти, які відповідали Римським критеріям IV для будь-якого ФГІР, достовірно частіше повідомляли про звернення до лікаря з приводу кишкових симптомів упродовж життя порівняно з особами без ФГІР: 46,5% проти 27,1% за результатами інтернет-опитування та 26,1% проти 12,0% — при очному опитуванні. Подібна закономірність спостерігалася для кожного з п'яти основних ФГІР, включених до аналізу [2].

Для України проблема ФГІР має особливу актуальність. Повномасштабна війна спричинила безпрецедентний рівень хронічного стресу в популяції, зростання депресивних і тривожних розладів, порушень сну, невизначеності та втрат [3]. Психотравмувальні події, вимушене переміщення, зміна соціальних умов, тривале перебування в зоні ризику та дефіцит медичних ресурсів створюють умови, що суттєво посилюють прояви ФГІР або провокують їх виникнення. За даними сучасних досліджень, частота ФГІР зростає в періоди соціальних катастроф і військових конфліктів, що робить вивчення цієї проблеми в Україні вкрай важливим [4, 5].

Враховуючи мультифакторність патогенезу ФГІР та зростання їх поширеності в стресових соціальних умовах, у сучасних клінічних рекомендаціях наголошується на необхідності мультидисциплінарного підходу. Він включає корекцію способу життя, психотерапію, роботу з тривогою, нормалізацію сну, медикаментозне лікування, спрямоване на регуляцію моторики та зменшення вісцеральної гіперчутливості [1].

Накопичені за останні роки дані підтверджують ключову роль нейрогуморальних механізмів, змін моторики, вісцеральної гіперчутливості, дисбіозу та порушення бар'єрної функції кишківника у формуванні симптомів ФГІР [6]. Проте особливе значення мають психоемоційні фактори: стрес, тривога, депресія та інші порушення афективної сфери. У межах концепції «brain–gut axis» доведено, що стрес індукує зміну кишкової моторики, підсилює сприйняття болю, змінює секрецію, активує мастоцити та посилює запалення низького ступеня, що в комплексі сприяє маніфестації й персистенції симптомів ФГІР [7].

Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГІР), що формуються в підлітковому або молодому віці, з часом часто супроводжуються значними порушеннями психоемоційної сфери, що сприяє прогресуючому дисбалансу в роботі шлунково-кишкового тракту. Фіксація пацієнтів на хронічному, суб'єктивно «невиліковному» стані, особливо за умов недостатньої ефективності традиційної терапії, призводить до погли-

блення тривожних, депресивних та соматоформних проявів [8].

Згідно з даними численних досліджень, у 75-80% пацієнтів із синдромом подразненого кишечника виявляються супутні вегетативні, афективні, тривожні або іпохондричні розлади [9]. У Римських критеріях IV перегляду (2016) ключовий акцент зроблено на тісному взаємозв'язку ФГІР із порушеннями нервового сприйняття та регуляції, що відображено в зміні термінології: поняття «функціональні розлади» замінено на «розлади взаємодії кишечник–мозок», а функціональний абдомінальний біль розглядається як прояв порушення центральної обробки гастроінтестинальної ноцицепції [1].

Таким чином, провідним патогенетичним механізмом ФГІР є дисфункція осі «кишечник–центрально нервова система». Відомо, що за цих станів спостерігається зниження активності стрес-лімітуючих систем, зокрема ГАМКергічної нейротрансмісії, що зумовлює домінування стрес-реалізуючих механізмів і формування хронічного дистресу. Клінічно це проявляється поєднанням гастроінтестинальних симптомів із дратівливістю, напруженням, вегетативними реакціями, порушенням сну та головним болем напруження [10].

В умовах тривалого психоемоційного навантаження, характерного для населення України внаслідок війни, вимушеного переміщення, втрати безпеки та соціальної стабільності, ці механізми набувають особливої клінічної значущості. Хронічний стрес виступає потужним сенсibilізуючим фактором, що сприяє формуванню вісцеральної гіперчутливості та порушенню центрального антиноцицептивного контролю без структурного ушкодження нервових шляхів [11].

Додаткову роль у патогенезі ФГІР відіграє підвищення проникності кишкового бар'єра та субклінічне запалення, зумовлені порушенням слизового захисту, дисбіозом, перенесеними інфекціями та нейроендокринним впливом стресу. Активація імунних клітин слизової оболонки призводить до ушкодження чутливих нервових закінчень і формування патологічної ноцицептивної відповіді на мінімальні стимули [12].

У контексті сучасної біопсихосоціальної моделі ФГІР ці розлади слід розглядати як результат складної взаємодії психосоціальних чинників, нейрогуморальної регуляції, імунних механізмів та змін мікробіоти, що особливо актуально для популяцій, які перебувають у стані тривалого хронічного стресу, зокрема в умовах воєнного часу [13].

Біопсихосоціальна, або системна, модель захворювань має суттєві переваги в розумінні та інтерпретації ФГІР, що знайшло своє відобра-

ження в концептуальних засадах Римських критеріїв IV (рис. 1). По-перше, ця модель дозволяє інтегрувати клінічні спостереження з біомедичними уявленнями, пояснюючи розбіжності між відсутністю органічних змін і вираженістю симптомів у пацієнтів із ФГІР. По-друге, вона формує цілісну клінічну рамку для лікаря, у межах якої поєднуються біологічні, психологічні та соціальні чинники, що визначають індивідуальний досвід хвороби. По-третє, біопсихосоціальний підхід забезпечує методологічну основу для міждисциплінарних досліджень та обґрунтовує необхідність включення психоемоційної, поведінкової та соціальної оцінки до стандартів діагностики й лікування ФГІР, що активно розвивалося протягом останніх десятиліть і було систематизовано в Римських критеріях IV [1].

Подальший розвиток наукових досліджень у цій галузі призвів до суттєвої трансформації підходів до вивчення ФГІР. Було розроблено нові валідовані опитувальники для оцінки розширених психосоціальних доменів, зокрема якості життя,

пов'язаної зі здоров'ям, та механізмів подолання захворювання. Водночас відбувся зсув дослідницького фокусу від ізольованих фізіологічних параметрів до інтегративних моделей, що поєднують фізіологічні показники із суб'єктивним сприйняттям симптомів і поведінковими реакціями пацієнтів. У клінічні протоколи було впроваджено одночасну оцінку психосоціальних і фізіологічних чинників, що відповідає принципам Римських критеріїв IV. Крім того, ефективність лікування почали оцінювати за так званими «м'якими» кінцевими точками, такими як частота звернень по медичну допомогу, функціональна активність у повсякденному житті, інтенсивність симптомів та загальне самопочуття, а не лише за показниками ускладнень чи летальності. Для аналізу складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних детермінант дедалі частіше застосовуються багатофакторні статистичні моделі [1].

Аналіз сучасних досліджень свідчить, що ФГІР суттєво асоціюється зі зниженням як фізичної, так і психічної складових якості життя, причому її погіршення прямо залежить від кількості поєднаних ФГІР. Найбільш виражене зниження якості життя спостерігається в пацієнтів із двома і більше ФГІР порівняно з особами, які мають один розлад або не мають їх зовсім (рис. 2). Гендерні та вікові відмінності (краща якість життя в чоловіків та осіб віком ≥ 65 років) мають статистичне значення, однак їх клінічний вплив є помірним [14].

Таким чином, якість життя має розглядатися як один із ключових клінічних показників при веденні пацієнтів із ФГІР та бути важливим кінцевим результатом як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях [14].

Визначення ФГІР змінювалося з часом під впливом суспільних уявлень про хворобу, накопичення наукових доказів, а також клінічної підготовки й особистих переконань лікарів. Навіть



Рис. 1. Біопсихосоціальна концептуалізація патогенезу, клінічного досвіду та наслідків ФГІР [1]

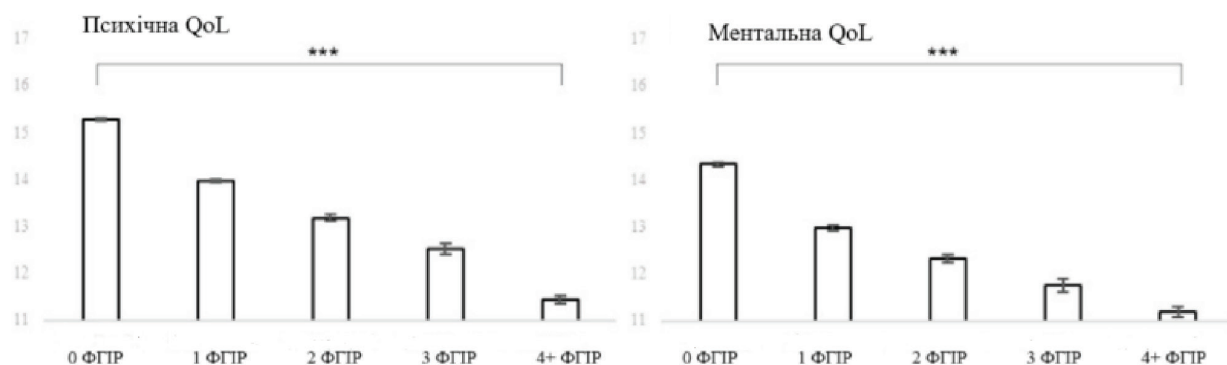


Рис. 2. Негативний вплив розладів взаємодії «мозок–кишківник» (ФГІР) на якість життя, пов'язану зі здоров'ям (QoL): результати Rome Foundation Global Epidemiology

сьогодні ФГІР нерідко сприймаються як менш «легітимні» порівняно з органічними захворюваннями, що зумовлює стигматизацію пацієнтів, симптоми яких є суб'єктивно значущими та клінічно обтяжливими. Таке ставлення історично пов'язане з дуалістичним підходом, який чітко розмежовував «органічні» захворювання як об'єктивно обґрунтовані та «функціональні» розлади, що тривалий час трактувалися як психіатричні або недостатньо визначені [1].

Еволюція концепції ФГІР відображена в послідовних редакціях Римських критеріїв: від початкового визначення як станів за відсутності структурної патології до розуміння їх як стрес-асоційованих або психогенних розладів, згодом — як порушень моторики шлунково-кишкового тракту, а в Римських критеріях III — як розладів функціонування травної системи. Римські критерії IV закріпили сучасну біопсихосоціальну парадигму, згідно з якою ФГІР розглядаються як розлади взаємодії «кишечник–мозок», що формуються внаслідок складної взаємодії нейрогуморальних, імунних, моторних, сенсорних та психосоціальних чинників [1].

Незважаючи на досягнутий прогрес, залишається потреба в науково обґрунтованому, неупередженому та клінічно значущому робочому визначенні ФГІР. Сьогодні узгоджене визначення, схвалене керівними органами Rome IV, трактує функціональні гастроінтестинальні розлади як розлади взаємодії кишківника та мозку. Це гетерогенна група станів, що класифікуються за наявністю гастроінтестинальних симптомів, пов'язаних із різними комбінаціями таких механізмів, як порушення моторики, вісцеральна гіперчутливість, зміни мукозної та імунної функції, дисбіоз кишкової мікробіоти, а також порушення центральної нервової обробки сигналів [1].

Запропоноване визначення найбільшою мірою відповідає сучасному розумінню множинних патофізіологічних процесів, які окремо або в поєднанні формують симптоматику, що лежить в основі Римської класифікації розладів. Воно є зрозумілим і прийнятним як для клініцистів і науковців, так і для регуляторних органів, фармацевтичної галузі та, що особливо важливо, для самих пацієнтів [1].

Класифікація Rome IV і критерії ФГІР. Класифікація ФГІР, запропонована Rome Foundation, ґрунтується переважно на клінічних симптомах, а не на суто фізіологічних критеріях. Такий підхід обрано з огляду на його практичну доцільність у клінічній роботі, обмеженість доказів того, що ізольовані фізіологічні порушення (зокрема, моторики) повністю пояснюють симптоматику пацієнтів, а також з урахуванням того, що саме симптоми є основною причиною звернення пацієнтів

по медичну допомогу. Водночас використання фізіологічних критеріїв допускається у випадках, коли вони підвищують діагностичну точність, зокрема при аноректальних розладах. Очікується, що в майбутньому до діагностичних критеріїв можуть бути інтегровані біомаркери за умови, якщо їх застосування дозволить підвищити позитивну прогностичну цінність діагнозу [1].

Поділ ФГІР за анатомічними ділянками (стравохідні, гастродуоденальні, кишкові, біліарні та аноректальні) передбачає наявність спільних патофізіологічних механізмів, які визначають підходи до діагностики та лікування відповідно до локалізації органа. Так, функціональна печія асоціюється зі стравоходом, нетримання калу — з аноректальною зоною, а дисфункція сфінктера Одді — з біліарною системою. Водночас локалізація симптомів не завжди є достатньою, особливо при больових формах ФГІР, таких як синдром подразненого кишечника (СПК), функціональна диспепсія (ФД) чи синдром центрально-опосередкованого абдомінального болю. Ці стани характеризуються складною нейробіологічною природою та значною мірою зумовлені порушенням регуляції осі «кишечник–мозок», включно з дисфункцією центральної нервової системи та ентєральної нервової системи [1].

З метою уніфікації підходів до діагностики, наукових досліджень та клінічного фенотипування пацієнтів Rome Foundation запропонувала симптом-орієнтовану класифікацію функціональних гастроінтестинальних розладів (табл.). Вона ґрунтується не на локальних структурних змінах, а на провідних клінічних синдромах, що відображають порушення регуляції осі «кишечник–мозок». Представлена нижче класифікація дозволяє систематизувати гетерогенну групу ФГІР за анатомічними ділянками, окреслити спільні патофізіологічні механізми та слугує основою для вибору діагностичної і терапевтичної стратегії як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях [1].

Окрім 33 ФГІР у дорослих, також виділено 20 дитячих ФГІР.

Обмеження застосування Римських критеріїв IV при клінічній діагностиці та веденні пацієнтів. Римські критерії, що ґрунтуються на симптомах, мають високу цінність для наукових досліджень і фармацевтичних клінічних випробувань. Вони забезпечують стандартизований відбір пацієнтів, схвалюються регуляторними органами та широко застосовуються дослідниками і фарміндустрією в міжнародних проектах. Однак їх використання в повсякденній клінічній практиці має низку обмежень [1].

По-перше, виключно категоріальне трактування може призводити до недооцінки пацієн-

Таблиця. Класифікація функціональних гастроінтестинальних розладів у дорослих за Rome IV [1]

А. Стравохідні розлади	А1 Функціональний біль А2 Функціональна печія А3 Рефлюксна гіперчутливість А4 Ком у горлі (глобус) А5 Функціональна дисфагія
В. Гастродуоденальні розлади	В1 Функціональна диспепсія: В1а Постпрандіальний дистрес-синдром (ПДС); В1b Епігастральний больовий синдром (ЕБС). В2 Розлади, пов'язані з відрижкою: В2а Надмірна супрагастральна відрижка; В2b Надмірна гастральна відрижка. В3 Нудота і блювання: В3а Синдром хронічної нудоти і блювоти; В3b Синдром циклічного блювання; В3с Синдром канабіноїдного нестримного блювання. В4 Синдром румінації
С. Розлади кишечника	С1 Синдром подразненого кишечника (СПК): СПК із переважанням закріпів (СПК-З); СПК із переважанням діареї (СПК-Д); СПК зі змішаними ритмами дефекації (СПК-ЗМ); СПК без класифікації. С2 Функціональний закріп С3 Функціональна діарея С4 Функціональне здуття живота С5 Невизначений розлад кишечника С6 Опіїдно-індукований закріп
Д. Центральньо-опосередкований розлад шлунково-кишкового болю	Д1 Центральньо-опосередкований больовий абдомінальний синдром (ЦОБАС) Д2 Опіїдна дисфункція кишечника (ОДК) / опіїдно-індукована шлунково-кишкова гіпералгезія
Е. Розлади жовчного міхура і сфінктера Одді (СО)	Е1 Біліарний біль: Е1а Функціональний розлад жовчного міхура; Е1b Функціональний біліарний розлад СО; Е2 Функціональний панкреатичний розлад СО.
Ф. Аноректальні розлади	Ф1 Нетримання калу Ф2 Функціональний аноректальний біль: Ф2а Синдром леватора ануса; Ф2b Невизначений функціональний аноректальний біль; Ф2с Швидкоплинна прокталгія. Ф3 Функціональні розлади дефекації: Ф3а Порушена дефекаторна перистальтика; Ф3b Диссинергічна дефекація.

тів, які не повністю відповідають формальним критеріям, але потребують аналогічного підходу до лікування. Наприклад, хворі з абдомінальним болем та порушенням дефекації менше ніж 6 місяців, із меншою частотою епізодів або з неповним набором діагностичних ознак можуть не потрапляти під діагноз СПК, хоча клінічно потребують терапії. [1]

По-друге, у реальній практиці в багатьох пацієнтів спостерігається коморбідність двох і більше функціональних гастроінтестинальних розладів (наприклад, СПК і функціональна диспепсія), тоді як для дослідницьких цілей к Римські критерії IV обмежують таке поєднання. Таким чином, відповідність формальним критеріям не завжди

є необхідною умовою для вибору лікувальної тактики, але може слугувати корисним інструментом для фенотипізації розладів [1].

По-третє, встановлення діагнозу не відображає усі виміри захворювання, які мають значення для індивідуалізації терапії. Пацієнти з однако-вим формальним діагнозом можуть відрізнятися за інтенсивністю болю, рівнем функціональних обмежень, наявністю психічних коморбідностей (наприклад, депресії), зміною маси тіла чи харчовою поведінкою, що визначає різні лікувальні підходи. Окремим прикладом є синдром циклічної блювоти, де біль не є обов'язковим критерієм, але його наявність асоціюється з більшою інвалідизацією, частішими медичними

зверненнями та вищим ризиком призначення опіоїдів [1].

Для усунення таких недоліків запропоновано багатовимірний клінічний профіль (Multidimensional Clinical Profile), який передбачає індивідуалізацію лікування через інтеграцію психосоціальних, клінічних, фізіологічних, якісних та поведінкових аспектів симптомів [1].

Дванадцять кроків для підсилення терапевтичного альянсу [1]

Ефективні взаємини між лікарем і пацієнтом сприяють підвищенню задоволеності лікуванням, покращенню прихильності до терапії, зменшенню інтенсивності симптомів і загалом поліпшенню клінічних результатів. Наведені нижче принципи можна застосовувати для оптимізації ведення пацієнтів із ФГІР.

1. *Формування задоволеності пацієнта та терапевтичного контакту.* Задоволення пацієнта визначається не лише технічною компетентністю лікаря, але й гуманністю, увагою до психосоціальних аспектів та здатністю надавати інформативні пояснення. Надмірна концентрація виключно на біомедичних аспектах може мати негативний ефект. Важливими є невербальні сигнали: зоровий контакт, доброзичлива інтонація, вміння демонструвати партнерський підхід.

2. *Збір анамнезу в недирективній, пацієнт-орієнтованій манері.* Активне слухання та відкриті запитання дозволяють зрозуміти не лише симптоми, а й переживання, думки і досвід пацієнта, без нав'язування готової анкети.

3. *Встановлення причини звернення саме в цей момент.* Важливо з'ясувати, що саме привело пацієнта до лікаря зараз. Це може бути: загострення симптомів або нові чинники (дієтичні, медикаментозні, інфекційні); страх серйозного захворювання; стресові або травматичні події; наростання психічної коморбідності (депресія, тривога); функціональні обмеження (робота, соціальна активність); приховані мотиви (використання опіоїдів/проносних юридичні питання тощо).

4. *Ретельний фізикальний огляд і раціональна діагностика.* Сам факт огляду має терапевтичну цінність. Обсяг обстеження має бути доцільним та економічним.

5. *Визначення уявлень пацієнта про свою хворобу.* Доцільно з'ясувати, що пацієнт думає про причину симптомів і що його турбує найбільше.

6. *Обговорення інтерпретації симптомів та надання пояснень, що враховують переконання пацієнта.* Лікар допомагає сформулювати зрозумілу й несуперечливу модель захворювання, адаптовану до його когнітивних установок.

7. *Узгодження очікувань щодо лікування.* Важливо з'ясувати, що пацієнт очікує та які зміни вважає реалістичними.

8. *Акуратне пов'язування стресорів із симптомами.* Якщо пацієнт заперечує роль стресу у виникненні симптомів, він часто визнає емоційні наслідки самих симптомів — це дає можливість рухатися далі без конфлікту.

9. *Чіткі межі та правила лікування.* Наприклад: уникнення необґрунтованого призначення опіоїдів через ризик погіршення стану.

10. *Залучення пацієнта до процесу лікування.* Спільне прийняття рішень підвищує комплаєнс.

11. *Рекомендації, що узгоджуються з інтересами пацієнта.* Наприклад, антидепресанти можуть застосовуватися для модулювання болю в нижчих дозах, ніж при депресії.

12. *Формування сталого терапевтичного зв'язку.* Пацієнт має розуміти, що процес є тривалим, індивідуалізованим і не переривається в разі невдачі першої лінії терапії.

Попри те, що тяжкість ФГІР існує у вигляді безперервного континууму, поділ на клінічні категорії — легкі, середньої тяжкості та тяжкі форми — має значну практичну цінність для вибору оптимальної тактики лікування. Найкраще це вивчено на моделі синдрому подразненого кишечника (СПК), однак принципи є релевантними й для інших ФГІР [1].

Чим вища тяжкість розладу, тим більшу роль відіграють психосоціальні фактори, соматична коморбідність, порушення соціального функціонування та необхідність застосування комплексних терапевтичних стратегій [1].

1. *Легка форма.* Приблизно 40% пацієнтів мають легкі або рідкісні симптоми, що рідко призводять до втрати функціональної активності або психоемоційного дистресу. Частіше такі пацієнти звертаються до первинної ланки, ніж до гастроентеролога. Клінічні характеристики: мінімальний біль, переважання моторних симптомів (діарея, нудота, закреп), відсутність домінуючих психічних розладів, збережена якість життя, мінімальні медичні звернення.

Рекомендована тактика: Пояснення природи ФГІР (гіперчутливість, моторика, взаємодія кишечника–мозок). Розвінчання тривожних очікувань і корекція уявлень про хворобу. Дієта та корекція тригерів (FODMAP, лактоза, кофеїн, алкоголь, жирні продукти). Симптоматична фармакотерапія за потреби.

2. *Середня тяжкість.* Приблизно 30-35% пацієнтів відзначають погіршення якості життя, періодичні обмеження повсякденної активності та біль середньої інтенсивності. Частіше виявляють коморбідні психічні та соматичні стани. Клінічні характеристики: помірний біль, помірний психоемоційний дистрес, тимчасова втрата працездатності, чутливість до дієтичних та стресових тригерів, частіші звернення по медичну допомогу.

Рекомендована тактика: Моніторинг симптомів (щоденник 1-2 тижні). Фармакотерапія за провідним симптомом, регулярна або епізодична. Психологічні методи за наявності значного болю або тривоги: когнітивно-поведінкова терапія, релаксаційні техніки, гіпнотерапія, майндфулнес. Ці втручання підвищують контроль над симптомами і толерантність до болю.

3. Тяжка форма. Приблизно 20-25% пацієнтів, частіше в спеціалізованих центрах, мають тяжкі або рефрактерні симптоми зі значним порушенням функціонування та коморбідністю. Клінічні характеристики: виражений біль, значний психічний дистрес (депресія, тривога, соматизація), обмеження працездатності $\geq 10\%$, катастрофізація, руйнування coping-стратегій, часті консультації та діагностичні процедури, високі терапевтичні очікування, низька готовність визнавати роль психосоціальних чинників.

Рекомендована тактика: Модифікована стратегія взаємодії лікаря: об'єктивізація діагностичних рішень, постановка реалістичних цілей (покращення життя, а не «вилікувати назавжди»), зміщення фокусу з лікування на ведення хронічного стану, підвищення відповідальності пацієнта за лікування. Антидепресантна терапія при домінуванні болю або депресивної симптоматики: ТЦА (амітриптилін, дезипрамін), SNRI (дулоксетин, мілнаципран), SSRI менш ефективні проти болю, але допомагають при тривозі. Скерування до спеціалізованих центрів (біль/ФГІР) із мультидисциплінарним підходом: медичне, психотерапевтичне, реабілітаційне втручання [1].

ФГІР є частою причиною звернень пацієнтів до лікарів первинної ланки. Основними завданнями є виключення «тривожних ознак», раннє розпізнавання функціонального характеру симптомів та формування в пацієнта адекватного розуміння природи захворювання. Біопсихосоціальний

підхід дозволяє зменшити надмірну діагностику, уникнути повторних необґрунтованих обстежень і підвищити ефективність лікування. Важливими є оцінка психоемоційного стану, корекція способу життя та симптом-орієнтована терапія з уникненням стигматизації пацієнтів [1].

У спеціалізованій практиці ФГІР часто мають тяжкий або рефрактерний перебіг і супроводжуються значним зниженням якості життя. Формальний діагноз за Rome IV має доповнюватися багатовимірною оцінкою симптомів, психічної коморбідності та функціональних обмежень. Ключовими є встановлення тривалого терапевтичного альянсу, формування реалістичних цілей лікування та застосування комбінованих медикamentозних і психотерапевтичних стратегій у межах мультидисциплінарного підходу [1].

Висновки

ФГІР розлади є однією з найпоширеніших причин хронічних гастроінтестинальних симптомів, які суттєво знижують якість життя пацієнтів. Згідно з Rome IV, ФГІР слід розглядати як розлади взаємодії «кишечник–мозок», що формуються внаслідок поєднання нейрогуморальних, моторних, імунних та психосоціальних механізмів. Психоемоційні чинники, насамперед хронічний стрес, тривога і депресія, відіграють ключову роль у виникненні та персистенції симптомів ФГІР, що особливо актуально в умовах воєнного часу. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, є важливим клінічним показником і має розглядатися як одна з основних кінцевих точок лікування ФГІР. Римські критерії IV є корисним інструментом для стандартизації діагностики, однак у клінічній практиці потребують гнучкого, індивідуалізованого застосування в межах біопсихосоціальної моделі.

Список використаної літератури

1. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016 Feb 19;S0016-5085(16)00223-7. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.032. Epub ahead of print. PMID: 27144617.
2. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160(1):99-114.e3. doi:10.1053/j.gastro.2020.04.014.
3. Martsenkovskiy D, Shevlin M, Ben-Ezra M, et al. Mental health in Ukraine in 2023. *Eur Psychiatry*. 2024;67(1):e27. Published 2024 Mar 27. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.12.
4. Tuteja AK, Talley NJ, Stoddard GJ, Samore MH, Verne GN. Risk factors for upper and lower functional gastrointestinal disorders in Persian Gulf War Veterans during and post-deployment. *Neurogastroenterol Motil*. 2019;31(3):e13533. doi:10.1111/nmo.13533.
5. Li C, Xu J, Yin D, et al. Prevalence and trigger factors of functional gastrointestinal disorders among male civil pilots in China. *Sci Rep*. 2021;11(1):2021. Published 2021 Jan 21. doi:10.1038/s41598-021-81825-0.
6. Mayer EA, Ryu HJ, Bhatt RR. The neurobiology of irritable bowel syndrome. *Mol Psychiatry*. 2023;28(4):1451-1465. doi:10.1038/s41380-023-01972-w.
7. Chen Y, Chen X, Lin S, et al. Effects of psychological stress on inflammatory bowel disease via affecting the microbiota-gut-brain axis. *Chin Med J (Engl)*. 2025;138(6):664-677. doi:10.1097/CM9.0000000000003389.
8. Zhou GQ, Huang MJ, Yu X, Zhang NN, Tao S, Zhang M. Early life adverse exposures in irritable bowel syndrome: new insights and opportunities. *Front Pediatr*. 2023;11:1241801. Published 2023 Sep 5. doi:10.3389/fped.2023.1241801.
9. Tasic-Golubovic S, Miljkovic S, Nagorni A, Lazarevic D, Nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatr Danub*. 2010;22(3):418-424.

10. Sasso JM, Ammar RM, Tenchov R, et al. Gut Microbiome-Brain Alliance: A Landscape View into Mental and Gastrointestinal Health and Disorders. *ACS Chem Neurosci*. 2023;14(10):1717-1763. doi:10.1021/acscchemneuro.3c00127.
11. Moloney RD, Johnson AC, O'Mahony SM, Dinan TG, Greenwood-Van Meerveld B, Cryan JF. Stress and the Microbiota-Gut-Brain Axis in Visceral Pain: Relevance to Irritable Bowel Syndrome. *CNS Neurosci Ther*. 2016;22(2):102-117. doi:10.1111/cns.12490.
12. Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, et al. Chronic constipation. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17095. Published 2017 Dec 14. doi:10.1038/nrdp.2017.95.
13. Van Oudenhove L, Crowell MD, Drossman DA, et al. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. Published online February 18, 2016. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.027.
14. Knowles SR, Skvarc D, Ford AC, et al. Negative Impact of Disorders of Gut-Brain Interaction on Health-Related Quality of Life: Results From the Rome Foundation Global Epidemiology Survey. *Gastroenterology*. 2023;164(4):655-668.e10. doi:10.1053/j.gastro.2022.12.009.

FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS AS DISORDERS OF THE «BRAIN-GUT» INTERACTION: BIOPSYCHOSOCIAL MODEL, QUALITY OF LIFE AND CLINICAL CHALLENGES IN CONDITIONS OF CHRONIC STRESS

I.V. Bilavka, O.Y. Klymkovych, O.Y. Skliarova

Abstract. Functional gastrointestinal disorders (FGIDs) are among the most common causes of chronic gastrointestinal symptoms and arise from a complex interaction of neurohumoral, motor, immune, and psychosocial mechanisms, significantly reducing patients' quality of life. In the current context of war, prolonged chronic stress, and increased prevalence of anxiety and depressive disorders, the role of psychosocial factors in the development and persistence of disorders of FGIDs significantly increases, leading to a deterioration in quality of life, higher healthcare utilization, and an increased risk of polypharmacy.

Modern approaches to the diagnosis and management of FGIDs are based on the biopsychosocial model and involve a multidisciplinary approach to patient care. Health-related quality of life is considered one of the key clinical indicators of treatment effectiveness. The Rome IV criteria are an important tool for standardizing diagnosis; however, in clinical practice they require an individualized application that takes into account the patient's psychosocial characteristics.

Keywords: functional gastrointestinal disorders (FGIDs), disorders of gut-brain interaction.

Для цитування: Білавка ІВ, Климкович ОЮ, Скляр ОЕ. Функціональні гастроінтестинальні розлади як розлади взаємодії «мозок-кишківник»: біопсихосоціальна модель, якість життя та клінічні виклики в умовах хронічного стресу. *Практикуючий лікар*, 2026, № 1, с. 44-52. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.44.

Адреса для листування: Білавка Ірина В'ячеславівна, irynakobza@gmail.com; кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна. Скляр Олена Євгенівна, elena505skl@gmail.com; кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна. Климкович Олена Юріївна, olena.klym@gmail.com; кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна.

Відомості про авторів: Білавка Ірина В'ячеславівна, кандидатка медичних наук, асистентка кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0000-0002-9941-5753. Климкович Олена Юріївна, асистентка кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0000-0001-7788-5722. Скляр Олена Євгенівна, кандидатка медичних наук, доцентка кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID: 0000-0003-3667-6304.

Особистий внесок: Скляр О.Є. — генераторка ідеї написання статті, аналіз проблеми, проведення пошуку літератури. Білавка І.В. — написання статті, підбір ілюстрацій та їх оформлення, формулювання резюме і висновків. Климкович О.Ю. — аналіз даних літератури та оформлення джерел літератури, підготовка статті до друку, супровід під час написання статті.

Фінансування: Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького».

Декларація: Авторки задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Проходження статті: Надійшла до редакції 03.02.2026 р., прийнята на друкування 09.02.2026 р., надрукована 28.03.26 р.

For citation: Bilavka IV, Klymkovych OY, Skliarova OY. Functional gastrointestinal disorders as disorders of the «brain-gut» interaction: biopsychosocial model, quality of life and clinical challenges in conditions of chronic stress. *The Practitioner*, 2026, № 1, p. 44-52. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.44.

Correspondence address: Bilavka Iryna Viacheslavivna, irynakobza@gmail.com; Department Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine FPGE DNP «Danylo Halytsky Lviv National Medical University». Klymkovych Olena Yuriivna, olena.klym@gmail.com; Department Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine FPGE DNP «Danylo Halytsky Lviv National Medical University». Sklyarova Olena Eugenivna, elena505skl@gmail.com; Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine FPGE DNP «Danylo Halytsky Lviv National Medical University».

Information about the authors: Bilavka Iryna Viacheslavivna, Candidate of Medical Sciences, assistant of the Department Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine FPGE DNP «Danylo Halytsky Lviv National Medical University». ORCID: 0000-0002-9941-5753. Klymkovych Olena Yuriivna, assistant of the Department Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine FPGE DNP «Danylo Halytsky Lviv National Medical University». ORCID: 0000-0001-7788-5722. Sklyarova Olena Eugenivna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine FPGE DNP «Danylo Halytsky Lviv National Medical University». ORCID: 0000-0003-3667-6304.

Personal contribution: Sklyarova OE — generating ideas for writing the article, analysing the problem, conducting literature research, formatting the article in accordance with requirements. Bilavka IV — writing of an article, selection of illustrations and their design, formulation of summary and conclusions. Klymkovych OY — analyzing literature data, preparation of the article for publication, support during the writing of the article.

Funding: The article was prepared within the budget funding of the DNP «Danylo Halytsky Lviv National Medical University».

Declaration of Ethics: The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias.

Article: Received 03.02.2026, accepted 09.02.2026, published 28.03.26.