



Г.Д. Фадеевко, О.В. Чирва, Ю.Г. Горб

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

Использование пребиотиков в лечении синдрома раздраженного кишечника

Цель — оценить эффективность и безопасность назначения диетической добавки «ЛактоБиоЭнтеросгель» как дополнительной терапии синдрома раздраженного кишечника (СРК).

Материалы и методы. Обследованы 23 (8 мужчин, 15 женщин) пациента с установленным диагнозом «СРК, смешанная форма» и «СРК, недифференцированная форма» согласно Римским критериям III (2006). Средний возраст — $(21,1 \pm 3,3)$ года. Все больные с СРК имели проявления болевого синдрома и метеоризма (классификация WGO, 2009). Пациенты распределены на две группы. Пациентам основной группы ($n = 12$) назначали «ЛактоБиоЭнтеросгель» в дозе 15 г трижды в сутки. Группу сравнения ($n = 11$) составили больные, которые в течение следующих 2 нед получали «ЛактоБиоЭнтеросгель» вместе со стандартной терапией СРК.

Результаты. Выявлено снижение практически всех показателей качества жизни у больных с СРК. Тенденция к снижению интенсивности основных клинических проявлений по шкале Лайкерта в результате лечения была сходной в обеих группах. На 7-е сутки терапии интенсивность абдоминально-болевого синдрома уменьшилась практически вдвое у 75,0 % пациентов основной группы ($p < 0,05$) и 72,7 % — группы сравнения, метеоризма — соответственно у 66,7 и 63,6 % ($p > 0,05$), нарушение стула — у 41,7 % ($p < 0,05$) и 54,6 % ($p > 0,05$). К окончанию курса терапии у пациентов обеих групп достигнуты статистически значимые изменения клинической картины ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о клинической эффективности диетической добавки «ЛактоБиоЭнтеросгель» при лечении больных с СРК с выраженным абдоминально-болевым синдромом и метеоризмом, что позволяет использовать ее в качестве дополнения стандартных схем лечения.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, дисбиотические нарушения, метеоризм, методы коррекции, сорбенты, пребиотики.

Функциональная патология кишечника является одной из актуальных проблем в современной гастроэнтерологии. По частоте встречаемости данная нозология не уступает воспалительным заболеваниям органов пищеварения [2]: ее проявления имеют место приблизительно у 20–40 % населения. В свою очередь синдром раздраженного кишечника (СРК), будучи третьим по распространенности в структуре гастроэнтерологической патологии, встречается более чем у 60,0 % населения, причем 2/3 пациентов не обращаются за медицинской помощью [1, 6]. Наиболее склонны к развитию данной категории заболеваний лица молодого трудоспособного возраста, что является отличительной и немаловажной особенностью любой функциональной патологии. Так, пик заболеваемости СРК

приходится на возраст 24–41 год. Обращаемость за медицинской помощью по поводу симптомов СРК в большой степени определяется социальным положением больных. Во многих случаях заболевание остается недиагностированным, что является причиной самолечения таких лиц либо вообще отсутствия каких-либо терапевтических мероприятий. Преимущественно молодой возраст, психологические особенности данной категории больных и продолжительность заболевания повышают требования к эффективности и безопасности назначаемых лекарственных препаратов.

Согласно определению World Gastroenterology Organization (WGO), СРК — это функциональное расстройство кишечника, при котором абдоминальная боль или дискомфорт ассоциированы с дефекацией или изменением кишечного транзита [10]. Из сопутствующих симптомов часто

встречаются вздутие, урчание, расстройства дефекации. Из «внекишечных» проявлений следует отметить головные боли, кардиалгии, вазоспастические реакции, частое мочеиспускание. Согласно Римским критериям III (2006), для постановки диагноза СРК болевой синдром должен соответствовать следующим критериям: носить рецидивирующий характер, иметь место в течение хотя бы 3 дней в месяц за последние 3 мес или больше и сочетаться хотя бы с двумя из следующих признаков: изменяться после дефекации, ее возникновение должно ассоциироваться с изменением частоты или формы стула. Симптомы должны беспокоить пациента на протяжении 3 последних месяцев, а длительность клинических проявлений (по сравнению с Римскими критериями II, 1999) сокращена с 12 до 6 мес [13]. Для больных с СРК часто характерны тревожно-ипохондрические и депрессивные реакции, что взаимно отягощает имеющиеся жалобы.

В соответствии с Римскими критериями III (2006) сегодня выделяют следующие подтипы СРК: СРК с запором (IBS-C) — частота твердого/шероховатого стула $\geq 25\%$ дефекаций и мягкого/водянистого стула $< 25\%$, СРК с диареей (IBS-D) — частота мягкого/водянистого стула $\geq 25\%$ дефекаций и твердого/шероховатого стула $< 25\%$, смешанная форма (IBS-M) — частота твердого/шероховатого и мягкого/водянистого стула $\geq 25\%$ дефекаций, недифференцированная (unsubtyped) форма СРК — имеющиеся расстройства консистенции стула недостаточны для применения критериев первых трех вариантов СРК. Согласно Римским критериям II (1999) в классификации выделяли три функциональных типа СРК: с преобладанием запоров, с преобладанием диареи и преобладанием боли в животе и метеоризма. Руководство WGO (2009) предполагает использовать следующую классификацию СРК: с преобладанием кишечной дисфункции, с преобладанием болевого синдрома и с преобладанием метеоризма. Также разработана новая классификация СРК с учетом основного триггерного фактора, а именно: постинфекционный СРК, СРК, индуцированный пищевой погрешностью (связанный с употреблением определенных пищевых продуктов), и стресс-индуцированный СРК [6].

Повышенное газообразование у больных СРК не только является дополнительным клиническим проявлением заболевания, что отражено в некоторых классификациях, но и может отягощать имеющийся абдоминальный болевой синдром. Качественный и количественный состав газа в каждом из сегментов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) зависит от баланса меж-

ду образованием газа в этом сегменте и его выведением. Газовый пузырь желудка состоит в основном из азота и кислорода и отражает состав заглатываемого воздуха. В просвете кишечника в норме содержится около 200 мл газа. Часть попадает из желудка, остальное количество образуется в кишечнике. Состав кишечного газа достаточно разнообразен: азот (11–92%), кислород (0–11%), углекислый газ (3–54%), водород (1–10%), метан (0–56%), сероводород (0–30%). В просвете кишки продуцируются углекислый газ, водород, ароматические соединения (индол, скатол, сероводород, меркаптан, метан). Дуоденальный газ характеризуется высоким парциальным давлением углекислого газа, который образуется в больших объемах в результате взаимодействия ионов водорода, поступающих из желудка, и ионов бикарбонатов, секретлируемых преимущественно поджелудочной железой. Углекислый газ толстого кишечника продуцируется в основном в результате ферментативного действия кишечных бактерий на органические вещества, нерасщепленные и невсосавшиеся в тонкой кишке (физиологическая мальабсорбция). К таким веществам относятся растительные волокна (целлюлоза, пектин, гемицеллюлоза, лигнины и др.). У людей с ускоренным пассажем пищи по тонкой кишке вследствие органических, биохимических или функциональных причин физиологическая мальабсорбция может увеличиваться, что приводит к бактериальной ферментации в пределах толстой кишки и повышенной продукции газа и осмотически активных веществ типа короткоцепочечных жирных кислот (КЖК). В свою очередь увеличенная концентрация КЖК способствует высвобождению серотонина [4], что стимулирует секрецию слизи, усиливает кишечную моторику и тем самым провоцирует болевую импульсацию. Чрезмерное выделение гистамина и серотонина бактериями толстого кишечника приводит к образованию избыточного количества токсических веществ, усилению моторной активности, изменению вегетативного тонуса и усугублению симптомов СРК. В результате повышенных потерь с фекалиями лизоцима, обладающего антигистаминными свойствами, и сниженной синтеза гистидазы поврежденной слизистой оболочкой кишечника в условиях измененного микробного метаболизма возрастает концентрация гистамина в крови, что усугубляет сенсibilизацию организма к условно-патогенной флоре. Таким образом развивается патогенетический порочный круг: замедление кишечного транзита является предрасполагающим фактором возникновения дисбиотических нарушений, а кишечный дисби-

оз способствует поддержанию моторно-эвакуаторной дисфункции.

При СРК также возможно развитие так называемого динамического варианта метеоризма. В этом случае газообразование не увеличено, однако недостаточная скорость выведения кишечного газа приводит к его накоплению. Данная ситуация возможна при нарушениях моторики и координации деятельности различных отделов кишечника. Как следствие, происходит перерастяжение стенки кишки, что также объясняет возникновение абдоминальной боли, громкого урчания и переливания в кишечнике. При этом ощущаемое пациентом вздутие может и не подтверждаться объективными методами обследования, так как у больных СРК повышена чувствительность рецепторного аппарата кишечника даже к нормальному количеству газа. Разновидностью динамического метеоризма является синдром Хилаидити, при котором наблюдается интерпозиция петель кишечника между печенью и диафрагмой, «синдром селезеночной флексуры» с высокой фиксацией селезеночного угла ободочной кишки и «синдром слепой кишки», для которого характерна повышенная подвижность слепой кишки. Во всех случаях на фоне дисмоторных нарушений ЖКТ формируется своеобразная «ловушка» для скопившихся газов. Перерастяжение стенки кишки приводит к возникновению болевого синдрома в соответствующих отделах пищеварительного тракта. Такие болевые ощущения в ряде случаев могут имитировать заболевания печени, желчевыводящих путей, аппендицит, кардиопатологию [7].

С клинической точки зрения, неудобства, причиняемые метеоризмом, в значительной степени усугубляют картину СРК. Более того, при хорошо развитой мускулатуре передней брюшной стенки скопившиеся газы могут поднимать диафрагму, вызывать одышку, неприятные ощущения в прекардиальной области, кардиалгии и даже рефлексорные нарушения сердечного ритма вследствие раздражения диафрагмального нерва.

СРК рассматривают в качестве многофакторного заболевания с множеством патогенетических звеньев, до конца не изученных. Можно предположить, что из-за многокомпонентности механизма развития функциональной патологии органов пищеварения для СРК характерно разнообразие симптоматики, которое проявляется несколькими клиническими вариантами заболевания. Перед клиницистом стоит непростая задача выбора оптимальных методов коррекции СРК. Проблема поиска и объективной оценки эффективности того или иного препара-

та является актуальной из-за сложности и малоизученности патофизиологии СРК и высокого эффекта плацебо (до 41 % и более) в этой группе пациентов [14].

Основой терапии больных с функциональными расстройствами ЖКТ является воздействие на модифицируемые факторы, а именно: нормализация образа жизни, коррекция режима питания, психотерапия, на что указывают последние международные рекомендации. На симпозиуме «Ведение трудного больного с синдромом раздраженной кишки» в рамках XX Объединенной европейской гастроэнтерологической недели в Амстердаме (2012) упоминалось о достоверном снижении частоты вздутия, флатуленции и абдоминальной боли при соблюдении диеты lowFODMAPs [8, 12].

Исходя из изложенного выше, целесообразно применение пробиотиков и пребиотиков в различных клинических ситуациях при наличии показаний [3]. Широко используются лиофилизированные пробиотические препараты, однако их эффективность во многих случаях недостаточна: 90 % клеток бифидо- и лактобактерий гибнут в кишечнике под воздействием энтеротоксинов и других факторов патогенной флоры. Что же касается пребиотиков, то они представляют собой пищевые волокна, в основном состоящие из некрахмальных полисахаридов и олигосахаридов и содержащие β -гликозидные связи. Количество β -гликозидных связей между молекулами пребиотика определяет их пребиотический индекс, то есть способность стимулировать рост и развитие нормальной микрофлоры кишечника. Вследствие отсутствия в ферментной системе человека β -гликозидаз, способных расщеплять данные связи, пребиотики являются неперевариваемыми углеводами. Таким образом, не усваиваясь в верхних отделах кишечника, пребиотики расщепляются (гидролизуются) исключительно сахаролитической микрофлорой, что делает их пищевым субстратом для нормальной микрофлоры кишечника [11].

Наиболее изученные в настоящее время пребиотики — олигофруктоза, инулин, галактоолигосахариды, лактулоза и олигосахариды грудного молока.

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению применения диетических добавок с содержанием пребиотиков. На украинском рынке появилась новая серия диетических добавок «Пребиосорбент», в которую входят «ЛактоБиоЭнтеросгель», «Сорболонг» и «АльгоБиоЭнтеросгель». Диетическая добавка «ЛактоБиоЭнтеросгель» содержит гидрогель метилкремниевой кислоты и лактулозу. Обладая пористой поверх-

ностью, гидрогель метилкремниевой кислоты отличается большой удельной площадью поверхности с выраженными гидрофобными свойствами, что объясняет его высокую сорбционную активность, направленную на токсические вещества, микробные токсины, избыток кишечного газа. Немаловажную роль в эффективности сорбционной терапии играет состояние слизистой оболочки кишечника. Повреждение энтерогематического барьера может быть обусловлено воздействием деконъюгированных желчных кислот, токсинов бактерий и др. С другой стороны, продолжительное использование сорбента, способного связывать крупномолекулярные субстраты, например секреторный IgA (sIgA), может привести к нарушению иммунного компонента энтерогематического барьера. Из этого следует, что важным является характер взаимодействия энтеросорбента с энтерогематическим барьером и селективность его ожидаемого сорбционного действия [9].

Лактулоза, входящая в состав «ЛактоБиоЭнтеросгеля», снижает рН в просвете толстой кишки. В свою очередь в кислой среде тормозятся процессы гниения. Баланс гниения и брожения сдвигается в сторону преобладания бродильных процессов, снижается образование токсичных продуктов гниения, что обуславливает более благоприятную среду для размножения «полезных» сапрофитных бактерий в толстой кишке. Имея на две молекулы одну β -гликозидную связь, лактулоза обладает самым высоким пребиотическим индексом, что делает ее «золотым эталоном» в классе препаратов-пребиотиков. Бифидогенное действие лактулозы обуславливает противоинфекционный эффект, так как бифидобактерии составляют основу нормальной микрофлоры толстой кишки и обеспечивают колонизационную резистентность организма. У патогенных же микроорганизмов, таких как кишечная палочка, клостридии, сальмонеллы, шигеллы, способность метаболизировать лактулозу значительно ниже. В такой ситуации соперничество за утилизацию питательных веществ приводит к угнетению протеолитической, потенциально патогенной кишечной микрофлоры. Вследствие снижения рН среды и осмотических изменений в просвете кишки лактулоза стимулирует перистальтику кишечника, предотвращает развитие запоров. Улучшение физиологической дефекации объясняется увеличением объема каловых масс и нормализацией их консистенции на фоне применения лактулозы.

Диетическая добавка «Сорболонг» содержит сорбент — ксерогель метилкремниевой кислоты и пребиотик инулин. Отличительной особенностью являются свойства инулина: его молеку-

лы, не расщепленные соляной кислотой в желудке, адсорбируют значительное количество пищевой глюкозы после еды. Встраиваясь в клеточную стенку, короткие фрагменты молекул инулина облегчают прохождение глюкозы внутрь клетки. Таким образом, обладая выраженным пребиотическим эффектом, инулин способствует нормализации обмена глюкозы, предотвращая резкие колебания уровня глюкозы в крови в течение суток. Также имеются данные о способности инулина улучшать показатели липидного профиля при атеросклерозе и дислипидемиях.

«АльгоБиоЭнтеросгель», состоящий из гидрогеля метилкремниевой кислоты и β -глюкана, наряду с выраженным сорбционным эффектом способствует нормализации иммунологического статуса организма. Бета-глюкан, обладая селективностью в отношении специфических рецепторов на поверхности макрофагов и обуславливая их активацию, приводит к реализации триггерных механизмов целого ряда процессов, направленных на иммунную защиту организма [5].

За время использования диетических добавок серии «Пребиосорбент» в клинике ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» нами накоплен собственный опыт применения диетических добавок с пребиотиками в качестве дополнительной терапии СРК.

Цель работы — оценить эффективность и безопасность назначения диетической добавки «ЛактоБиоЭнтеросгель» как дополнительной терапии СРК.

Материалы и методы

Обследовано 23 больных (8 мужчин, 15 женщин) с СРК. Средний возраст пациентов — $(21,1 \pm 3,3)$ года. Пациенты были распределены на две группы (основную и группу сравнения) методом случайной выборки и достоверно не отличались друг от друга. В исследование включали пациентов с диагнозом «СРК, смешанная форма» (частота твердого/шероватого и мягкого/водянистого стула ≥ 25 % дефекаций) и «СРК, недифференцированная форма» согласно рекомендациям международного совещания экспертов (Римские критерии III, 2006). Все больные с СРК имели проявления болевого синдрома и метеоризма (классификация WGO, 2009). Группу контроля составили 20 практически здоровых добровольцев.

На протяжении первых 7 дней после начального обследования больным запрещали прием лекарственных препаратов с потенциально возможным действием на ЖКТ. Пациентам основной группы ($n = 12$) рекомендовали принимать «ЛактоБиоЭнтеросгель» в среднетерапевтичес-

кой дозе — 15 г (1 столовая ложка или 1 пакет-саше) 3 раза в день за 10–15 мин до еды. Группу сравнения (n = 11) составили больные, которые в течение последующих 2 нед получали «Лакто-БиоЭнтеросгель» совместно со стандартной терапией СРК (спазмолитики, антидепрессанты, антидиарейные препараты, агонисты/антагонисты рецепторов серотонина).

Оценивали динамику жалоб и субъективные изменения выраженности нарушений стула, абдоминально-болевого синдрома и метеоризма по 6-балльной шкале Лайкерта до лечения и на 7-й и 14-й день терапии.

Вторичным исследуемым критерием, характеризующим общую эффективность и переносимость 2-недельной терапии «ЛактоБиоЭнтеросгелем» или комбинации «ЛактоБиоЭнтеросгеля» со стандартным лечением, было изменение показателей качества жизни согласно опросникам SF-36 Health Status Survey (SF-36) до и после лечения. Для расчета суммарного показателя «физический компонент здоровья — PHsum» использовали NBS-калькулятор [15]. PHsum рассчитывали на основании таких параметров, как «физическое функционирование — PF», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, — RP», «интенсивность боли — BP» и «общее состояние здоровья — GH». Суммарный показатель «психологический компонент здоровья — MHsum» рассчитывали на основании параметров «жизненная активность — VT», «социальное функционирование — SF», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, — RE» и «психическое здоровье — MN».

Помимо общеклинического обследования, всем больным до и после терапии проводили УЗИ органов брюшной полости с функциональными пробами.

Результаты и обсуждение

Несмотря на клинические различия форм СРК, все пациенты до терапии предъявляли жалобы на абдоминальную боль, нарушение стула и метеоризм разной степени выраженности. На снижение или отсутствие аппетита жаловались 20 (87,0 %) больных, на слабость, утомляемость, головную боль — 19 (82,6 %). Психоневрологические расстройства, такие как нарушение сна, плохое настроение, чувство тревоги, апатия, имели место у 17 (73,9 %) больных.

Изучение показателей качества жизни больных с СРК выявило снижение практически их всех. Выявленные изменения установлены для таких показателей, как RP — (63,2 ± 8,1) %, GH — (63,9 ± 4,2) %, VT — (48,5 ± 4,1) % (p < 0,05). Об-

ращает внимание значительное снижение показателя RE ((39,2 ± 9,2) %), отвечающего за эмоциональное состояние больных СРК, по сравнению с контрольной группой.

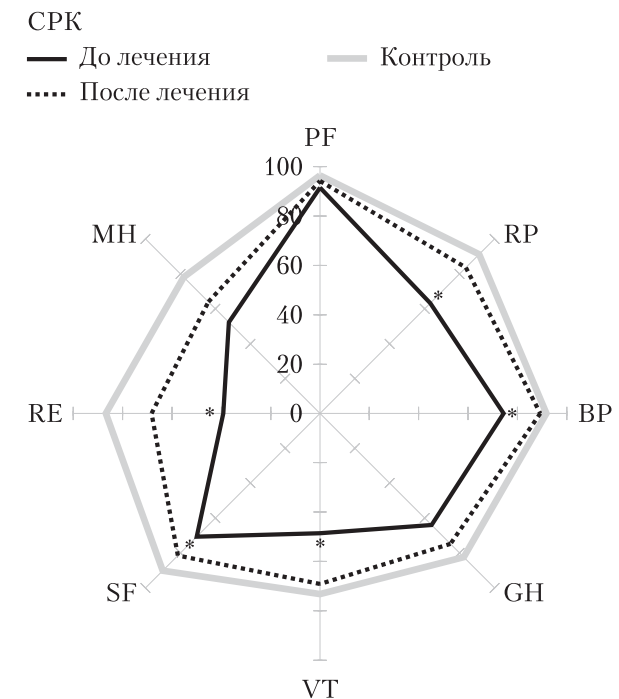
При УЗИ органов брюшной полости не выявлено клинически значимых отклонений в размере и структуре исследуемых внутренних органов, что подтверждает функциональный характер патологии кишечника скринированных пациентов.

Улучшение самочувствия больных с СРК в результате проведенного курса лечения «Лакто-БиоЭнтеросгелем» отмечено практически у всех пациентов. На рис. 1 представлены результаты изучения показателей качества жизни пациентов до и после терапии.

Отмечено увеличение всех показателей. Достоверные изменения по сравнению с исходным уровнем наблюдали для RP — (83,5 ± 5,1) %, BP — (89,2 ± 3,8) %, GH — (74,8 ± 4,2) %, SF — (81,4 ± 2,5) % и RE — (68,2 ± 3,8) % (p < 0,05).

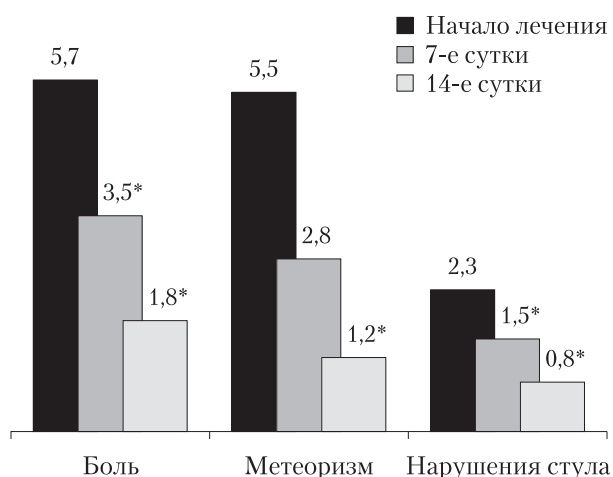
Оценка интенсивности основных клинических проявлений согласно данным шкалы Лайкерта продемонстрировала нивелирование патологических жалоб на фоне проводимой терапии.

Клиническое улучшение с уменьшением болевого синдрома и исчезновением метеоризма у больных с СРК на фоне терапии сочеталось с нормализацией стула. К 7-му дню терапии выраженность абдоминально-болевого синдрома



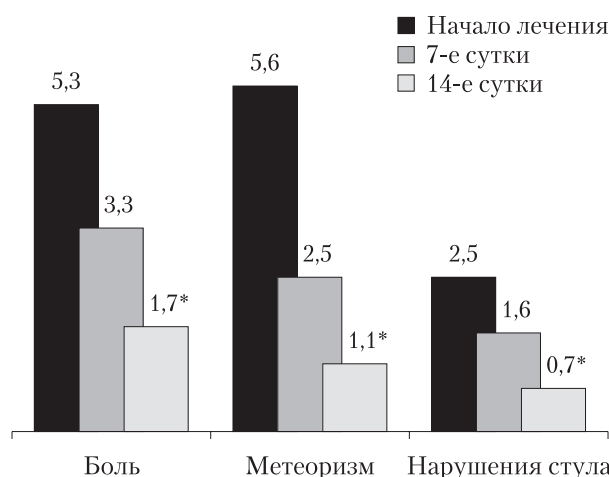
* Различия до и после лечения статистически значимы (p < 0,05).

Рис. 1. Показатели качества жизни в исследуемых группах до и после лечения



* Изменения по сравнению с началом лечения статистически значимы ($p < 0,05$).

Рис. 2. Динамика интенсивности основных жалоб у пациентов, принимавших монотерапию «ЛактоБиоЭнтеросгелем» ($n = 12$)



* Изменения по сравнению с началом лечения статистически значимы ($p < 0,05$).

Рис. 3. Динамика интенсивности основных жалоб больных в группе сравнения ($n = 11$)

уменьшилась практически вдвое у 9 (75 %) пациентов основной группы ($p < 0,05$) и у 8 (72,7 %) — группы сравнения, а метеоризма — у 8 (66,7 %) и 7 (63,6 %) соответственно ($p > 0,05$). Нарушения стула сохранялись несколько дольше и к 7-му дню лечения уменьшились вдвое у 5 (41,7 %) пациентов в группе монотерапии «ЛактоБиоЭнтеросгелем» ($p < 0,05$) и у 6 (54,6 %) — из группы комбинированного лечения ($p > 0,05$). Из данных рис. 2 и 3 видно, что тенденция к снижению интенсивности основных клинических проявлений была сходной в сравниваемых группах.

К моменту окончания курса лечения у пациентов обеих групп были достигнуты статистически значимые изменения клинической картины ($p < 0,05$). Полученные результаты указывают на эффективность использования «ЛактоБиоЭнтеросгеля» в качестве дополнительной терапии у больных с СРК с выраженными проявлениями болевого синдрома и метеоризма.

По окончании курса лечения 19 (82,6 %) пациентов оценили профиль переносимости средства «ЛактоБиоЭнтеросгель» как «отличная переносимость», а 3 (13,0 %) — как «хорошая». Безопасность диетической добавки «ЛактоБиоЭнтеросгель» подтверждается тем, что в течение 2 нед приема ни в одной из групп не наблюдали серьезных побочных эффектов (индивидуальная непереносимость препарата, аллергические реакции, тяжелые расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта и др.).

Безопасность диетической добавки «ЛактоБиоЭнтеросгель» подтверждается тем, что в течение 2 нед приема ни в одной из групп не наблюдали серьезных побочных эффектов (индивидуальная непереносимость препарата, аллергические реакции, тяжелые расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта и др.).

Выводы

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что применение диетической добавки «ЛактоБиоЭнтеросгель» при лечении больных СРК с выраженным абдоминально-болевым синдромом и метеоризмом является эффективным дополнением к стандартной терапии, что способствует быстрой положительной динамике клинической картины. Данные о клинической эффективности и безопасности клинико-экономически обосновывают применение средства «ЛактоБиоЭнтеросгель» как у пациентов гастроэнтерологического профиля, так и в широкой клинической практике.

Список литературы

1. Дзяк Г.В., Залевський В.І., Степанов Ю.М. Функційні захворювання кишечника. — Днепропетровск: ПП «Ліра ЛТД», 2004. — 200 с.
2. Дорощев А.Э., Рассохина О.А. Синдром раздраженного кишечника — современный взгляд на проблему // Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология. — 2011. — № 358.
3. Звягинцева Т.Д., Плутенко И.М. Коррекция дисбиотических нарушений при синдроме раздраженного кишечника // Сучасна гастроентерол. — 2008. — № 4 (42). — С. 72—75.
4. Клярницька І.І., Курченко М.Г. Сучасні підходи до лікування синдрому роз'ятрених кишок // Нова медицина. — 2003. — № 6. — С. 34—37.
5. Лукьянчук В.Д., Мищенко Е.М., Бабенко М.Н. Бета-глюканы как основа создания средств иммуномодулирующего действия // Укр. мед. часопис. — 2011. — № 5 (85). — С. 92—93.

6. Маев И.В., Черемушкин С.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III // Гастроэнтерология. Приложение к Consilium medicum. — 2007. — Т. 9, № 1. — С. 11.
7. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Скворцова Е.М. Актуальные вопросы диагностики и лечения синдрома раздраженной кишки // Consilium medicum. — Гастроэнтерология. — 2009. — № 1.
8. Ткач С.М. XX Объединенная европейская гастроэнтерологическая неделя // Сучасна гастроентерол.— 2012.— № 6 (68)— С. 112—120.
9. Применение метода энтеросорбции в практической медицине // Сб. клин. исследований препаратов «Фильгрум-СТИ®» и «Лактофильгрум®». Часть I: Введение в энтеросорбцию. Гастроэнтерология. — М., 2006. — 30 с.
10. Eamonn Quigley, Freid M. et al. WGO Practice Guideline — Irritable bowel syndrome: a global perspective.— World Gastroenterology Organisation, April 2009.
11. Guarner F, Khan A.G. et al. Пробиотики и пребиотики.— World Gastroenterology Organisation, May 2008.
12. Gibson P.R., Shepherd S.J. Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: the FODMAP approach // J. Gastroenterol. Hepatol.— 2010.— Vol. 25.— P. 252—258.
13. Longstreth G.F, Thompson W.G., Chey W.D. et al. Functional bowel disorders // Gastroenterology.— 2006.— Vol. 130 (5)— P. 1480—1491.
14. O'Mahony L, McCarthy J., Kelly P. et al. LactoBacillus and Bifidobacterium in irritable bowel syndrome: symptom responses and relationship to cytokine profiles // Gastroenterology.— 2005.— Vol. 128.— P. 541—551.
15. (<http://www.sf-36.org/nbscalc/index.shtml>).

Г.Д. Фадеенко, О.В. Чирва, Ю.Г. Горб

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

Використання пребіотиків при лікуванні синдрому подразненої кишки

Мета — оцінити ефективність і безпечність призначення дієтичної добавки «ЛактоБіоЕнтеросгель» як додаткової терапії синдрому подразненої кишки (СПК).

Матеріали та методи. Обстежено 23 (8 чоловіків, 15 жінок) осіб із встановленим діагнозом «СПК, змішана форма» і «СПК, недиференційована форма» згідно з Римськими критеріями III (2006). Середній вік — $(21,1 \pm 3,3)$ року. Всі хворі з СПК мали вияви больового синдрому та метеоризму (класифікація WGO, 2009). Пацієнтів розподілено на дві групи. Пацієнтам основної групи ($n = 12$) призначали «ЛактоБіоЕнтеросгель» у дозі 15 г тричі на добу. Групу порівняння ($n = 11$) склали хворі, які протягом наступних 2 тиж отримували «ЛактоБіоЕнтеросгель» разом зі стандартною терапією СПК.

Результати. Виявлено зниження практично всіх показників якості життя у хворих із СПК. Тенденція до зниження інтенсивності основних клінічних виявів за шкалою Лайкерта в результаті лікування була подібною в обох групах. На 7-му добу терапії інтенсивність абдомінально-больового синдрому зменшилася практично вдвічі у 75,0 % пацієнтів основної групи ($p < 0,05$) і 72,7 % — групи порівняння, метеоризму — відповідно у 66,7 і 63,6 % ($p > 0,05$), порушення випорожнення — у 41,7 % ($p < 0,05$) і 54,6 % ($p > 0,05$). До закінчення курсу терапії у пацієнтів обох груп досягнуто статистично значущої зміни клінічної картини ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані результати свідчать про клінічну ефективність дієтичної добавки «ЛактоБіоЕнтеросгель» при лікуванні хворих із СПК з вираженим абдомінально-больовим синдромом та метеоризмом, що є підставою для її використання як доповнення стандартних схем лікування.

Ключові слова: синдром подразненої кишки, дисбіотичні порушення, метеоризм, методи корекції, сорбенти, пребіотики.

G.D. Fadiencko, O.V. Chyryva, Yu.G. Gorb

GI «L.T. Malaya Therapy National Institute of the NAMS of Ukraine», Kharkiv

The use of prebiotics in the treatment of irritable bowel syndrome

Objective — to assess the efficacy and safety of administration of dietary supplement *LaktoBioEnterogel* as an adjunctive therapy of the irritable bowel syndrome (IBS).

Materials and methods. The investigation involved 23 patients (8 males, 15 females), mean age (21.1 ± 3.3) , with the established diagnosis of «IBS, mixed form» and «IBS, undifferentiated form» in accordance with Rome Criteria III, 2006. All patients had manifestations of pain syndrome and flatulence (WGO classification, 2009) and were divided into two groups. Patients of the main group ($n = 12$) took *LaktoBioEnterogel* 15 g 3 times per day. The patients of comparison group ($n = 11$) took *LaktoBioEnterogel* along with the standard IBS therapy.

Results. The reduction of almost all indices of quality of life (QoL) has been revealed in IBS patients. The trend towards the decrease of intensity of the main clinical manifestations (per Laykert scale) as a result of treatment was similar in both groups. On the 7th day of therapy, intensity of the abdominal pain syndrome decreased as

much as twice in 75.0 % of patients of the main group ($p < 0.05$) and in 72.7 % of the subjects from comparison group, flatulence was decreased in 66.7 % and 63.6 % ($p > 0.05$) respectively, and abnormal stool was normalized in 41.7 % ($p < 0.05$) and 54.6 % ($p > 0.05$), respectively. Statistically significant clinical changes ($p < 0.05$) were observed in the patients of both groups by the end of therapy.

Conclusions. The obtained results show the clinical efficacy of dietary supplement *LaktoBioEnterogel* in the treatment of irritable bowel syndrome with pain and flatulence and may be prescribed as addition to the standard schemes of treatment.

Key words: irritable bowel syndrome, dysbiotic disorders, flatulence, stuff correction, sorbents, prebiotics. □

Контактна інформація

Фадєєнко Галина Дмитрівна, д. мед. н., проф., директор ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
61039, м. Харків, вул. Постишева, 2а
Тел. (57) 373-90-32. E-mail: info@therapy.gov.ua

Стаття надійшла до редакції 12 серпня 2013 р.