



А. Э. Дорофеев¹, Н. Н. Руденко²,
Н. И. Швець¹, Т. П. Снисаревская¹

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев

² Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Лечение синдрома раздраженного кишечника. Место пробиотиков

В настоящее время синдром раздраженного кишечника (СРК) занимает первое место среди хронических заболеваний кишечника. Его распространенность составляет от 1 до 36 %, в среднем — около 7 %. Вопросы диагностики и лечения СРК являются актуальными, поскольку у больных СРК значительно снижается качество жизни. Оно ниже, чем у больных хронической сердечной недостаточностью 3-го функционального класса и пациентов с ревматоидным артритом. Диагностика СРК основана на трех ключевых пунктах: 1) клиническая картина и анализ истории заболевания; 2) тщательное объективное обследование; 3) проведение минимального количества лабораторных тестов и только при наличии строгих показаний, колоноскопии и других инструментальных исследований. Поскольку СРК — мультифакторное заболевание, лечение должно быть направлено на разные звенья патогенеза. Считается, что стартовая терапия СРК должна быть симптом-ориентированной, то есть устранять наиболее выраженные симптомы. В IV Римском консенсусе рекомендовано применение пробиотиков. В консенсусе упоминается только один пробиотик с конкретным штаммом — *Bifidobacterium infantis* 35624, который в Украине зарегистрирован как «Альфлорекс». Указано, что применение *Bifidobacterium infantis* 35624 у больных СРК способствует значительному облегчению абдоминальной боли/ дискомфорта, вздутия и улучшению дефекации. Наш небольшой опыт использования данного препарата связан с его недавним появлением в Украине. «Альфлорекс» более 10 лет успешно применяют в США. Он является штаммом № 1 по рекомендациям гастроэнтерологов США. Таким образом, в диагностике и лечении СРК следует ориентироваться на рекомендации IV Римского консенсуса, в котором четко определена необходимость применения пробиотиков. Использование *Bifidobacterium infantis* 35624 («Альфлорекс») у пациентов с СРК соответствует современным международным рекомендациям. Эффективность использования данного препарата в лечении больных с СРК доказана во многих клинических исследованиях.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, лечение, пробиотики.

В настоящее время синдром раздраженного кишечника (СРК) занимает первое место среди хронических заболеваний кишечника. Его распространенность составляет от 1 до 36 % (в среднем — около 7 %) (А. D. Sperber и соавт., 2017). Вопросы диагностики и лечения СРК являются актуальными, поскольку у больных СРК значительно снижается качество жизни, оно ниже, чем у больных хронической сердечной недостаточностью 3-го функционального класса и пациентов с ревматоидным артритом [20].

Экспертом в изучении функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), и в частности СРК, является Rome Foundation — международная научная организация, которая

разработала Римские критерии по ведению больных с функциональной патологией ЖКТ. Последний их пересмотр был опубликован в 2016 г. и включает большой раздел, посвященный СРК [13].

Согласно IV Римскому консенсусу СРК — это функциональное заболевание кишечника, проявляющееся рецидивирующей абдоминальной болью, связанной с дефекацией или изменением характера стула (диарея, запор), и вздутием/метеоризмом. Поскольку СРК — хроническое заболевание, то симптоматика должна появиться не менее чем за 6 мес до установления диагноза, и периодически возникать на протяжении 3 последних месяцев. По сравнению с III Римскими критериями из диагностических критериев СРК исключены жалобы на дискомфорт в животе из-

Таблица 1. Сравнение диагностических критериев синдрома раздраженного кишечника (Римские критерии III, IV)

| Римские критерии III | Римские критерии IV |
|--|---|
| Рецидивирующая боль или дискомфорт в животе по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 месяца, связанные с 2 или более из нижеследующих признаков: 1) улучшение после дефекации; 2) начало, связанное с изменением частоты стула; 3) начало, связанное с изменением формы стула | Рецидивирующая абдоминальная боль по крайней мере 1 день в неделю за последние 3 месяца, связанная с 2 или более из нижеследующих признаков: 1) связанная с дефекацией; 2) связанная с изменением частоты стула; 3) связанная с изменением формы стула |

за неоднозначного толкования термина «дискомфорт». Частота возникновения абдоминальных болей должна быть не реже, чем 1 раз в неделю, а не 3 раза в месяц, как было в предыдущих критериях (табл. 1). Также исключено упоминание об облегчении болей после дефекации, так как у части пациентов боли после дефекации, наоборот, усиливаются. Подчеркивается, что первое появление боли не всегда совпадает с изменением частоты дефекации и формы стула [13].

В зависимости от преобладающего характера стула выделяют формы СРК. Так, у больных с 1–2-м типом стула по Бристольской шкале (табл. 2) более чем при 25 % дефекаций (а с 6–7-м типом — менее чем при 25 %) устанавливают диагноз «СРК с запором» (СРК-З). Соответственно диагноз «СРК с диареей» (СРК-Д) устанавливают при преобладании 6–7-го типа стула. Если 1–2-й, а также 6–7-й тип стула выявляют чаще, чем при 25 % дефекаций, речь идет о смешанной форме (СРК-С), а если при менее чем 25 %, то о недифференцированной (СРК-Н). По нашим данным, в Украине чаще всего встре-

чается СРК-З — 38 %, второе место занимает СРК-Д (30 %), третье — СРК-С (25 %) [2].

Диагностика СРК основана на трех ключевых пунктах: 1) клиническая картина и анализ истории заболевания; 2) тщательное объективное обследование; 3) проведение минимального количества лабораторных тестов и только при наличии строгих показаний, колоноскопии и других инструментальных исследований.

При наличии критериев диагностики СРК и отсутствии «симптомов тревоги» нет необходимости в проведении дополнительных инструментальных исследований [13].

Поскольку СРК — мультифакторное заболевание, то и лечение должно быть направлено на разные звенья патогенеза. Считается, что стартовая терапия СРК должна быть симптом-ориентированной, то есть устранять наиболее выраженные симптомы (табл. 3) [21].

Таблица 3. Лекарственные препараты, рекомендуемые для купирования основных клинических симптомов синдрома раздраженного кишечника

| Симптом | Препарат |
|--------------------|---|
| Диарея | <ul style="list-style-type: none"> • Опиоидные агонисты • Диета • Секвестранты желчных кислот • Пробиотики • Антибиотики • 5-НТ₃-антагонисты |
| Запор | <ul style="list-style-type: none"> • Псилиум • Полиэтиленгликоль • Активаторы хлоридных каналов • Агонист гаунилатциклазы |
| Абдоминальная боль | <ul style="list-style-type: none"> • Спазмолитики • Масло мяты перечной • Трициклические антидепрессанты • Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина • Активаторы хлоридных каналов • Агонист гаунилатциклазы • 5-НТ₃-антагонисты |

Таблица 2. Бристольская шкала формы фекалий

| Тип | Описание |
|-----|---|
| 1 | Отдельные плотные комочки: напоминающие «орехи» (трудность пассажа) |
| 2 | Кал по форме колбаски, но комковатый |
| 3 | Вид колбаски с трещинами на поверхности |
| 4 | Кал «змейкой» или колбаской, но гладкий и мягкий |
| 5 | Мягкие шарики с ровными, острыми краями (эвакуируются легко) |
| 6 | Взбитые комочки фекалий «с обтрепанными» краями и пористой структурой |
| 7 | Водянистые или полностью жидкие фекалии без плотных комочков |

Поскольку обязательным симптомом СРК является абдоминальная боль, то рекомендованы спазмолитики и масло перечной мяты. Однако спазмолитики практически не влияют на характер стула. Поэтому у больных с запорами на помощь приходят слабительные. К сожалению, некоторые группы слабительных (нерастворимые волокна, стимулирующие и некоторые их осмотические) могут усиливать абдоминальную боль и вздутие живота. Два слабительных препарата (Lubiprostone и Linaclotide), рекомендованные для лечения СРК-З, в Украине не зарегистрированы. В нашей стране доступны два других рекомендованных IV Римским консенсусом слабительных — псиллиум и полиэтиленгликоль. Для лечения диареи IV Римский консенсус рекомендует использовать low-FODMAP-диету (с низким содержанием ферментируемых олигосахаридов, дисахаридов, моносахаридов и полиолов), опиоидный агонист лоперамид, 5-НТЗ-антагонисты, невоспалительный антибиотик рифаксимин и пробиотики [13].

Также в IV Римском консенсусе рекомендовано применение пробиотиков. Указано, что полезные эффекты пробиотиков реализуются у больных СРК посредством разных механизмов. Интересно, что в консенсусе упомянут только один пробиотик с конкретным штаммом — *Bifidobacterium infantis* 35624, который в Украине зарегистрирован как «Альфлорекс». Указано, что применение *B. infantis* 35624 у больных СРК приводит к значительному облегчению абдоминальной боли/дискомфорта, вздутия и улучшению дефекации.

Рассмотрим роль кишечной микробиоты в патогенезе СРК и место пробиотиков в их лечении. В ранних исследованиях, основанных на посеве кала, было установлено, что при СРК наблюдается уменьшение количества *Bifidobacteria* и *Lactobacilli*. В дальнейшем при использовании современных методов тестирования пристеночной микрофлоры было подтверждено снижение количества *Bifidobacteria* и увеличение *Proteobacteria*, что коррелировало с выраженностью симптоматики СРК. Зафиксирована обратно пропорциональная корреляция между выраженностью болей, частотой дефекации и содержанием пристеночных *Lactobacilli* и *Bifidobacteria*. Как причины изменения состава кишечной микрофлоры рассматривают особенности питания, кишечные инфекции, применение антибиотиков и процедуры, направленные на очищение кишечника (разные виды промывания) [9].

Каким образом изменение состава кишечной микрофлоры приводит к развитию симптома-

ти СРК? Показано, что такие обитатели кишечника, как *Lactobacilli* и *Bifidobacteria*, стимулируют выработку кишечной слизи, содержание в ней антибактериальных веществ, укрепление межэпителиальных плотных контактов и тем самым повышают барьерную функцию кишечного эпителия. Не менее важное значение имеет регулирующее воздействие синтезируемых микрофлорой метаболитов на нейроны периферической и центральной нервной системы (ЦНС). Благодаря этому изменяется моторная, секреторная и сенсорная функция кишечника. Некоторые микроорганизмы способны вырабатывать серотонин, который регулирует не только моторику кишечника, но и настроение и когнитивные функции [9]. Показано увеличение выработки серотонина и положительное воздействие на ЦНС пробиотика на основе *Bifidobacterium infantis* [7].

Кишечная микрофлора оказывает определяющее влияние на созревание энтеральной иммунной системы [9]. Перенесенная кишечная инфекция часто провоцирует развитие СРК. Такой вариант заболевания выделяют в отдельную форму — постинфекционный СРК [14]. Показано, что использование пробиотика на основе *Bifidobacterium infantis* способствует увеличению выработки регуляторных Т-лимфоцитов и повышению концентрации противовоспалительного интерлейкина-10 [16]. По нашим данным, в Украине постинфекционный вариант СРК встречается почти у 14 % больных с этим заболеванием [1].

Для коррекции изменений кишечной микрофлоры у больных СРК предложено соблюдать диету, а также применять пре- и пробиотики. Пребиотики — это вещества, селективно метаболизирующиеся нормальной флорой и приносящие пользу здоровью [10]. Однако у больных СРК они часто вызывают увеличение газообразования, диарею и усиление боли [9]. Лучшие результаты достигнуты при использовании low-FODMAP-диеты, однако пока неясно, к чему может привести ее продолжительное соблюдение [4]. Наибольшая доказательная база касается применения пробиотиков при лечении СРК. Согласно определению, предложенному FAO/WHO (2001) и поддержанному International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics (2014), пробиотик — это живой микроорганизм, который при применении в адекватной дозе способен оказать положительный эффект на организм хозяина [12].

В 2012 г. Всемирная гастроэнтерологическая организация рекомендовала назначать каче-

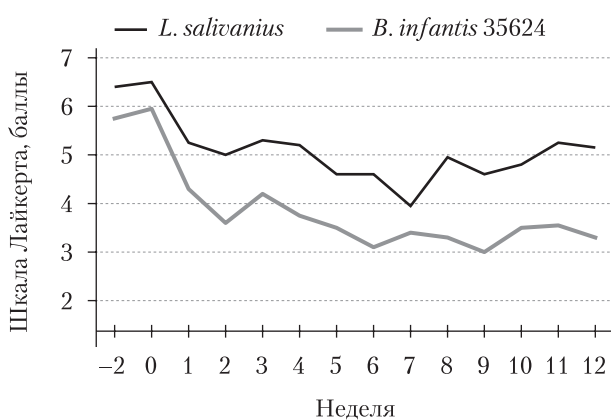


Рис. 1. *B. infantis* 35624 уменьшает общие симптомы у пациентов с синдромом раздраженного кишечника по шкале Лайкерга (суммарная оценка симптомов – боль, вздутие, частота дефекации) [16]

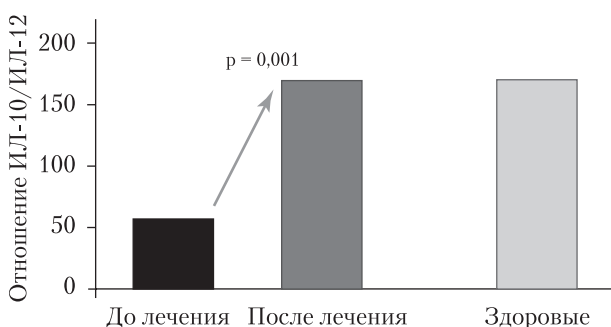


Рис. 2. *B. infantis* 35624 повышает уровень противовоспалительных цитокинов (ИЛ-10), восстанавливая цитокиновый профиль до уровня здоровых лиц [16]

ственный пробиотик в стартовой терапии СРК [17]. В метаанализе 24 рандомизированных клинических исследований (РКИ) с участием почти 1800 пациентов с СРК пробиотики оказались статистически значимо эффективнее плацебо в уменьшении боли и общей симптоматики [8]. Согласно результатам метаанализа 21 РКИ, пробиотики на 82 % эффективнее плацебо в отношении облегчения общей симптоматики и на 65–75 % – в отношении повышения качества жизни [24].

Среди пробиотических микроорганизмов при СРК лучше всего изучены *Bifidobacteria* и *Lactobacilli*. Бифидобактерии – это грамположительные микроорганизмы, относящиеся к одному из основных типов кишечных микроорганизмов – *Actinobacteria*. Бифидобактерии метаболизируют моносахара с образованием ацетата, лактата и этанола. В период грудного вскармливания являются доминирующей группой микроорганизмов (90 %), у взрослых их доля снижается до 4 %.

Один из штаммов бифидобактерий, доминирующих у детей первого года жизни, – *Bifidobacterium infantis*, метаболизирующий преимущественно олигосахариды грудного молока. Физиологическая роль бифидобактерий заключается в подавлении роста патогенов, участии в формировании кишечного биоценоза и модуляции иммунной системы [11]

На основе штамма *Bifidobacterium infantis* 35624 разработан пробиотический препарат. Его эффективность в лечении СРК изучена в РКИ. Применение пробиотика на основе *Bifidobacterium infantis* 35624 позволило статистически значимо уменьшить по сравнению с плацебо выраженность таких симптомов СРК, как боли, вздутие и частота стула, а также снизить количество провоспалительных интерлейкинов и повысить численность противовоспалительных (рис. 1, 2) [16].

В исследовании P.J. Whorwell и соавт. (2006) [22] пробиотик оказался эффективнее плацебо в купировании боли и общей симптоматики СРК. Отмечена высокая безопасность препарата и отсутствие значимых побочных эффектов. К аналогичным выводам пришли в 2009 г. D.M. Brenner и W.D. Chey, проанализировав РКИ [5]. В дальнейшем было показано, что 8-недельный прием пробиотика *Bifidobacterium infantis* 35624 приводил к появлению этого микроорганизма в кале, что свидетельствовало об успешном заселении данным штаммом толстой кишки [6]. В еще одном РКИ *Bifidobacterium infantis* 35624 уменьшал выраженность вздутия/метеоризма по сравнению с плацебо [18]. В метаанализе отмечена меньшая эффективность монокомпонентного пробиотика по сравнению с симбиотическими смесями [23]. Этот вывод подвергнут серьезной критике из-за неоднородности штаммов, которые применялись в исследованиях, включенных в метаанализ [3]. В IV Римском консенсусе единственным пробиотиком, рекомендованным для лечения СРК, является *Bifidobacterium infantis* 35624 [13].

«Альфлорекс» выпускают в капсулах, содержащих не менее 1 млрд бактерий *Bifidobacterium infantis* 35624. Накопленный нами небольшой опыт применения «Альфлорекса» при СРК (что связано с недавним появлением препарата в Украине) свидетельствует о его высокой эффективности в лечении СРК, как при назначении с другими базисными препаратами, так и в качестве монотерапии. При использовании «Альфлорекса» быстро уменьшаются абдоминальная боль и вздутие живота, что способствует улучшению качества жизни пациентов.

«Альфлорекс» более 10 лет успешно применяют в США. Он является № 1 штаммом по рекомендациям гастроэнтерологов США.

Таким образом, в диагностике и лечении СРК следует придерживаться рекомендаций IV Римского консенсуса, в частности применять про-

биотики. Использование *Bifidobacterium infantis* 35624 («Альфлорекс») у пациентов с СРК соответствует современным международным рекомендациям. Эффективность использования данного препарата доказана во многих клинических исследованиях.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования, обработка материала — А. Д., Н. Р., Н. Ш.; сбор материала — А. Д., Н. Р., Н. Ш., Т. С.; написание текста — А. Д., Н. Р.; редактирование — А. Д.

Список литературы

1. Дорофеев А.Э., Руденко Н.Н., Коновалова-Кушнир Т.А., Деркач И.А. Роль рифаксимина в лечении постинфекционного синдрома раздраженной кишки // Сучасна гастроентерологія. — 2016. — № 1 (87). — С. 105–109.
2. Дорофеев А.Е., Коновалова-Кушнир Т.А., Пархоменко Т.А. та ін. Клініко-епідеміологічна характеристика пацієнтів із синдромом подразненого кишечника в Донбаському регіоні // Медицина транспорту України. — 2013. — № 2. — С. 51–56.
3. Allen A.P., Clarke G., Cryan J.F. et al. *Bifidobacterium infantis* 35624 and other probiotics in the management of irritable bowel syndrome. Strain specificity, symptoms, and mechanisms // Curr. Med. Res. Opin. — 2017. — Vol. 33 (7). — P. 1349–1351.
4. Altobelli E., Del Negro V., Angeletti P.M., Latella G. Low-FOD-MAP diet improves irritable bowel syndrome symptoms: A meta-analysis // Nutrients. — 2017. — Vol. 9 (9). — E940.
5. Brenner D.M., Chey W.D. *Bifidobacterium infantis* 35624: a novel probiotic for the treatment of irritable bowel syndrome // Rev. Gastroenterol. Disord. — 2009. — Vol. 9 (1). — P. 7–15.
6. Charbonneau D., Gibb R.D., Quigley E.M. Fecal excretion of *Bifidobacterium infantis* 35624 and changes in fecal microbiota after eight weeks of oral supplementation with encapsulated probiotic // Gut. Microbes. — 2013. — Vol. 4 (3). — P. 201–211.
7. Desbonnet L., Garrett L., Clarke G. et al. The probiotic *Bifidobacteria infantis*: An assessment of potential antidepressant properties in the rat // J. Psychiatr. Res. — 2008. — Vol. 43 (2). — P. 164–174.
8. Didari T., Mozaffari S., Nikfar S., Abdollahi M. Effectiveness of probiotics in irritable bowel syndrome: Updated systematic review with meta-analysis // World J. Gastroenterol. — 2015. — Vol. 21 (10). — P. 3072–3084.
9. Fan W.T., Ding C., Xu N.N. et al. Close association between intestinal microbiota and irritable bowel syndrome // Eur J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 2017. — Aug 7 [Epub. ahead of print].
10. Gibson G.R., Hutkins R., Sanders M.E. et al. Expert consensus document. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics (ISAPP) consensus statement on the definition and scope of prebiotics // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2017. — Vol. 14 (8). — P. 491–502.
11. Hidalgo-Cantabrana C., Delgado S., Ruiz L. et al. *Bifidobacteria* and their health-promoting effects // Microbiol Spectr. — 2017. — Vol. 5 (3).
12. Hill C., Guarner F., Reid G. et al. Expert consensus document. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2014. — Vol. 11 (8). — P. 506–514.
13. Lacy B.E., Mearin F., Chang L. et al. Bowel disorders // Gastroenterol. — 2016. — Vol. 150. — P. 1393–1407.
14. Lee Y.Y., Annamalai C., Rao S.S.C. Post-infectious irritable bowel syndrome // Curr. Gastroenterol. Rep. — 2017. — Vol. 19 (11). — P. 56.
15. O'Mahony C., Scully P., O'Mahony D. et al. Commensal-induced regulatory T cells mediate protection against pathogen-stimulated NF-kappa B activation // PLoS Pathog. — 2008. — Vol. 4 (8). — e1000112.
16. O'Mahony L., McCarthy J., Kelly P. et al. *Lactobacillus* and *Bifidobacterium* in irritable bowel syndrome: symptom response and relationship to cytokine profiles // Gastroenterol. — 2005. — Vol. 128 (3). — P. 541–551.
17. Quigley E.M., Abdel-Hamid H., Barbara G. et al. A global perspective on irritable bowel syndrome: a consensus statement of the World Gastroenterology Organisation Summit Task Force on irritable bowel syndrome // J. Clin. Gastroenterol. — 2012. — Vol. 46 (5). — P. 356–366.
18. Ringel-Kulka T., McRorie J., Ringel Y. Multi-center, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study to evaluate the benefit of the probiotic *Bifidobacterium infantis* 35624 in non-patients with symptoms of abdominal discomfort and bloating // Am. J. Gastroenterol. — 2017. — Vol. 112 (1). — P. 145–151.
19. Simrén M., Törnblom H., Palsson O.S., Whitehead W.E. Management of the multiple symptoms of irritable bowel syndrome // Lancet Gastroenterol. Hepatol. — 2017. — Vol. 2 (2). — P. 112–122.
20. Spiegel B., Harris L., Lucak S. et al. Developing valid and reliable health utilities in irritable bowel syndrome: results from the IBS PROOF Cohort // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104 (8). — P. 1984–1991.
21. Tack J., Vanuytsel T., Corsetti M. Modern management of irritable bowel syndrome: more than motility // Dig. Dis. — 2016. — Vol. 34 (5). — P. 566–573.
22. Whorwell P.J., Altringer L., Morel J. et al. Efficacy of an encapsulated probiotic *Bifidobacterium infantis* 35624 in women with irritable bowel syndrome // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101 (7). — P. 1581–1590.
23. Yuan F., Ni H., Asche C.V. et al. Efficacy of *Bifidobacterium infantis* 35624 in patients with irritable bowel syndrome: a meta-analysis // Curr. Med. Res. Opin. — 2017. — Vol. 33 (7). — P. 1191–1197.
24. Zhang Y., Li L., Guo C. et al. Effects of probiotic type, dose and treatment duration on irritable bowel syndrome diagnosed by Rome III criteria: a meta-analysis // BMC Gastroenterol. — 2016. — Vol. 16 (1). — P. 62.

А. Е. Дорофеев¹, М. М. Руденко², Н. І. Швець¹, Т. П. Снісаревська¹

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

² Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Лікування синдрому подразненого кишечника. Місце пробіотиків

Нині синдром подразненого кишечника (СПК) посідає перше місце серед хронічних захворювань кишечника. Його поширеність становить від 1 до 36 %, у середньому — близько 7 %. Питання діагностики і лікування СПК є актуальними, оскільки у хворих на СПК значно знижується якість життя. Вона нижче, ніж у хворих на хронічну серцеву недостатність 3-го функціонального класу і пацієнтів з ревматоїдним артритом. Діагностика СПК ґрунтується на трьох ключових пунктах: 1) клінічна картина і аналіз історії захворювання; 2) ретельне об'єктивне обстеження; 3) проведення мінімальної кількості лабораторних тестів і лише за наявності суворих показань, колоноскопії та інших інструментальних досліджень. Оскільки СПК — мультифакторне захворювання, лікування має бути спрямоване на різні ланки патогенезу. Вважають, що стартова терапія СПК має бути симптом-орієнтованою, тобто усувати найвираженіші симптоми. У IV Римському консенсусі рекомендовано застосування пробіотиків. У консенсусі згадується лише один пробіотик з конкретним штамом — *Bifidobacterium infantis* 35624, який в Україні зареєстровано як «Альфлорекс». Указано, що застосування *Bifidobacterium infantis* 35624 у хворих на СПК сприяє значному полегшенню абдомінального болю/дискомфорту, здуттю і поліпшенню дефекації. Наш невеликий досвід використання цього препарату пов'язаний з його недавньою появою в Україні. «Альфлорекс» понад 10 років успішно застосовують у США. Він є штамом № 1 за рекомендаціями гастроентерологів США. Таким чином, у діагностиці і лікуванні СПК слід орієнтуватися на рекомендації IV Римського консенсусу, в якому чітко визначена необхідність застосування пробіотиків. Використання *Bifidobacterium infantis* 35624 («Альфлорекс») у пацієнтів із СПК відповідає сучасним міжнародним рекомендаціям. Ефективність використання цього препарату в лікуванні хворих на СПК доведена у багатьох клінічних дослідженнях.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, лікування, пробіотики.

А. Е. Dorofeyev¹, М. М. Rudenko², N. I. Shvetz¹, T. P. Snisarevska¹

¹ P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

² O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Treatment of the irritable bowel syndrome: the role of probiotics

Currently, the irritable bowel syndrome (IBS) ranks first in the chronic bowel diseases. Its prevalence varies 1 to 36 % and is about 7 % at average. The problems of IBS diagnosis and treatment remain relevant in the modern gastroenterology, as the quality of life in patients with IBS is significantly reduced; it is lower than in patients with chronic heart failure of the 3 functional class and in patients with rheumatoid arthritis. Diagnosis of IBS is based on three key points: 1) the clinical picture and analysis of the history of the disease; 2) a thorough objective examination; 3) conducting a minimum number of laboratory tests and only if there have strict indications, colonoscopy and other instrumental studies. Since IBS is a multifactorial disease, treatment should be directed to various links of pathogenesis. It is believed that the starting therapy of IBS should be a symptom-oriented aimed at eliminating the most pronounced symptoms. In the 4th Rome Consensus, the use of probiotics is recommended. In a consensus, only one probiotic is mentioned with a specific strain — *Bifidobacterium infantis* 35624, which in Ukraine is registered as Alflorex. It is indicated that the use of *Bifidobacterium infantis* 35624 in patients with IBS results in the significant relief of abdominal pain/discomfort, swelling/improvement of defecation disorders. Our limited experience of using this drug is associated with its recent appearance in Ukraine. At the same time, *B. infantis* 35624 — Alflorex has been successfully used in the USA for more than 10 years and is the strain number 1 as per recommendations of the US gastroenterologists. Thus, the diagnosis and treatment of IBS should be guided by Recommendation IV of the Rome Consensus, which clearly defines the need for probiotics. Use of *B. infantis* 35624 — Alflorex in patients with IBS is consistent with current international recommendations and is proven by many clinical studies. This drug was studied in detail and demonstrated high clinical efficacy in the treatment of patients with IBS.

Key words: irritable bowel syndrome, treatment, probiotics. □

Контактна інформація

Дорофеев Андрей Едуардович, д. мед. н.
01030, м. Київ, бульв. Т. Шевченка, 17

Стаття надійшла до редакції 19 лютого 2018 р.