



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

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

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

Препарат «Фиброколиум» в лечении синдрома раздраженной кишки с запором. Первый опыт в Украине

Цель — сравнить клиническую эффективность препарата «Фиброколиум» («Specchiasol S.r.l», Италия) с препаратом псиллиума у больных с синдромом раздраженной кишки с запорами (СРК-З).

Материалы и методы. Исследование носило характер простого открытого. Под нашим наблюдением находились 34 больных с СРК-З. Диагноз устанавливали по IV Римским критериям. Среди больных преобладали женщины (29 (72,5 %)). Средний возраст пациентов составил (37,4 ± 5,2) года. Больные были распределены на две сопоставимые по соотношению полов и возрасту группы: в первой (n = 12) получали «Фиброколиум» по 1 порошку 2 раза в сутки с не менее чем 200 мл воды, во второй (n = 22) — препарат псиллиума по 1 порошку (5 г) 2 раза в сутки с достаточным количеством воды. За 10 дней до начала лечения пациенты прекращали прием препаратов слабительного, спазмолитического и прокинетиического действия. Во время лечения больные находились на стандартной диете. У всех больных до начала лечения и на 14-е сутки терапии определяли частоту дефекации, форму кала по Бристольской шкале, выраженность метеоризма по коэффициенту ультразвуковой доступности, выраженность абдоминальной боли по визуальной аналоговой шкале и время кишечного (оро-анального) транзита по карболеновой пробе.

Результаты. Через 2 нед лечения в первой группе у 10 (84 %) больных отмечен стул 3–6-го типа, у 1 (8 %) — 7-го типа, еще у 1 (8 %) — 2-го типа. Во второй группе стул 3–6-го типа был у 16 (73 %) лиц, 7–8-го типа — у 2 (9 %), 1–2-го типа — у 4 (18 %). Частота дефекации в первой группе увеличилась на 95 % (до (3,7 ± 0,3) раза в неделю), а во второй — на 94 % (до (3,5 ± 0,3) раза в неделю). Время кишечного транзита в первой группе сократилось на 31 % (до (58,6 ± 16,5) ч), во второй — на 24 % (до (71,2 ± 18,9) ч). Значение коэффициента ультразвуковой доступности в первой группе увеличилось на 28 % (до (51,2 ± 7,1) %), во второй — на 10 % (до (49,7 ± 6,9) %). Выраженность боли по визуальной аналоговой шкале в первой группе снизилась на 33 % (до (5,2 ± 1,1) см), во второй — на 10 % (до (6,6 ± 1,4) см). Все отличия между группами статистически незначимы (p > 0,05). У больных обеих групп отсутствовали такие побочные эффекты лечения, как профузная диарея, электролитные расстройства и изменение биохимических показателей. У одного пациента в первой группе и у двоих во второй были жалобы на чувство тяжести в животе после приема препарата, что не потребовало прекращения лечения.

Выводы. Препарат «Фиброколиум», содержащий псиллиум, тамаринд, имбирь и растительные ферменты, так же эффективен в устранении запора у больных с СРК, как и препарат псиллиума. Благодаря дополнительным растительным компонентам препарат более эффективно уменьшает выраженность метеоризма и боли у пациентов с СРК-З. Препарат является безопасным.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, лечение, «Фиброколиум».

Чаще всего среди заболеваний кишечника встречается такая функциональная патология как синдром раздраженной кишки (СРК). Так, по данным А. D. Sperber и соавт. (2017), полученным при анализе 83 исследований, распространенность этого заболевания широко варьирует — от 1,1 % во Франции и Иране до 35,5 %

в Мексике. В Европе этот показатель составляет приблизительно 7,1 % [20]. Диагноз СРК устанавливают согласно Римским критериям, которые в очередной раз были пересмотрены в 2016 г. [13]. В зависимости от преобладающих симптомов принято выделять СРК с диареей (СРК-Д), запорами (СРК-З), без четкого преобладания, или смешанную форму (СРК-С) и недифференцированную (СРК-Н). Для определения формы

СРК рекомендовано використовувати оцінку форми стула по Бристольській шкалі. По нашим даним, в українській популяції чаще всего зустрічається СРК-З (около 40%), на другому місці — СРК-Д (30%), на третьому СРК-С (почти 25%) [2]. Таким образом, в нашей стране у двух третей больных с СРК имеет место запор. Если у больного с СРК более чем при 25% дефекаций наблюдается стул 1–2-го типа по Бристольской шкале, констатируют наличие запора [13].

Синдром запора широко распространён в разных странах. Согласно эпидемиологическим исследованиям, от 2 до 27% лиц в популяции (в среднем — 20%) страдают запором [5]. У большинства пациентов с запорами продолжительность жизни не уменьшена, однако ее качество ухудшено [17]. Кроме того, СРК-З является серьезным экономическим бременем для системы здравоохранения. Так, в США расходы на одного больного с СРК-З составили почти 7 тыс. дол. за два года наблюдения [12].

Лечение СРК в настоящее время основано на коррекции ведущих симптомов [13]. Стартовая терапия зависит от выраженности симптоматики. В случае незначительных по интенсивности симптомов ограничиваются модификацией образа жизни и в первую очередь соблюдением диеты low-FODMAP. Однако длительное соблюдение диеты ухудшает качество жизни, поэтому большинство пациентов начинают медикаментозное лечение [19]. Симптом-ориентированная терапия предусматривает переход к следующей схеме в случае недостаточной эффективности предыдущей. Эффективность лечения больных с СРК-З зависит от устранения основных проявлений заболевания. Традиционно при этом учитывают частоту дефекации и выраженность болей. В недавно опубликованном метаанализе 11 рандомизированных клинических исследований выявлена тесная обратно пропорциональная корреляция между частотой дефекации и интенсивностью абдоминальных болей у пациентов с СРК-З [6]. В настоящее время предложено уделять внимание такому симптому СРК как вздутие/метеоризм. В итальянском исследовании, включавшем более 2 тыс. больных, отмечена ведущая роль устранения/уменьшения метеоризма в повышении эффективности лечения и качества жизни у больных с запорами [16].

Поскольку обязательным симптомом СРК являются боли, то всем пациентам для их купирования назначают спазмолитики. При сохранении жалоб добавляют антидепрессанты, а в особенно резистентных случаях рекомендуют консультацию психотерапевта [3]. Не меньшее зна-

чение имеет устранение таких симптомов как диарея, метеоризм и запор.

В крупном европейском исследовании, включавшем более 5 тыс. больных с хроническими запорами из 12 стран, изучена частота применения разных групп слабительных препаратов. Чаще всего для лечения запора использовали стимулирующие слабительные, реже — осмотические и объемобразующие. Доля последних варьировала от 8–11% в Скандинавских странах до 30% в Италии. Более половины пациентов приобретали слабительное самостоятельно, не прибегая к врачебным рекомендациям, а 42% вообще не обращались за медицинской помощью по поводу запоров. Удовлетворенные результаты лечения отмечены у 57% пациентов. Наиболее частой причиной неудовлетворенности была выраженная флатуленция [9].

В IV Римском консенсусе для лечения запора у больных с СРК предложено использовать несколько групп препаратов. В первую очередь объемобразующий препарат псиллиума, а также осмотическое слабительное полиэтиленгликоль («Макроголь»), активатор хлоридных каналов лубипростон и агонист гуанилатциклазы линаклотид [13]. В настоящее время два последних препарата в нашей стране не зарегистрированы. Поэтому в Украине лечение больных с СРК-З целесообразно начинать с препарата объемобразующего действия на основе псиллиума.

Не все растительные волокна одинаково эффективны в лечении СРК. Так, при применении короткоцепочечных растительных волокон нарастает метеоризм и абдоминальные боли. Использование нерастворимых волокон сопровождается раздражением толстой кишки и увеличением метеоризма [14]. Поэтому единственным видом растительных волокон, рекомендованных для лечения запоров у больных с СРК, являются растворимые длинноцепочечные волокна псиллиума [8]. Псиллиум является натуральным растительным продуктом и производится из оболочки семян подорожника блошиного. В водной среде он образует гелеподобную структуру, которая, не перевариваясь пищеварительными ферментами, достигает толстой кишки. Действие псиллиума в кишечнике многообразно. Увеличение объема кишечного содержимого способствует повышению пропульсивной активности и появлению позыва к дефекации. Являясь естественной пищей для сапрофитной микрофлоры, псиллиум обладает пребиотическим эффектом, а продукты его метаболизма (в первую очередь бутират) служат источником энергии для колоцитов. Еще одним ценным свойством псиллиума является спо-

способность связывать холестерол и тем самым препятствовать его всасыванию [8]. Эффективность псиллиума при СРК-3 была подтверждена в многочисленных рандомизированных клинических исследованиях, что позволило включить его в международные рекомендации по лечению СРК [10, 13, 15]. Отмечено, что под действием псиллиума учащается стул и уменьшается абдоминальная боль/дискомфорт. Однако его влияние на флатуленцию/метеоризм менее существенно [7, 18]. Поэтому для уменьшения метеоризма используют комбинации псиллиума с другими компонентами, влияющими на образование и/или выведение кишечных газов.

Недавно зарегистрированный в Украине препарат «Фиброколиум» относится к комбинированным слабительным средствам на основе псиллиума. Его производят из натуральных растительных компонентов одна из ведущих итальянских компаний «Specchiasol S.r.l.», уже более 40 лет специализирующаяся на производстве фитотерапевтических препаратов. Выпускают «Фиброколиум» в виде саше, содержащих, помимо псиллиума, экстракт плодов тамаринда, сухой экстракт корня имбиря, концентрированный грушевый сок и пищеварительные ферменты (амилазу, липазу, лактазу и целлюлазу) растительного происхождения. Плоды тамаринда много веков используют в аюрведической медицине для коррекции запоров. В настоящее время у тамаринда, помимо слабительного, обнаружено спазмолитическое, антибактериальное, антиоксидантное и гипополидемическое действие [4]. С античных времен корень имбиря применяют не только в качестве приправы, но и для лечения большого количества заболеваний. Доказано его слабительное, антиоксидантное, пребиотическое, спазмолитическое, противовоспалительное и прокинетиическое действие [11]. Растительные ферменты способствуют более полному перевариванию таких компонентов пищи, как жиры, лактоза, крахмал и клетчатка.

Цель работы — сравнить клиническую эффективность препарата «Фиброколиум» с препаратом псиллиума у больных с СРК-3.

Материалы и методы

Исследование носило характер простого открытого. Под нашим наблюдением находились 34 больных с СРК-3. Диагноз устанавливали по IV Римским критериям. Среди больных преобладали женщины (29 (72,5%)), средний возраст пациентов составил ($37,4 \pm 5,2$) года.

Больные были распределены на две сопоставимые по соотношению полов и возрасту груп-

пы: в первой ($n = 12$) получали «Фиброколиум» по 1 порошку 2 раза в сутки с не менее чем 200 мл воды, во второй ($n = 22$) — препарат псиллиума по 1 порошку (5 г) 2 раза в сутки с достаточным количеством воды. За 10 дней до начала лечения пациенты прекращали прием препаратов слабительного, спазмолитического и прокинетиического действия. Во время лечения больные находились на стандартной диете.

У всех больных до начала лечения и на 14-е сутки терапии определяли частоту дефекации, форму кала по Бристольской шкале, выраженность метеоризма по коэффициенту ультразвуковой доступности (КУД), выраженность абдоминальной боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и время кишечного (оро-анального) транзита по карболеновой пробе.

Результаты и обсуждение

Изначально в обеих группах стул соответствовал 1–2-му типу по Бристольской шкале. Частота дефекации в первой группе составляла в среднем ($1,9 \pm 0,22$) раза в неделю, а во второй — ($1,8 \pm 0,19$) раза в неделю, время кишечного транзита — соответственно ($85,2 \pm 19,4$) и ($92,6 \pm 16,3$) ч, КУД — ($39,7 \pm 6,4$) и ($45,1 \pm 5,8$) %, интенсивность болей в животе по ВАШ — ($7,8 \pm 1,5$) и ($7,3 \pm 1,3$) см.

Через 2 нед лечения получены следующие результаты. В первой группе у 10 больных (84 %) отмечен нормальный стул (3–6-го типа), у 1 (8 %) — 7-го типа, еще у 1 (8 %) — 2-го типа. Во второй группе стул 3–6-го типа был у 16 (73 %), 7–8-го типа — у 2 (9 %), 1–2-го типа — у 4 (18 %). Частота дефекации в первой группе увеличилась на 95 % (до ($3,7 \pm 0,3$) раза в неделю), а во второй — на 94 % (до ($3,5 \pm 0,3$) раза в неделю) (рисунок). Время кишечного транзита в первой группе сократилось на 31 % (до ($58,6 \pm 16,5$) ч), во вто-

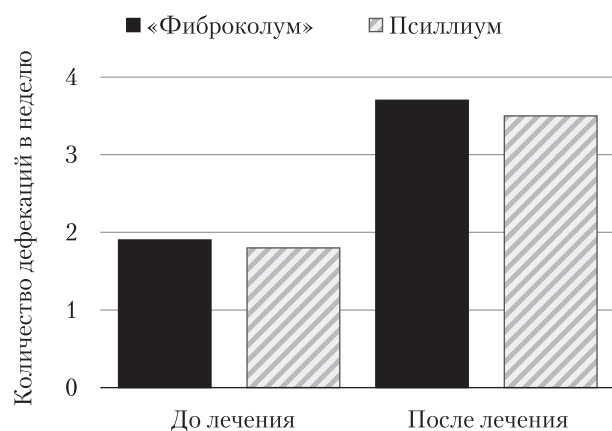


Рисунок. Частота дефекации до и после лечения

рой — на 24 % (до $71,2 \pm 18,9$) ч). КУД в первой группе увеличился на 28 % (до $51,2 \pm 7,1$ %), во второй — на 10 % (до $49,7 \pm 6,9$ %). Выраженность болей по ВАШ в первой группе снизилась на 33 % (до $5,2 \pm 1,1$ см), во второй — на 10 % (до $6,6 \pm 1,4$ см). Все отличия между группами недостоверны ($p > 0,05$). У больных обеих групп отсутствовали такие побочные эффекты лечения, как профузная диарея, электролитные расстройства и изменение биохимических показателей. У одного пациента в первой группе и у двоих во второй были жалобы на ощущение тяжести в животе после приема препарата, что не потребовало прекращения лечения.

Как видно из приведенных данных, препарат «Фиброколиум» сопоставим с препаратом псиллиума по таким показателям, как нормализация типа стула, увеличение частоты дефекации и уменьшение времени кишечного транзита. Однако он в большей степени подавляет метеоризм и, вероятно, благодаря этому существенно уменьшает абдоминальные боли. Из-за небольшой по размерам выборки больных различия между группами не достигали достоверного значения.

Весьма незначительное уменьшение метеоризма во второй группе больных, вероятно, связано с ускорением кишечного транзита и более быстрой эвакуацией газов из кишечника. При добавлении к псиллиуму таких компонентов, как тамаринд и имбирь, обеспечивается дополнительное спазмолитическое, пребиотическое и

прокинети́ческое действие. Вследствие этого дополнительно ускоряется кишечный транзит и уменьшаются абдоминальные боли. Ферментные препараты, особенно содержащие целлюлазу, достаточно эффективно уменьшают выраженность метеоризма [1]. В состав «Фиброколиума», помимо целлюлазы, входит амилаза, липаза и лактаза. Благодаря этому в нижние отделы желудочно-кишечного тракта попадает меньше непереваренных компонентов пищи, поэтому кишечная микрофлора продуцирует меньше газов, что способствует дополнительному уменьшению выраженности метеоризма. Учитывая важную роль метеоризма в возникновении симптоматики у больных с СРК, его уменьшение способствует снижению интенсивности боли. Этим объясняется преимущество «Фиброколиума» по сравнению с препаратом псиллиума, не содержащим дополнительных компонентов.

Выводы

Препарат «Фиброколиум», содержащий псиллиум, тамаринд, имбирь, концентрат грушевого сока и растительные ферменты, так же эффективен в устранении запора у больных с СРК, как и препарат псиллиума.

Благодаря дополнительным растительным компонентам «Фиброколиум» более эффективно уменьшает выраженность метеоризма и боли у пациентов с СРК-З.

Отмечена высокая безопасность препарата «Фиброколиум».

Статья опубликована при поддержке ООО «Новеко Украина».

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

Список литературы

1. Дорофеев А.Э., Руденко Н.Н., Агибалов А.Н. и др. Место ферментов, пеногасителей и энтеросорбентов в лечении метеоризма // IV International Euro-Asian Gastroenterological Congress. — Tashkent, 2000. — P. 287.
2. Дорофеев А.Е., Коновалова-Кушнір 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. Almquist E., Törnblom H., Simrén M. Practical management of irritable bowel syndrome: a clinical review // Minerva Gastroenterol. Dietol. — 2016. — Vol. 62 (1). — P. 30—48.
4. Bhadoriya S. S., Ganeshpurkar A., Narwaria J. et al. Tamarindus indica: Extent of explored potential // Pharmacogn. Rev. — 2011. — Vol. 5 (9). — P. 73—81.
5. Bharucha A.E., Pemberton J.H., Locke G.R. 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation // Gastroenterol. — 2013. — Vol. 144 (1). — P. 218—238.
6. Bielefeldt K., Levinthal D.J., Nusrat S. Effective constipation treatment changes more than bowel frequency: A systematic review and meta-analysis // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2016. — Vol. 22 (1). — P. 31—45.
7. Chouinard L.E. The role of psyllium fibre supplementation in treating irritable bowel syndrome // Can. J. Diet. Pract. Res. — 2011. — Vol. 72 (1). — P. e107—e114.
8. El-Salhy M., Ystad S.O., Mazzawi T., Gundersen D. Dietary fiber in irritable bowel syndrome (Review) // Int. J. Mol. Med. — 2017. — Vol. 40 (3). — P. 607—613.
9. Emmanuel A., Quigley E.M., Simrén M. et al. Factors affecting satisfaction with treatment in European women with chronic constipation: An internet survey // United Eur. Gastroenterol. J. — 2013. — Vol. 1 (5). — P. 375—384.
10. Ford A.C., Moayyedi P., Lacy B.E. et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation // Am. J. Gastroenterol. — 2014. — Vol. 109 (1), suppl. 1. — P. S2—26.
11. Haniadka R., Saldanha E., Sunita V. et al. A review of the gastroprotective effects of ginger (*Zingiber officinale* Roscoe) // Food Funct. — 2013. — Vol. 4 (6). — P. 845—855.

12. Herrick L.M., Spalding W.M., Saito Y.A. et al. A case-control comparison of direct healthcare-provider medical costs of chronic idiopathic constipation and irritable bowel syndrome with constipation in a community-based cohort // *J. Med. Econ.* — 2017. — Vol. 20 (3). — P. 273–279.
13. Lacy B.E., Mearin F., Chang L. et al. Bowel disorders // *Gastroenterol.* — 2016. — Vol. 150. — P. 1393–1407.
14. McRorie J.W. Jr., McKeown N.M. Understanding the physics of functional fibers in the gastrointestinal tract: An evidence-based approach to resolving enduring misconceptions about insoluble and soluble fiber // *J. Acad. Nutr. Diet.* — 2017. — Vol. 117 (2). — P. 251–264.
15. Moayyedi P., Quigley E.M., Lacy B.E. et al. The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis // *Am. J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 109 (9). — P. 1367–1374.
16. Neri L., Iovino P.; Laxative Inadequate Relief Survey (LIRS) Group. Bloating is associated with worse quality of life, treatment satisfaction, and treatment responsiveness among patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome and functional constipation // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2016. — Vol. 28 (4). — P. 581–591.
17. Sbahi H., Cash B.D. Chronic constipation: a Review of current literature // *Curr. Gastroenterol. Rep.* — 2015. — Vol. 17 (12). — P. 47.
18. Shulman R.J., Hollister E.B., Cain K. et al. Psyllium fiber reduces abdominal pain in children with irritable bowel syndrome in a randomized, double-blind trial // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2017. — Vol. 15 (5). — P. 712–719.
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. Sperber A.D., Dumitrascu D., Fukudo S. et al. The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to the heterogeneity of studies: a Rome Foundation working team literature review // *Gut.* — 2017. — Vol. 66 (6). — P. 1075–1082.

А. Е. Дорофеев¹, М. М. Руденко², Т. П. Снісаревська¹

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

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

Препарат «Фіброколіум» у лікуванні синдрому подразненого кишечника із запором. Перший досвід в Україні

Мета — порівняти клінічну ефективність препарату «Фіброколіум» («Specchiasol S.r.l», Італія) з препаратом псиліуму в хворих із синдромом подразненого кишечника із запорами (СПК-3).

Матеріали та методи. Дослідження мало характер простого відкритого. Під нашим спостереженням перебували 34 хворих із СПК-3. Діагноз встановлювали за IV Римськими критеріями. Серед хворих переважали жінки (29 (72,5 %)). Середній вік пацієнтів становив (37,4 ± 5,2) року. Хворі були розподілені на дві порівнянні за співвідношенням статей і віком групи: в першій (n = 12) отримували «Фіброколіум» по 1 порожку двічі на добу з 200 мл води, в другій (n = 22) — препарат псиліуму по 1 порожку (5 г) двічі на добу з достатньою кількістю води. За 10 днів до початку лікування пацієнти припиняли прийом препаратів послаблювальної, спазмолітичної і прокінетичної дії. Під час лікування хворі перебували на стандартній дієті. В усіх хворих до початку лікування і на 14-ту добу терапії визначали частоту дефекації, форму калу за Бристольською шкалою, вираженість метеоризму за коефіцієнтом ультразвукової доступності, вираженість абдомінального болю за візуальною аналоговою шкалою і час кишкового (оро-анального) транзиту за карболеновою пробою.

Результати. Через 2 тиж лікування в першій групі у 10 (84 %) хворих відзначено випорожнення 3–6-го типу, в 1 (8 %) — 7-го типу, ще в 1 (8 %) — 2-го типу. У другій групі випорожнення 3–6-го типу було в 16 (73 %) осіб, 7–8-го типу — в 2 (9 %), 1–2-го типу — в 4 (18 %). Частота дефекації в першій групі збільшилася на 95 % (до (3,7 ± 0,3) разу на тиждень), а в другій — на 94 % (до (3,5 ± 0,3) разу на тиждень). Час кишкового транзиту в першій групі скоротився на 31 % (до (58,6 ± 16,5) год), у другій — на 24 % (до (71,2 ± 18,9) год). Значення коефіцієнта ультразвукової доступності в першій групі збільшилося на 28 % (до (51,2 ± 7,1) %), у другій — на 10 % (до (49,7 ± 6,9) %). Вираженість болю за візуальною аналоговою шкалою в першій групі зменшилася на 33 % (до (5,2 ± 1,1) см), у другій — на 10 % (до (6,6 ± 1,4) см). Усі відмінності між групами були статистично незначущими (p > 0,05). У хворих обох груп були відсутні такі побічні ефекти лікування, як профузна діарея, електролітні розлади і зміна біохімічних показників. У одного пацієнта в першій групі та у двох у другій були скарги на відчуття тяжкості в животі після прийому препарату, що не потребувало припинення лікування.

Висновки. Препарат «Фіброколіум», який містить псиліум, тамаринд, імбир і рослинні ферменти, так само ефективний в усуненні запору в хворих із СПК, як і препарат псиліуму. Завдяки додатковим рослинним компонентам препарат ефективніше зменшує вираженість метеоризму і болю у пацієнтів із СПК-3. Препарат є безпечним.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, лікування, «Фіброколіум».

A. E. Dorofeyev¹, M. M. Rudenko², T. P. Snisarevska¹

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

² O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Fibrokolium in the treatment of irritable bowel syndrome with constipation: the first experience in Ukraine

Objective — to compare the clinical efficacy of *Fibrokolium* (Specchiasol S.r.l, Italy) with the drug psyllium in the treatment of patients with irritable bowel syndrome and constipations (IBS-C).

Materials and methods. The simple open study involved 34 patients with IBS-C. The diagnosis was set on the basis of the IV Rome diagnostic criteria. Among the patients, 29 women prevailed (72.5%), the average age of the patients was 37.4 ± 5.2 years. The patients were divided into 2 gender- and age-matched groups: 12 subjects of the first group received *Fibrokolium* in a dose of 1 powder with 200 ml of water twice a day; 22 patients of the second group were administered psyllium in a dose of 1 powder (5 g) twice a day with a sufficient amount of water. All patients discontinued the intake of laxatives, spasmolytics and prokinetics 10 days before the start of investigative treatment. At the baseline and on the 14th day of therapy all patients undergone the measurements of the bowel movements frequency, the form of feces according to the Bristol scale, the severity of flatulence by ultrasound accessibility coefficient (UAC), the severity of abdominal pain according to the visual analogue scale (VAS) and the time of intestinal (oral-anal) transit were determined with carbolene probe.

Results. After 2 weeks of treatment in the first group, 10 patients (84%) had normal stools of 3–6 types, one (8%) had 7 type, and another one (8%) had 2 type. In the second group, stools type 3–6 was achieved in 16 patients (73%), type 7–8 in 2 (9%) and in 4 (18%) 1–2 types. The frequency of bowel movements in the first group increased by 95% up to 3.7 ± 0.34 times a week, and in the second group by 94% up to 3.5 ± 0.33 times a week. Intestinal transit time in the first group decreased by 31% up to 58.6 ± 16.5 hours, in the second by 24% up to 71.2 ± 18.9 hours. The UAC values in the first group increased by 28% up to 51.2 ± 7.1 %, in the second by 10% up to 49.7 ± 6.9 %. The pain severity as per VAS score decreased in the first group by 33% up to 5.2 ± 1.1 cm, and in the second by 10% up to 6.6 ± 1.4 cm. All differences between the groups were not statistically significant ($p > 0.05$). In both groups such adverse effects as profuse diarrhea, electrolyte disorders and changes in biochemical parameters were not revealed. The complaints on abdomen heaviness feeling after the drug administration, not requiring the treatment discontinuation, was revealed in one patients from the first group and two patients from the second.

Conclusions. *Fibrokolium*, containing psyllium, tamarind, ginger, and plant enzymes is just as effective in eliminating constipation in patients with IBS, as was the psyllium preparation used for comparison. Due to the additional herbal components, *Fibrokolium* safely and more effectively reduced the severity of flatulence and pain in patients with IBS-C.

Key words: irritable bowel syndrome, treatment, *Fibrokolium*. □

Контактна інформація

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

Стаття надійшла до редакції 20 липня 2018 р.