

УДК 615.322.61.57.014

© Фролов В.М., Пересадин Н.А., Круглова О.В., Санжаревская И.В., 2011

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ФАЙБЕРЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И НАЛИЧИЕМ ОБСТИПАЦИИ****Фролов В.М., Пересадин Н.А., Круглова О.В., Санжаревская И.В.***ГУ «Луганский государственный медицинский университет»*

**Введение.** В настоящее время во многих странах мира наблюдается тенденция к расширению распространения заболеваний желудочно-кишечного тракта, при этом патология кишечника остаётся одним из наименее исследованных направлений современной клинической гастроэнтерологической науки и практики, в то время как в Украине, и в других государствах Европы возрастает частота выявления хронических функциональных и воспалительных болезней дигестивной системы, в том числе аноректальной зоны [4, 12, 15, 18]. Заболевания желудочно-кишечного тракта (как органические, так и преимущественно функциональные) имеют всё возрастающее социальное значение. Функциональной гастроэнтерологической патологией страдает в настоящее время значительное количество людей, главным образом работоспособного возраста. Некоторые формы подобных болезней вполне могут способствовать (и способствуют!) развитию серьёзных органических нарушений в различных отделах дигестивной сферы. Ряд функциональных болезней специалисты сегодня рассматривают как предпатологию язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, определённых вариантов и клинических форм колита, холецистита, рака толстого кишечника [1, 10, 19-21]. Известно, что распознавание и чёткая идентификация патологии системы органов пищеварения зачастую занимает довольно много времени, поскольку лечащий врач, не находя явных признаков органических расстройств, предпринимает всё новые и новые диагностические исследования, чтобы найти убедительную аргументацию постоянно возобновляющимся жалобам пациента. Подсчитано, что на одного больного с заболеваниями желудочно-кишечного тракта функционального характера в среднем приходится: консультаций различных специалистов узкого и широкого профиля – 3,5, инструментальных диагностических исследований – 3,7, общих анализов крови и мочи – 20, оперативных вмешательств – 1,7 [5, 18]. Заболевания кишечника являются мультифакториальной патологией со сложным патогенезом, поэтому значимость и ранжированность предрасполагающих и провоцирующих факторов в обязательном порядке должна учитываться лечащим врачом [2, 3, 6].

Обстипации, т. е. острые и хронические запоры (как одна из ведущих жалоб, выявляемая очень часто при детальном расспросе пациентов) являются в настоящее время чрезвычайно актуальной проблемой в каждодневной практической деятельности терапевта, семейного врача да и многих иных специалистов - медиков стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев здравоохранения. К сожалению, данной патологии долгое

время не уделялось должного стратегического внимания, кроме тех конкретных клинических ситуаций, когда запоры принимали характер доминирующего синдрома при том или ином соматическом заболевании, детерминируя значительную долю страданий больного [9, 11]. Между тем, в настоящий момент хорошо известно, что острые и хронические запоры в силу известной деликатности вопроса остаются одной из ведущих жалоб при тщательном сборе анамнеза даже у практически здоровых лиц работоспособных возрастных групп, не говоря уже о людях пожилого и старческого возраста. Специалисты-гастроэнтерологи клиническим термином «запор» именуют опорожнение кишечника реже трёх раз в неделю или объём выделяемого стула меньше 35 г в день при снижении относительного содержания воды в кале менее 70 % и удлинении продолжительности пассажа каловых масс по пищеварительному каналу более пяти дней [13]. Диагноз хронического запора согласно современным диагностическим критериям принято выставлять при наличии любых двух ниже следующих симптомов, беспокоящих пациента дольше двенадцати (необязательно последовательных) недель в течение последних шести месяцев:

- -стул реже трёх раз в неделю;
- -необходимость натуживаться более 25 % времени самого акта дефекации;
- -увеличение плотности каловых масс («козий» кал);
- -субъективное ощущение неполного опорожнения кишечника;
- -ощущение закупорки / блокады прямой кишки;
- -необходимость в принудительном опорожении прямой кишки;

Упомянутая клиническая симптоматика должна в случаях выставления диагноза «запор» отмечаться не менее чем при 25 % всех дефекаций.

В настоящее время пристальное внимание клинических гастроэнтерологов вновь обращено к лекарственному растению подорожник, обладающему антисептическим, бактериостатическим, кровоостанавливающим, противоаллергическим, противовоспалительным, обезболивающим, ранозаживляющим, отхаркивающим, гипотензивным, противоязвенным свойствами, а также усиливающим секреторную деятельность желёз желудка и кишечника [7, 8, 14]. Клинически установлено, что семена подорожника не токсичны, защищают от раздражения воспалённую слизистую оболочку кишечника, обладают лёгким слабительным действием и могут быть использованы для лечения колитов [16]. В последние годы в клинической гастроэнтерологии всё более популярным становится применение в лечении запоров медикаментозного

препарата из семян подорожника (*Plantago ovata*), имеющего торговое название «Файберлекс» (Утверждён Приказом Министерства здравоохранения Украины 22.07.2008 № 403. Регистрационное удостоверение № UA / 8607 / 01 / 01, UA / 8608 / 01 / 01 и UA / 8609 / 01 / 01) [17]. Установлено, что волокна из семян подорожника, которые содержатся в препарате файберлекс, способны поглощать количество воды, в 40 раз превышающее их собственный вес. Опорожнение кишечника в этой связи становится более легко протекающим, поскольку размягчается консистенция содержимого кишечника, стимулируется перистальтика последнего и облегчается прохождение каловых масс. Препарат файберлекс после приёма поглощается в тонкой кишке, поскольку его полисахариды резистентны к гидролизу и действию пищеварительных ферментов, выше расположенных отделов ЖКТ. Файберлекс выпускается компанией Herbion (Карачи, Пакистан) и представляет собой растительное волокно для регулирования функций кишечника, помещённое в виде порошка в своеобразные саше-пакеты. Каждый саше-пакет имеет действующую субстанцию подорожника овального (*Plantago ovata*), оболочки семян в количестве 5,0 гр [17].

**Цель исследования:** изучение особенностей влияния файберлекса в комплексе лечения пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) на клиническую картину и показатели макрофагальной фагоцитирующей системы (МФС) больных.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 82 больных с СРК, из них было 52 женщины и 30 мужчин. Возраст пациентов колебался от 24 до 66 лет. Поскольку причиной нарушения акта дефекации у специально отобранных нами больных было нарушение иннервации и снижение чувствительности аноректальной зоны, то у пациентов, были исключены геморрой, анальные трещины, парапроктиты, большие грыжи живота, ректоцеле и иная патология, могущая стать причиной запоров. В статистическую выборку также не включались пациенты с нарушениями привычного стереотипа дефекации, а также лица с психическими дисфункциями и больные с атрогенными запорами, связанными с приёмом лекарственных средств, вызывающих задержку стула. Для реализации цели исследования относительно анализа эффективности файберлекса и его влияния на показатели МФС нами было сформировано две группы, рандомизованные по возрасту, полу пациентов и степени выраженности патологии. Основная группа включала 40 пациентов, группа сопоставления состояла из 42 больных. В основной группе у пациентов с СРК помимо общепринятых лечебно-профилактических мероприятий, включавших коррекцию психического состояния больных, упорядочение их образа жизни, употребление достаточного количества жидкости, использование традиционных регуляторов перистальтики, антидепрессантов применяли препарат файберлекс внутрь по 1 саше-пакету (5,0 г оболочек семян подорожника овального). В группе сопоставления осуществлялась только общепринятая терапия.

Кроме традиционных клинико-лабораторных исследований для реализации цели работы у больных, находившихся под нашим наблюдением, изу-

чали показатели МФС с использованием методов изучения фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ) периферической крови [3, 15]. Подсчитывались следующие показатели ФАМ: фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), индекс аттракции (ИА), индекс переваривания (ИП) [3, 15].

Статистическую обработку полученных результатов исследования осуществляли на персональном компьютере AMD Athlon 3600+ с помощью одно- и многофакторного дисперсионного анализа (пакет лицензионных программ Microsoft Office 2007, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof и Statistica), при этом учитывали основные принципы использования статистических методов в клинических испытаниях.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для пациентов с СРК, находившихся под наблюдением, было в клиническом плане характерно следующее: вариабельность симптоматики (например, наличие «летучих» мигрирующих болезненных ощущений различных участков живота и изменение интенсивности этих болей на протяжении суток), зависимость болезненных ощущений от стрессогенных факторов психо-эмоционального порядка, наличие головной боли по типу мигрени, ощущение «комка» в горле при глотании, неудовлетворённость вдохом, учащённое мочеиспускание. Отметим, что данная симптоматика не способствовала нарушению сна, иными словами ни боли в животе, ни нарушение стула не возникали в период сна и не нарушали его. В литературных источниках отмечается, что тревожащими признаками («красными флагами») у пациентов с подобными состояниями является лихорадка, наличие примеси крови в кале, кишечные расстройства, прерывающие сон, немотивированное похуждание, анемизация, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, изменение показателей биохимических проб [4]. Такие больные в настоящую работу нами включены не были.

Как известно из информационных источников согласно клинко-эпидемиологическим исследованиям последнего времени запоры имеют место в среднем у 12% взрослого населения нашей планеты. Считается, что более 50% всех запоров у представителей европейской популяции регистрируется у жителей Великобритании и России, тогда как в Германии и во Франции запоры встречаются соответственно у 20 – 30% жителей. Иными словами, в индустриально развитых государствах соблюдается настоящая «пандемия» запоров. Считается, что от 10 до 50% населения промышленно развитых стран в наши дни периодически страдают запорами. Отмечено, что у женщин запоры бывают в три раза чаще, чем у мужчин, при этом только 3-5% лиц, страдающих запорами, своевременно обращаются за квалифицированной медицинской помощью.

В структуре функциональных заболеваний кишечника, существенным клинко-патогенетическим моментом которых является нарушение дефекации, особое место принадлежит синдрому раздраженного кишечника (СРК). По данным мультицентрических исследований СРК встречается не менее чем у 60% населения цивилизованных стран,

однако при этом до 60% пациентов к врачам за помощью, как правило, не обращаются. Вопрос о причинах возникновения СРК до настоящей поры все ещё остается не до конца выясненными, поэтому заболевание считается мультифакториальным и полиэтиологическим. Общеизвестной при этом считается ведущая роль психогенных дезадаптационных состояний, а также висцеральной гиперчувствительности и расстройств моторики кишечника в возникновении данной патологии [9, 10, 18]. Предрасполагающими обстоятельствами для развития СРК являются психосоциальные факторы, среди которых ключевая роль принадлежит субъ-ективным, сверхзначимым для личности эмоциям, вызывающим перенапряжение вегетативной нервной системы и нарушение их реализации в виде вербальных или физических выражений собственных личностных переживаний [1, 3, 4]. Предложена даже биопсихосоциальная модель развития СРК,

при которой происходит расстройство регуляции между ЦНС и автономной энтеральной нервной системой [3, 20]. Важная роль в развитии СРК отводится нарушениям микробного биоценоза толстого кишечника, а так же суммации нескольких сенсibiliзирующих факторов (например, кишечным инфекциям, психосоциальному стрессу и физической травме) [12, 18, 21].

Согласно современным информационным источникам [2, 3, 13], далеко не всегда можно выделить ведущие этиологические факторы развития СРК у конкретного больного, поскольку, большинство пациентов имеют, как правило, сочетание нескольких предрасполагающих факторов. У больных, находившихся под нашим наблюдением, мы путем тщательного сбора анамнестических сведений выявили предрасполагающие данные и обстоятельства, способствовавшие развитию СРК. Они обобщены в таблице №1.

**Таблица 1.** Предрасполагающие факторы развития СРК у наблюдавшихся лиц.

Предрасполагающие факторы	Основная группа (n=40)	Группа сопоставления (n=42)
Стрессы на работе и дома (хроническая стрессогенная ситуация)	20	19
Кишечные инфекции в анамнезе	2	3
Ожирение I-II степени	4	2
Малоподвижный образ жизни	27	22
Курение	10	12
Хроническая урогенитальная патология	4	5
Сочетание нескольких факторов	28	6

Как видно из приведенной таблицы 1, у большинства наблюдавшихся больных обеих групп имело место сочетание нескольких предрасполагающих к СРК факторов. Из общих жалоб, отмечавшихся у пациентов обеих групп, отметим следующие (помимо жалоб на задержку стула): чувство тяжести в эпигастральной области, периодически тошноту и изредка рвоту, тяжесть и периодические болезненные ощущения в области правого подреберья, горечь в полости рта. Из вегетативных и неврологических дисфункций подавляющее большинство пациентов жаловались на головные боли, неудовлетворенность вдохом, чувство «комка» в горле, неприятные сердцебиения, кардиалгии, похолодание конечностей, нарушение формулы сна и снижение аппетита, боль в поясничной области, учащенное мочеиспускание, никтурию и иные виды дизурических расстройств, дисменорею у женщин и эректильную дисфункцию у мужчин, повышенную утомляемость. У нескольких пациентов (у 4 из основной и у 6 из группы сопоставления) имели место депрессия и тревожно-мнительный синдром. В ряде случаев у пациентов имели место страх и недержание кишечных газов или позывов на дефекацию, что сопровождалось формированием охранительного поведения (отказ от дополнительных поездок в маршрутном общественном транспорте, предварительное изучение мест расположения общественных туалетов по пути следования и так далее). Еще одной особенностью поведения пациентов с СРК было чрезмерная фиксация внимания (по типу постоянного «прислушивания» к процессам пищеварения и акцентирование внимания на «патологических процессах» в собственном ЖКТ). Болезненные ощущения у больных имели значительный спектр интенсивности: от

легкого дискомфорта и терпимых ноющих болезненных ощущений до схваткообразной боли в животе. При этом, чаще всего боли были разлитыми, распирающими и «пекущими».

Частота стула у больных с СРК с запорами была менее трёх раз в неделю с вынужденным натуживанием, занимающим более 25% времени акта дефекации. Чаще всего у пациентов обеих групп имел место твёрдый шероховатый стул в виде отдельных твёрдых комков, как орехи, с трудом продвигающихся по ходу кишечника. Мелкий и твердый кал, как правило, перемещался вследствие чрезмерных натуживаний пациентов, аритмично, его суточная масса не превышала обычно 250 грамм.

При объективном клиническом обследовании пациентов выяснилось несоответствие между многообразием жалоб пациентов и их относительно удовлетворительным общим состоянием. При поверхностной пальпации живота у отдельных пациентов выявлялось некоторое напряжение мышц передней брюшной стенки и гиперальгезии, вызванные чаще акцентуацией внимания пациента на осмотре его врачом-специалистом. При переключении внимания больных подобная симптоматика исчезала сама собой.

Пациентам основной группы помимо общепринятого лечения назначали порошок фиберлекса по 1 саше 2 раза в день. Содержимое саше-пакета растворялось в 150 мл. теплой воды и медленно выпивалось. Употребленный внутрь раствор препарата запивался ещё одним стаканом воды. Продолжительность лечения фиберлексом составила 14 дней. В единичных случаях (всего у 2 пациентов из 40 больных основной группы) наблюдалось ощущение переполненности кишечника,

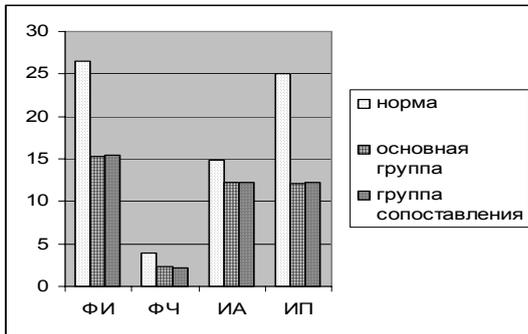
которое проходило при назначении этим лицам большего (около 500 мл. дополнительно) количества жидкости. В целом переносимость препарата фиберлекс была хорошей, аллергических реакций ни в одном случае не было зарегистрировано. Отметим, что у всех пациентов основной группы и группы сопоставления диагноз СРК устанавливался клинически с учетом рекомендаций Междуна-

родного совещания экспертов (Римские критерии III, 2006) [10]. Подчеркнем, что обе группы наблюдавшихся пациентов мы формировали методом случайной выборки, они достоверно друг от друга не отличались. Показатели ФАМ и МФС у пациентов обеих групп наблюдения мы отразили в табл. 2 и рисунке 1.

**Таблица 2.** Показатели ФАМ у больных с СРК до начала лечения Файберлексом ( $M \pm m$ )

Индексы ФАМ	Норма	Группы больных СРК	
		основная (n = 40)	сопоставления (n = 42)
ФИ, %	26,5±1,8	15,3±0,2***	15,5±0,6***
ФЧ	4,0±0,1	2,4±0,09***	2,2±0,08***
ИА, %	14,8±0,3	12,2±0,2*	12,3±0,25*
ИП, %	25,0±1,6	12,1±1,2***	12,2±0,9***

**Примечание:** достоверность разницы по отношению к норме при  $P < 0,05$  \*,  $P < 0,01$  \*\*,  $P < 0,001$  \*\*\*



**Рисунок 1.** Показатели МФС у больных СРК до начала лечения.

В результате последующих исследований было установлено, что использование фиберлекса при лечении больных с СРК приводит к существенному улучшению исходно нарушенных индексов ФАМ в сравнении с группой сопоставления, больные которой получали лишь общепринятое лече-

ние (рис. 1). В группе сопоставления кратность роста ФИ на конец лечения не была достоверной (с  $15,5 \pm 0,6\%$  к  $18,2 \pm 0,3\%$ ;  $P > 0,1$ ), а в основной группе на это время данный показатель составлял в среднем  $25,1 \pm 0,3\%$ , что в 30 случаях (85,7%) было в пределах нормы ( $P > 0,1$ ). Относительно значения ИП, в основной группе этот показатель составлял в среднем  $25,2 \pm 1,1\%$ , то есть под воздействием лечения с использованием современного растительного препарата Файберлекса повысился в 2,3 раза ( $P < 0,001$ ); в то же время в группе сопоставления на конец завершения традиционного лечения он равнялся лишь  $16,2 \pm 0,3\%$  (кратность увеличения 1,5 раза;  $P < 0,05$ ). Значение ФЧ у больных, которые принимали Файберлекс, после лечения составляло  $3,8 \pm 0,08$  (при норме  $4,0 \pm 0,1$ ;  $P < 0,05$ ), тогда как в группе сопоставления достоверной разницы между этим показателем до и после лечения не отмечено (с  $2,2 \pm 0,08$  до  $2,9 \pm 0,06$ ;  $P > 0,05$ ).

**Таблица 3.** Показатели ФАМ у больных с СРК после завершения лечения ( $M \pm m$ )

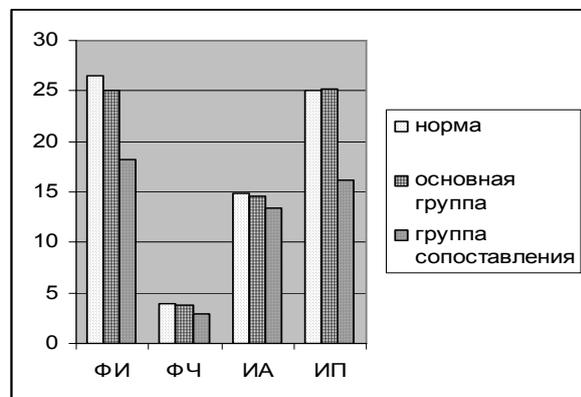
Индексы ФАМ	Норма	Группы больных СРК	
		основная (n = 40)	сопоставления (n = 42)
ФИ, %	26,5±1,8	25,1±0,3	18,2±0,3*
ФЧ	4,0±0,1	3,8±0,08	2,9±0,06*
ИА, %	14,8±0,3	14,6±0,3	13,4±1,4*
ИП, %	25,0±1,6	25,2±1,1	16,2±0,3***

**Примечание:** достоверность разницы по отношению к норме при  $P < 0,05$  \*,  $P < 0,01$  \*\*,  $P < 0,001$  \*\*\*

Суммарно у 32 (91,4%) больных основной и у 18 (56,3%) пациентов группы сопоставления на 21-ые сутки от начала лечения индексы ФАМ были в пределах нормы, тогда как у остальных пациентов обеих групп отмечалась лишь тенденция к их восстановлению, более выраженная у больных, которые лечились с применением фиберлекса (рис. 2).

Время нормализации индексов ФАМ в основной группе было на  $12,6 \pm 0,2$  суток быстрее, чем в группе сопоставления.

В клиническом плане у больных основной группы отмечались более ранние сроки ликвидации проявлений патологического процесса в пищеварительной системе, чем у пациентов группы сопоставления, которые получали только общепринятое лечение. Полученные результаты обобщены в таблице 4.



**Рисунок 2.** Показатели МФС у больных СРК после завершения лечения.

**Таблица 4.** Длительность сохранения клинической симптоматики у обследованных больных с СРК

Клинические показатели	Группы больных с СРК		P
	основная (n=40)	сопоставления (n=42)	
абдоминальная боль	4,7±0,4	8,8±0,6	<0,05
нарушения испражнения	7,2±0,2	10,1±0,3	<0,05
урчание в животе	8,9±0,4	12,9±0,5	<0,05
метеоризм	8,1±0,6	11,8±0,7	<0,05
общая слабость	10,6±0,3	15,0±0,5	<0,05
снижение аппетита	6,4±0,2	9,1±0,3	<0,05
общее недомогание	8,1±0,4	10,6±0,3	<0,05
нарушение сна	4,7±0,3	6,9±0,5	<0,05
эмоциональная лабильность	6,1±0,4	9,3±0,7	<0,05
повышенная утомляемость	11,2±0,3	14,2±0,5	<0,05

У обследованных пациентов с диагнозом СРК, которые составили основную группу, исчезновение абдоминальной боли отмечалось на 4,1±0,2 дня раньше, чем у обследованных группы сопоставления, нарушение опорожнения кишечника – на 2,9±0,2 дня, урчание в животе – на 4,0±0,1 дня, метеоризм – на 4,3±0,1 дня раньше, чем у больных из группы сопоставления. Ликвидация общей слабости у пациентов основной группы которые в комплексе лечения получали фитопрепарат фиберлекс, была на 4,4±0,2 сутки раньше, чем у больных группы сопоставления, которые получали лишь общепринятые средства, восстановление аппетита у пациентов основной группы происходило на 2,7±0,2 суток быстрее, исчезновение общего недомогания – на 2,5±0,1 дня, снижение настроения – на 2,6±0,2 суток, нарушения формулы сна – на 4,2±0,2 суток, эмоциональной лабильности – на 3,2±0,3 суток, повышенной утомляемости – на 3,0±0,2 суток быстрее, чем у пациентов из группы сопоставления.

Таким образом, применение фиберлекса в лечении больных СРК имеет четко выраженные преимущества в сравнении с общепринятой терапией, поскольку позитивно влияет на клинические показатели и в целом способствует более скорейшему выздоровлению, а в патогенетическом плане - способствует нормализации показателей МФС.

**Выводы:**

1. Клиническая картина синдрома раздраженного кишечника у больных проявлялась следующей симптоматикой: стул реже трёх раз в неделю; необходимость натуживаться более 25 % времени самого акта дефекации; увеличение плотности каловых масс («козий» кал); ощущение неполного опорожнения кишечника; ощущение закупорки / блокады прямой кишки; необходимость в принудительном опорожнении прямой кишки, наличие «летучих» мигрирующих болезненных ощущений различных участков живота и изменение интен-

сивности болей на протяжении суток, зависимость болезненных ощущений от стрессогенных факторов психо-эмоционального порядка, наличие головной боли по типу мигрени, ощущение «комка» в горле при глотании, неудовлетворённость вдыхом, учащённое мочеиспускание.

2. В клиническом плане у больных основной группы, которые принимали растительный препарат фиберлекс, отмечаются более ранние сроки ликвидации проявлений патологического процесса в пищеварительной системе, чем у пациентов группы сопоставления, которые получали только общепринятое лечение: исчезновение абдоминальной боли отмечалось на 4,1±0,2 дня раньше, восстановление аппетита наблюдалось на 2,7±0,2 суток быстрее, исчезновение общего недомогания – на 2,5±0,1 дня, нарушения сна – на 4,2±0,2 суток, эмоциональной лабильности – на 3,2±0,3 суток, повышенной утомляемости – на 3,0±0,2 суток, ликвидации общей слабости - на 4,4±0,2 суток раньше, нарушение опорожнения кишечника – на 2,9±0,2 дня, урчание в животе – на 4,0±0,1 дня, метеоризм – на 4,3±0,1 дня раньше, чем у больных из группы сопоставления.

3. В результате проведенных исследований было установлено, что использование фиберлекса при лечении больных с СРК приводит к существенному улучшению исходно нарушенных индексов ФАМ в сравнении с группой сопоставления, больные которой получали лишь общепринятое лечение. В группе сопоставления кратность роста ФИ после лечения не была достоверной (с 15,5±0,6% к 18,2±0,3%), а в основной группе на это время данный показатель составлял в среднем 25,1±0,3%, что у 85,7% пациентов было в пределах нормы. Относительно значения ИП, в основной группе этот показатель составлял в среднем 25,2±1,1%, а после лечения с использованием фиберлекса повысился в 2,3 раза; в то же время в группе сопоставления после лечения он равнялся 16,2±0,3% (кратность увеличения 1,5 раза). Значение ФЧ у больных после лечения составляло 3,8±0,08, тогда как в группе сопоставления достоверной разницы между показателем до и после лечения не отмечено. Время нормализации индексов ФАМ в основной группе было на 12,6±0,2 суток скорее, чем в группе сопоставления.

4. Таким образом, применение фиберлекса в лечении больных СРК имеет четко выраженные преимущества в сравнении с общепринятой терапией, поскольку позитивно влияет на клинические показатели и в целом способствует скорейшему выздоровлению, а в патогенетическом плане - способствует нормализации показателей МФС.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. **Бабак О.Я.** Запор. Современный взгляд на проблему / **Бабак О.Я.** // Сучасна гастроентерологія. – 2005. - № 4. – С. 20 – 23  
 2. **Баранская Е.К.** Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение / **Е.К. Баранская** // Consilium medicum. – 2002. – Т.4. - №9.  
 3. **Жуков Н.А.** Современные представления о патогенезе синдрома раздраженного кишечника / **Н.А. Жуков и соавт.** // Клиническая медицина. – 2003. - № 12. – С. 7 – 12.  
 4. Заболевания кишечника / **А.Е. Дорофеев, Т.Д. Звягинцева, Н.В. Харченко.** – Горловка: изд-во «Ліхтар», 2010. – 532 с.  
 5. **Ивашкин В.Т.** Клинические рекомендации. Гастроэнтерология 2006 – 2007 / **В.Т. Ивашкин** – М.: Геотар-Медиа, 2006. – 208 с.  
 6. **Ивашкин В.Т.** Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание /

- В.Т. Ивашкин, Е.А. Полуэктова, С. Белхушет** // Клинические перспективы гастроэнтерологии. – 2003. – № 6. – С. 2-9.
7. **Йорданов Д.** Фитотерапия / Д.Йорданов, П. Николов, Бойчинов - Медицина и физкультура: София. – 1987. – 348 с.
8. Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник / під ред. **А.М. Гродзинського**. – Київ: вид-во УРЕ, 1990. – 544 с.
9. **Маев И.В.** Синдром раздраженной кишки / **И.В. Маев, С.В.Черемушкин, Е.Г. Лебедева** // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – Т.Х, № 2. – С. 34-38.
10. **Маев И.В.** Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III / **И.В. Маев, С.В.Черемушкин** // Гастроэнтерология ( Приложение к Consilium medicum). – 2007. – Т. 9. – С.11.
11. **Мишушкин О.Н.** Запоры и принципы их лечения / **Мишушкин О.Н.** // Терапевтический архив – 2003. – № 1. – С.19-23.
12. **Парфёнов А.И.** Синдром раздраженного кишечника: стандарты диагностики и лечения // Consilium medicum. – 2002. – Т. 4. - № 7. – С.
13. **Парфёнов А.И.** Энтерология / **А.И. Парфёнов** – М.: Триада-Х, 2002. – 744 с.
14. **Решетникова А.В.** Лечение растениями / **А.В. Решетникова, Е.И. Семчинская** – Киев: Феникс, 1993. – 352 с.
15. **Рысс Е.С.** Современные представления о синдроме раздраженного кишечника / **Е.С. Рысс** // Гастроэнтерология. – 2001. - № 1. – С.10-11.
16. Современная фитотерапия / Под ред. **В. Петкова**. - [пер. с болг.]. – София: Медицина и физкультура, 1988. – 504 с.
17. Файберлекс: інструкція по клінічному застосуванню / Затверджена 22.07.08 р. Приказом МЗ України № 403.
18. **Фролькис А.В.** Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта / **А.В. Фролькис** – Ленинград: Медицина, 1991. – 220 с.
19. **Anthony J. Lembo** Contemporary diagnosis and management of irritable bowel syndrome / **Anthony J. Lembo, Douglas A. Drossman**. – 2002. – 148 p.
20. **Camilleri M.** Management of the irritable bowel syndrome / **M. Camilleri** // Gastroenterology. – 2001. – Vol. 120. – P. 652-668.
21. **George F. Longstreth**, eds. Functional bowel disorders. Gastroenterology. – 2006. – Vol.130. – P. 1480-1491.

**Фролов В.М., Пересадин Н.А., Круглова О.В., Санжаревская И.В.** Клиническая эффективность препарата растительного происхождения файберлекса у больных с синдромом раздраженного кишечника и наличием обстипации // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 201-206.

Было изучено влияние файберлекса на показатели макрофагальной фагоцитирующей системы (МФС) в сыворотке крови больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Включение в лечебный комплекс больных современного фитопрепарата «Файберлекс» способствовало повышению показателей, которые характеризуют функциональное состояние МФС у больных СРК.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, фагоцитарная активность моноцитов, Файберлекс, лечение.

**Фролов В.М., Пересадин М.О., Круглова О.В., Санжаревська І.В.** Клінічна ефективність препарату рослинного походження файберлексу у хворих з синдромом подразненого кишечника і наявністю обстипації // Український медичний альманах. - 2011. - Том 14, № 1. - С. 201-206.

Було вивчено вплив файберлекса на показники макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС) в сироватці крові хворих синдромом подразненого кишечника (СРК). Включення в лікувальний комплекс хворих сучасного фітопрепарату «Файберлекс» сприяло підвищенню показників, які характеризують функціональний стан МФС.

**Ключові слова:** синдром подразненого кишечника, фагоцитарна активність моноцитів, Файберлекс, лікування.

**Frolov V.M., Peresadin N.A., Kruglova O.V., Sanzharevska I.V.** Clinical efficiency of preparation of phyto-genous of faiberlex for patients with the irritable bowel syndrome and presence of obstipation // Український медичний альманах. - 2011. - Том 14, № 1. - С. 201-206.

Influence of faiberlex was studied on the indexes of macrophagal englobing system (MES) in the serum of blood of patients with the irritable bowel syndrome. Plugging in the curative complex of patients of the modern plant-based preparation of faiberlex assisted the increase of indexes which characterize the functional state of MES.

**Keywords:** irritable bowel syndrome, phagocytic activity of monocytes, faiberlex, treatment.

*Надійшла 21.10.2010 р.  
Рецензент: проф. Ю.Г.Бурмак*