



УДК 616.34-002-085.8+616-08-039.11

DOI: 10.22141/2308-2097.52.1.2018.130778

Сирчак Е.С.

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

## Клинический случай пациентки с синдромом раздраженного кишечника

For cite: Gastroenterologia. 2018;52(1):41-46. doi: 10.22141/2308-2097.52.1.2018.130778

**Резюме.** Синдром раздраженного кишечника (СРК) занимает одно из лидирующих мест по распространенности среди заболеваний органов пищеварения. В статье представлен клинический случай пациентки М. с диагнозом СРК с преобладанием диареи, установленным в соответствии с Римскими критериями IV 2016 г. Согласно этому документу, *B. infantis* 35624 (Альфлорекс) обладает способностью значительно уменьшать все симптомы СРК (абдоминальную боль/дискомфорт, вздутие, диарею, запор). С учетом этого пациентке М. назначен препарат Альфлорекс. Альфлорекс показал высокую эффективность в купировании всех симптомов СРК у пациентки уже с первых дней приема. Учитывая высокий уровень безопасности, удобство приема (1 раз/сутки), препарат *B. infantis* 35624 (Альфлорекс) открывает новые перспективы для пациента и врача в успешном контроле симптомов СРК.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника; лечение; *B. infantis* 35624

Синдром раздраженного кишечника (СРК) занимает одно из лидирующих мест по распространенности среди заболеваний органов пищеварения. Согласно метаанализу R. Lovell, суммарная оценка распространенности заболевания составила 11,2 % (95% ДИ 9,8–12,8) с различием в регионах земного шара: от самой низкой — в Южной Азии (7 %) до самой высокой — в Южной Америке (21 %) [4]. Заболевание чаще наблюдается в молодом и среднем возрасте (30–50 лет), женщины испытывают симптомы СРК в 1,5–3 раза чаще, чем мужчины [1].

СРК имеет многокомпонентный патогенез, включающий генетическую склонность, психосоматический аспект, хроническое вялотекущее микровоспаление в слизистой оболочке кишечника, часто формирующееся после перенесенных кишечных инфекций. Как следствие, формируются висцеральная гиперчувствительность, изменение двигательной активности кишечника, что запускает клинические проявления заболевания. В последнее время ученые большое значение придают связи головного мозга и кишечника, в том числе влиянию кортикотропин-рилизинг-гормона, нарушению проведения импульса на уровне рогов спинного мозга и формированию центральной и периферической сенситизации. Важ-

ную роль в возникновении симптомов СРК играют изменения, связанные с серотонином. Нарушения в кишечной микрофлоре также рассматриваются как один из возможных факторов развития СРК. В исследовании M. Rajilic-Stojanovic et al. (2011) представлены основные изменения качественного и количественного состава микрофлоры у пациентов с СРК по сравнению со здоровыми лицами. При этом молекулярный анализ выявил снижение уровня *Bifidobacterium* у больных с СРК [1].

В соответствии с новыми Римскими критериями IV (2016) СРК определяется как функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующими болями в животе, которые возникают по меньшей мере 1 раз в неделю и характеризуются следующими признаками (двумя или более):

- 1) связаны с дефекацией;
- 2) связаны с изменением частоты последней;
- 3) связаны с изменением формы (внешнего вида)

стула.

Эти признаки должны отмечаться у больного последние 3 месяца при общей продолжительности не менее 6 месяцев [3].

Согласно Римским критериям IV необходимо подчеркнуть, что авторы, которые призывают установить

© «Гастроэнтерология» / «Гастроэнтерология» / «Gastroenterology» («Gastroenterologia»), 2018  
© Издавец Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2018

Для корреспонденции: Сирчак Елизавета Степановна, доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, медицинский факультет, Ужгородский национальный университет, пл. Народная, 3, г. Ужгород, 88000, Украина; e-mail: szircsak\_heni@bigmir.net

For correspondence: Ye. Sirchak, MD, PhD, Professor at the Department of propaedeutic of internal diseases, medical faculty, Uzhhorod National University, Narodna sq., 3, Uzhhorod, 88000, Ukraine; e-mail: szircsak\_heni@bigmir.net

диагноз СРК, ориентируясь лишь на клинические симптомы, перечисляя те или иные диагностические тесты (определение серологических маркеров целиакии, уровня кальпротектина в кале, колоноскопия с биопсией и др.), делают его в действительности диагнозом исключения [3].

Обращает на себя внимание, что если раньше СРК рассматривался как исключительно функциональное заболевание с нарушением моторики и чувствительности при отсутствии структурных, органических и биохимических изменений, то сегодня появляется все больше данных о морфологической структурной основе СРК. Это требует проведения многокомпонентной терапии, включающей как немедикаментозные методы (рациональное питание в зависимости от варианта, психотерапия, рациональная физическая активность), так и назначение препаратов — спазмолитиков, антидепрессантов, антидиарейных средств, слабительных, агонистов и антагонистов серотонина, кишечных антисептиков, пробиотиков.

*Приведем клинический случай пациентки М. с СРК с преобладанием диареи.*

Пациентка М., 36 лет, адвокат, обратилась к врачу-гастроэнтерологу впервые с жалобами на боли, неприятные ощущения в животе без четкой локализации, ноющего характера, на кашицеобразный, жидкий, водянистый стул небольшими порциями до 2–3 раз в день, особенно по утрам, после приема завтрака, чувство неполного опорожнения кишечника. Боли в подвздошных областях и внизу живота появляются после акта дефекации, периодически усиливаются после него и носят спастический характер. Также были жалобы на вздутие, распирание живота. Симптомы усиливаются несколько раз в неделю (1–2 раза), особенно в рабочие дни.

*Из анамнеза:* проблемы с кишечником в течение последних 3 лет. Связывает появление симптоматики со сменой места жительства и уходом с работы. В настоящее время работает менеджером в одной из фирм, а не по профилю. В первое время не придавала значения появлению симптомов, никакие меры для их купирования не предпринимала. Усугубление состояния отмечает в последние 10 месяцев, когда вышеуказанные симптомы стали систематическими, начали беспокоить как минимум 1–2 раза в неделю. Прогрессирование симптоматики началось после смерти коллеги от онкопатологии (рак яичников). Самостоятельно использовала симптоматические препараты: спазмолитики, ферментные препараты, антидиарейные средства. Последний месяц симптомы не контролировались, самолечение состояние не улучшало.

Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает, кофе не употребляет. Наследственность не отягощена. У родственников отсутствовали туберкулез, сифилис, алкоголизм, психические болезни и злокачественные новообразования. Аллергологический анамнез: непереносимости лекарственных средств и продуктов питания не отмечается.

*Объективно.* Общее состояние удовлетворительное. Больная среднего роста (165 см), нормального телосложения, индекс массы тела — 22, что соответствует норме. Выражение лица обычное. Язык без налета, сосочки выражены, отпечатков зубов нет. Кожные покровы физиологической окраски. Оволосение по женскому типу. Ногти физиологической окраски, расслоения, исчерченности нет. Лимфоузлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Грудная клетка нормостеническая, обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания. Над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание. Частота пульса — 78 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт.ст., тоны сердца ясные, ритмичные.

При осмотре живот вздут. При пальпации отмечается умеренная болезненность по ходу толстой кишки, особенно ее нисходящего отдела и в проекции сигмовидной кишки, чувство дискомфорта в эпигастриальной области. Увеличение органов брюшной полости не отмечается. Нижний край печени не выступает из-под правой реберной дуги, ровный, безболезненный, поверхность гладкая. Селезенка не прощупывается. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Таким образом, клинические симптомы, жалобы, общее состояние и течение болезни говорят о функциональной природе состояния пациентки М.

## Предварительный диагноз

Как указывалось выше, согласно Римским критериям IV, для постановки диагноза СРК необходимо оценить следующие симптомы: *боль в животе, ее связь с дефекацией, характер нарушения стула (частота, форма, консистенция)*, а также учитывать частоту и длительность прогрессирования клинической симптоматики.

Данные симптомы присутствуют у больной М. на протяжении 3 лет (их прогрессирование — в последние 10 месяцев), что по Римским диагностическим критериям IV соответствует синдрому раздраженного кишечника:

1. *Абдоминальная боль имеет 2 и более особенности:*
  - появляется после дефекации (периодически усиливается после нее);
  - ассоциирована с изменением частоты дефекации;
  - ассоциирована с изменением консистенции кала.
2. *Нарушения стула:*
  - изменение частоты стула (2–3 раза в сутки, по меньшей мере 1–2 раза в неделю);
  - изменение консистенции кала (жидкий, кашицеобразный, водянистый, что соответствует 6-му и 7-му типам по Бристольской шкале оценки формы стула);
  - нарушение акта дефекации (чувство неполного опорожнения).
3. *Вздутие или чувство распирания в животе.*

Согласно Римскому консенсусу IV выделяют следующие **формы СРК:**

- **СРК с преобладанием запора** — твердый или комковатый стул > 25 % и жидкий или водянистый стул < 25 %;

— **СРК с преобладанием диареи (СРК-Д)** — жидкий или водянистый стул > 25 % и твердый или комковатый стул < 25 %;

— **СРК смешанного типа** — жидкий или водянистый стул > 25 % и твердый или комковатый стул > 25 %;

— **неклассифицируемый СРК** — нарушения стула, не соответствующие указанным вариантам.

Таким образом, предварительный диагноз, установленный пациентке М.: **СРК с преобладанием диареи**.

Следует отметить, что у пациентки М. не подтвердились симптомы тревоги. Однако с учетом схожести симптоматики, отсутствия лабораторных и клинических исследований, а также онкофобии пациентки необходимо провести дифференциальную диагностику.

**Дифференциальная диагностика необходима с такими заболеваниями:**

**1. Паразитарные энтериты и колиты (гельминтозы):**

— похудение, эозинофилия в общем анализе крови (ОАК);

— анализ кала на обнаружение яиц гельминтов и простейших;

— анализ крови на антитела к гельминтам и простейшим.

**2. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона):**

— упорный характер диареи (более 2 недель);

— примесь крови в кале, ректальное кровотечение;

— снижение веса, перианальные боли, лихорадка, воспалительные изменения в клинических анализах (С-реактивный протеин (СРП));

— кальпротектин — маркер воспалительных заболеваний кишечника;

— лактоферрин в кале — скрининговый тест для выявления воспалительных заболеваний кишечника;

— колоноскопия с биопсией толстой кишки (морфологическое подтверждение диагноза).

**3. Дивертикулит:**

— боли, как правило, в проекции нисходящей ободочной кишки, лихорадка;

— данные дополнительных методов исследования (колоноскопия, ирригоскопия).

**4. Полипы кишечника:**

— боли, запоры, метеоризм (при полипах больших размеров);

— данные дополнительных методов исследования (колоноскопия с биопсией).

**5. Колоректальный рак:**

— чаще пожилые пациенты, у которых впервые возникли СРК-подобные симптомы;

— примесь крови в кале;

— снижение веса;

— анемический синдром как первый клинический признак заболевания при поражении правой половины ободочной кишки, симптомы нарушения пассажа при локализации в левой половине ободочной кишки;

— онкомаркеры:

- РЭА (раково-эмбриональный антиген) — маркер опухоли толстой кишки, один из наиболее чувствительных онкомаркеров;

- СА 242 — диагностика рака толстой и прямой кишки;

- СА 125 — повышение показателя свидетельствует о новообразовании в сигмовидной кишке;

- SCC — антиген плоскоклеточного рака анального канала;

— колоноскопия с биопсией толстой кишки (морфологическое подтверждение диагноза).

**6. Целиакия:**

— хроническая диарея;

— утомляемость, отставание в развитии (у детей);

— IgA тканевые трансглутаминазные антитела (IgA тТГ);

— IgA антиглиадиновые антитела (IgA АГА);

— IgG антиглиадиновые антитела (IgG АГА);

— эндоскопия с биопсией тонкого кишечника в сочетании с положительными лабораторными тестами на целиакию дает основание поставить диагноз.

**7. Лактазная недостаточность:**

— появление характерных симптомов (вздутие, метеоризм, диарея) напрямую связано с потреблением молочных продуктов;

— дыхательный водородный тест с использованием лактозы.

**8. Дисахаридная недостаточность:**

— появление характерных симптомов (вздутие, метеоризм, диарея) напрямую связано с потреблением сахарозы, фруктозы (фрукты, овощи);

— дыхательный водородный тест с использованием фруктозы.

**9. Синдром избыточного бактериального роста:**

— характерные симптомы мальдигестии и мальабсорбции;

— постпрандиальное вздутие через 30–120 минут после приема пищи;

— дыхательный водородный тест с использованием глюкозы;

— синдром имеет общие клинические черты и может лежать в основе СРК.

**10. Хронический панкреатит с нарушением внешней секреторной функции поджелудочной железы:**

— диарея, метеоризм, распирающие боли в кишечнике, стеаторея, значительное похудение;

— копрограмма;

— анализ фекальной эластазы 1;

— ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

**11. Заболевания щитовидной железы:**

— диарея (гиперфункция щитовидной железы), запор (гипофункция щитовидной железы);

— уровни гормонов щитовидной железы (трийодтиронин (Т<sub>3</sub>), тироксин (Т<sub>4</sub>), тиреотропный гормон (ТТГ));

— УЗИ щитовидной железы.

**12. Гинекологические заболевания:**

**а) эндометриоз:**

— цикличность болевого синдрома, локализованного преимущественно внизу живота;  
— данные вагинального и других методов исследования (УЗИ органов малого таза);

**б) воспалительные заболевания органов малого таза:**

— тупые боли внизу живота, лихорадка;  
— данные вагинального и других методов исследования (УЗИ органов малого таза);

**в) рак яичников (комбинация первых трех симптомов выявляется у 43 % пациенток с установленным диагнозом рака яичников против 8 % здоровых женщин):**

— увеличение живота в объеме;  
— вздутие;  
— срочные позывы на мочеиспускание;  
— тазовые боли;  
— данные других методов исследования (УЗИ органов малого таза, КТ, МРТ);  
— онкомаркер яичников (Ca 125 в сочетании с индексом ROMA, HE4).

**13. Урологические заболевания:****а) воспалительные заболевания мочевыделительной системы:**

— тупые боли внизу живота или по ходу мочеточников, чаще связаны с актом мочеиспускания, лихорадка;  
— общий анализ мочи (ОАМ), УЗИ органов малого таза и почек.

Пациентке М. рекомендованы:

1. *Общеклинические лабораторные исследования:* ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (БАК), копрологическое исследование.

2. *Специфические лабораторные исследования:*

— кровь на скрининг целиакии (IgA тТГ, IgA АГА, IgG АГА);  
— кровь для определения антител к лямблиям (суммарные антитела), аскаридам (IgG к *Ascaris lumbricoides*), токсокарам (IgG к *Toxocara canis*);  
— гормоны щитовидной железы (Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, ТТГ);  
— онкомаркеры (РЭА, Ca 125, индекс ROMA);  
— кал на кальпротектин;  
— кал на дисбактериоз.

3. *Инструментальные методы исследования, консультации специалистов:*

— УЗИ органов брюшной полости;  
— фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) + определение *Helicobacter pylori* (HP) — СЛО-тест;  
— фиброколоноскопия (ФКС);  
— консультация гинеколога.

После проведенных исследований получены следующие результаты.

**ОАК:** эритроциты —  $4,2 \cdot 10^{12}/л$  (норма —  $3,7-4,7 \times 10^{12}/л$ ); Hb — 131 г/л (норма — 115–145 г/л); лейкоциты —  $5,4 \cdot 10^9/л$  (норма —  $3,5-9,0 \cdot 10^9/л$ ); тромбоциты —  $228 \cdot 10^9/л$  (норма —  $150-390 \cdot 10^9/л$ ); гранулоциты палочкоядерные — 3 % (норма — 1–6 %); гранулоциты сегментоядерные — 54 % (норма — 45–60 %); гранулоциты базофильные отсутствуют (нор-

ма — 0–1 %); гранулоциты эозинофильные — 2 % (норма — 0–5 %); лимфоциты — 38 % (норма — 17–40 %); моноциты — 3 % (норма — 3–11 %); СОЭ — 7 мм/ч (норма — не более 15 мм/ч). *Заключение: общий анализ крови в норме.*

**ОАМ:** цвет — соломенно-желтый; удельный вес — 1018 (норма — 1010–1025); прозрачная; глюкоза, билирубин, кетоновые тела, белок — не обнаружены. Микроскопия осадка: эпителий плоский — 0–1 в п/з (норма — 0–1 в п/з); лейкоциты — 0–1 в п/з (норма — 0–2 в п/з); эритроциты — 0–1 в п/з (норма — 0–1 в п/з); соли — оксалаты в небольшом количестве; бактерии — не выявлено. *Заключение: общий анализ мочи в норме.*

**БАК:** билирубин общий — 5,9  $\mu\text{mol}/л$  (норма — 3,0–17,1  $\mu\text{mol}/л$ ); холестерин — 4,21  $\text{mmol}/л$  (норма — 0,00–5,20  $\text{mmol}/л$ ); триглицериды — 1,54  $\text{mmol}/л$  (норма — 0,00–1,70  $\text{mmol}/л$ ); АСТ — 28,0 U/L (норма — 15,0–37,0 U/L); АЛТ — 36,0 U/L (норма — 14,0–59,0 U/L); глюкоза в крови — 5,2  $\text{mmol}/л$  (норма — 4,10–5,90  $\text{mmol}/л$ ); ЩФ — 73,4  $\text{mmol}/л$  (норма — 46,0–116,0  $\text{mmol}/л$ ); мочевины — 3,35  $\text{mmol}/л$  (норма — 2,50–6,40  $\text{mmol}/л$ ); креатинин — 61,3  $\mu\text{mol}/л$  (норма — 49,0–90,0  $\mu\text{mol}/л$ ); общий белок — 74,0 г/л (норма — 64,0–82,0 г/л); альбумин — 38,5 г/л (норма — 34,0–50,0 г/л); амилаза — 62,3 U/L (норма — 00,0–115,0 U/L); ГГТ — 74,6 U/L (норма — 46,0–116,0 U/L); СРП — 2,93  $\text{mg}/л$  (норма — 0,00–9,00  $\text{mg}/л$ ). *Заключение: биохимический анализ крови в норме.*

**Кровь на скрининг целиакии:** IgA тТГ — 0,87 U/ml (норма — < 8 U/ml); IgA АГА — 0,43 U/ml (норма — до 12,5 U/ml); IgG АГА — 0,62 U/ml (норма — до 12,5 U/ml). *Заключение: скрининговые тесты на целиакию негативные.*

**Анализ крови на антитела к гельминтам и простейшим:** суммарные антитела к лямблиям — 0,12 усл.ед. (норма — 0,00–0,90 усл.ед.); IgG к *Ascaris lumbricoides* — 0,08 усл.ед. (норма — 0,00–0,85 усл.ед.); IgG к *Toxocara canis* — 0,10 усл.ед. (норма — 0,00–0,90 усл.ед.). *Заключение: гельминты и простейшие не обнаружены.*

**Гормоны щитовидной железы:** ТТГ — 2,578  $\text{uIU}/\text{ml}$  (норма — 0,350–5,500  $\text{uIU}/\text{ml}$ ); свободный Т<sub>3</sub> — 3,43  $\text{pg}/\text{ml}$  (норма — 2,30–4,20  $\text{pg}/\text{ml}$ ); свободный Т<sub>4</sub> — 1,10  $\text{ng}/\text{dl}$  (норма — 0,89–1,76  $\text{ng}/\text{dl}$ ); антитела к тиреоглобулинам — 20,0 IU/ml (норма — 0,0–40,0 IU/ml). *Заключение: уровень гормонов щитовидной железы в крови в норме.*

**Кровь на онкомаркеры:** РЭА — 1,70  $\text{ng}/\text{ml}$  (норма — 0,00–5,00  $\text{ng}/\text{ml}$ );  $\alpha$ -фетопротейн — 2,48  $\text{ng}/\text{ml}$  (норма — 0,00–8,10  $\text{ng}/\text{ml}$ ); Ca 19-9 — 2,5 U/mL (норма — 0,0–37,0 U/mL); Ca 125 — 2,43 U/mL (норма — < 35 U/mL); индекс ROMA — 0,48 % (норма — < 7,4 % — низкий риск эпителиального рака яичников).

*Замечание: следует отметить, что больная по собственной инициативе сдала кровь на  $\alpha$ -фетопротейн, Ca 19-9. Заключение: в показателях онкомаркеров крови отклонений от нормы не обнаружено.*

Уровень кальпротектина: 2,48 мкг/л (норма — 0–50,0 мкг/л) — в пределах референтных значений.

**Копрологическое исследование.** Форма — неоформленный; консистенция — мягкий; цвет — коричневый; слизь — «+»; реакция на кровь — 0; реакция — слабощелочная; остатки непереваренной пищи — «+»; мышечные волокна: переваренные — 2 в п/з, непереваренные — 1 в п/з; нейтральный жир — отсутствует; жирные кислоты — отсутствуют; мыла — отсутствуют; крахмал — отсутствует; непереваренная клетчатка — 1–2 в п/з; переваренная клетчатка — 1 в п/з; йодофильные бактерии — 0–1 в п/з; лейкоциты — 0 в п/з; эритроциты — 0 в п/з; простейшие — не обнаружено. **Заключение:** признаки ускоренной эвакуации пищи по толстой кишке.

Кал на дисбактериоз: бифидобактерии —  $< 10^7$  (норма —  $10^8$  и выше), лактобактерии —  $10^9$  (норма —  $10^8$  и выше), патогенные микробы семейства кишечных — 0 (норма — 0), общее количество кишечной палочки —  $1 \cdot 10^8$  (норма —  $10^6$ – $4 \cdot 10^8$ ), кишечная палочка со слабо выраженными ферментативными свойствами —  $< 10\%$  (норма — до  $10\%$ ), гемолизирующая кишечная палочка — 0 (норма — 0), условно-патогенные бактерии (протей, клебсиелла, энтеробактер, цитробактер), ацинетобактер и др. —  $< 10^5$  (норма — до  $10^4$ – $10^5$ ), стафилококк —  $< 10^4$  (норма — до  $10^4$ ), гемолизирующий стафилококк — 0 (норма — 0), грибы рода кандиды —  $< 10^3$  (норма — до  $10^3$ ). **Заключение:** специфические энтеропатогенные микроорганизмы не выявлены.

**УЗИ органов брюшной полости.** Печень — нормальных размеров, эхо-структура однородная, края ровные, внутривенные желчные протоки не расширены, v. portae 8,0 мм. Желчный пузырь грушевидной формы; размеры: 68,0 x 37,0 мм; толщина стенки — 2,0 мм; содержимое однородное; холедох не расширен — 5,0 мм. Поджелудочная железа — эхогенность нормальная, контур гладкий, размеры: 32,0 x 21,0 x 28,0 мм; вирсунгов проток — 1,4 мм. Селезенка — норма (размеры: 8,0 x 11,0 мм). Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует. Метеоризм. **Заключение:** эхо-структура органов брюшной полости не нарушена. Метеоризм.

**ФЭГДС.** Заключение: патологии эзофагогастродуоденальной зоны не обнаружено. СЛО-тест на НР — отрицательный.

**ФКС.** Заключение: колоноскоп введен до терминального отдела подвздошной кишки. Во всех отделах толстой кишки и терминальном отделе подвздошной кишки патологических изменений не выявлено.

**Консультация гинеколога:** гинекологически здорова.

Таким образом, **клинический диагноз пациентки М.:** синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи (СРК-Д).

Назначено лечение:

— диета;

— даны рекомендации относительно изменения образа жизни, физической активности;

— Альфлорекс по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение 1 месяца.

С учетом данных Римских критериев IV (2016) о возможности *B. infantis* 35624 (Альфлорекс) значительно уменьшать все симптомы СРК (абдоминальную боль/дискомфорт, вздутие, диарею, запор), что подтверждено рандомизированными плацебо-контролируемыми исследованиями, пациентке М. целесообразно рекомендовать Альфлорекс — *Bifidobacterium infantis* 35624.

В рамках современных представлений о СРК эффективность Альфлорекса можно объяснить следующим:

1. *Bifidobacterium infantis* 35624 в Альфлорексе способствует нормализации дисбиотических изменений, которые наблюдаются у пациентов с СРК.

2. *B. infantis* 35624 уменьшает микровоспаление, нормализуя баланс противо- и провоспалительных цитокинов — соотношение IL-10/IL-12. Это важное свойство актуально для пациентов с СРК, т.к. современные данные подтверждают наличие микровоспаления слизистой оболочки кишечника у пациентов с СРК, которое и может служить причиной развития висцеральной гиперчувствительности, а также поддерживать избыточную рецепторную чувствительность слизистой оболочки кишечника [2].

На фоне терапии уменьшение болевого синдрома отмечалось на 4-й день лечения, а его прекращение — к концу 2-й недели после начала приема Альфлорекса. Следует подчеркнуть, что уже в конце 1-й недели терапии больная отметила исчезновение метеоризма. Спустя 2 недели регулярного приема Альфлорекса установился ежедневный режим дефекаций с восстановлением физиологического позыва 1 раз в сутки. Данный эффект сохранялся на протяжении всего срока приема Альфлорекса.

На контрольном приеме через 1 месяц после начала терапии больная М. никаких жалоб не предъявляла. Учитывая уменьшение всех симптомов СРК, простоту приема (1 раз/сутки), хорошую переносимость и возможность длительного применения, пациентка продолжила прием препарата Альфлорекс еще в течение 1 месяца.

За период наблюдения (второй месяц) больная жалоб со стороны органов пищеварения не предъявляла. Побочных эффектов в процессе лечения не отмечалось. Позитивный эффект сохранялся и после отмены препарата до настоящего времени (3-й месяц).

Альфлорекс (*B. infantis* 35624) имеет лучшую доказательную базу эффективности при СРК, что указано в практическом руководстве по СРК (2015) Всемирной гастроэнтерологической организации. Успешное клиническое применение Альфлорекса в Украине, а также высокий уровень безопасности, удобство приема (1 раз/сутки) открывает новые перспективы для пациента и врача в успешном контроле симптомов СРК [2].

**Конфликт интересов.** Не заявлен.

## References

1. Stepanov YuM, Budzjak IJa. *Syndrom pozdraznenogo kyshechnyka: diagnostyka, likuvannja: Navchal'nyj posibnyk [Irritable bowel syndrome: diagnosis, treatment: A textbook]*. Kyiv: Publisher Zaslavsky OYu; 2017. 114 p. (in Ukrainian).
2. Stepanov YuM. *Alflorex - Bifidobacterium infantis 35624 already in Ukraine. Gastroenterologia. 2017;51(3):11.* (in Russian).
3. Sheptulin AA, Vize-Khripunova MA. *Review of Rome-IV*

*criteria for the irritable bowel syndrome: are there any basic changes? Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2016;26(5):99-103. (in Russian).*

4. Lovell RM, Ford AC. *Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012 Jul;10(7):712-721.e4. doi: 10.1016/j.cgh.2012.02.029.*

Получено 26.02.2018 ■

Сірчак Є.С.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

### Клінічний випадок пацієнтки із синдромом подразненого кишечника

**Резюме.** Синдром подразненого кишечника (СПК) займає одне з лідируючих місць за поширеністю серед захворювань органів травлення. У статті наведений клінічний випадок пацієнтки М. із діагнозом СПК із переважанням діареї, що встановлений відповідно до Римських критеріїв IV 2016 р. Згідно з цим документом, *B. infantis* 35624 (Альфлорекс) має здатність значно зменшувати всі симптоми СПК (абдомінальний біль/дискомфорт, здуття, діарею, запор). З урахуванням цього паці-

єнтці М. призначений препарат Альфлорекс. Альфлорекс продемонстрував високу ефективність у купіруванні всіх симптомів СПК у пацієнтки вже з перших днів прийому. З огляду на високий рівень безпеки, зручність прийому (1 раз/добу) препарат *B. infantis* 35624 (Альфлорекс) відкриває нові перспективи для пацієнта й лікаря в успішному контролі симптомів СПК.

**Ключові слова:** синдром подразненого кишечника; лікування; *B. infantis* 35624

Ye.S. Sirchak

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

### Clinical case in a female patient with irritable bowel syndrome

**Summary.** Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common digestive system diseases. The article presents a clinical case in a female patient M. diagnosed with IBS with a predominance of diarrhea (in accordance with the Rome IV criteria, 2016). According to the Rome IV criteria (2016), *B. infantis* 35624 (Alflorex) can significantly reduce all symptoms of IBS (abdominal pain/discomfort, bloating, diarrhea, constipation). Given this, Alflorex

was prescribed to the patient M. Alflorex showed high efficiency in the reduction of all signs of IBS in this patient from the first days of administration. Taking into account the high level of safety, the convenience of taking (1 time/day), the preparation of *B. infantis* 35624 (Alflorex) opens new perspectives for the patient and the doctor in the successful control of IBS symptoms.

**Keywords:** irritable bowel syndrome; treatment; *B. infantis* 35624