УДК 616.34–008.6–008.87–036

О.О. МЕРЕНЦОВА
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Особливості клініки та динаміка мікрофлори у хворих на синдром подразненої кишки

Серед захворювань кишечнику важливе місце займають функціональні порушення, які не супроводжуються будь-якими морфологічними змінами. Серед них найбільш поширеним є синдром подразненої кишки (СПК). Згідно з Римськими критеріями III, СПК – це стала сукупність функціональних порушень, які спостерігаються у дис-

© Меренцова О.О., 2013

тальному відділі кишечнику з частотою 3 доби на місяць протягом 3 місяців та загальною тривалістю 6 місяців. СПК проявляється болем у животі без чіткої локалізації, який зникає після дефекації, зміною частоти та консистенції випорожнення та метеоризмом [10].

Поширеність СПК коливається в межах 10...20% серед дорослого населення, переважає у жінок. Середній вік хворих – 20–40 років [11, 14]. Етіологія СПК залишається остаточно не з'ясованою. Найбільш поширена біопсихосоціальна теорія його походження, згідно з якою провідну роль у розвитку СПК відводять психосоціальному та психоемоційному стресам, нестійкій ЦНС [1, 3]. Психосоціальний та психоемоційний стреси негативно впливають як на психологічні, так і на біологічні та соматичні процеси в організмі, зокрема на моторну та секреторну (частково) функції товстої кишки [5].

Важливе значення в дисфункції кишечнику при СПК належить серотоніновій сигнальній системі, яка забезпечує зв'язок між ентерохромофінними клітинами (ЕК), що виробляють серотонін, та чутливими нервовими рецепторами, які локалізовані в кишечнику [2, 11]. При СПК кількість ЕК-клітин, вміст серотоніну, рівень ферменту триптофангідроксилази та 5-гідроксилоцтової кислоти зменшуються, спостерігається експресія транспортування селективного зворотного захоплення серотоніну. Останній, взаємодіючи з інтрамуральними нервовими сплетіннями товстої кишки, підвищує тиск в її просвіті, поглиблює стан тривоги та депресії [11].

Сьогодні значну увагу в розвитку СПК приділяють синдрому надмірного бактеріального росту в тонкій кишці [15]. Як окрему клініко-патогенетичну форму розглядають постінфекційний СПК, який пов'язаний з розвитком дисбіозу товстої кишки [7]. Дисбактеріоз кишечнику – це клініко-лабораторний синдром, для якого характерні якісні та кількісні зміни складу флори біотопу, а також транслокація різних її представників в нетипові біотопи з подальшими метаболічними та імунними порушеннями, нерідко з розвитком шлунково-кишкових розладів, зокрема СПК [8, 12]. При ефективній корекції виявлених змін відбувається відновлення складу нормальної мікрофлори та порушених функцій. Важливу роль у цьому відіграють біологічні препарати – пробіотики, пребіотики та синбіотики [6]. Методами доказової медицини доведено, що вживання комплексу про- і пребіотичних препаратів доволі ефективно сприяє усуненню клінічних симптомів СПК (біль, метеоризм, діарея тощо) [5, 6].

Сучасне лікування СПК є багатокомпонентним, скерованим на різні ланки перебігу хвороби і практично спонукає лікаря до поліпрагмазії [4]. Оскільки дисбіоз є домінуючим компонентом у патогенезі СПК, то на першому етапі лікування доцільно застосовувати препарати, скеровані на нормалізацію мікрофлори товстої кишки [6, 13].

Згідно з літературними даними, при синдромі подразненої кишки, незалежно від його клінічної форми, наявні порушення з боку мікробіоценозу товстої кишки [9]. Однак залишається нез'ясованою загальна тенденція у порушенні кількісного та якісного складу мікрофлори у хворих з СПК, не з'ясовано можливий зв'язок між клінічною формою захворювання і станом мікробіоценозу товстої кишки.

Мета нашого дослідження – вивчити особливості клініки та стану мікробіоценозу товстої кишки залежно від форми СПК.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням перебували 50 хворих на СПК (25 жінок і 25 чоловіків) віком від 20 до 42 років. Згідно з Римськими критеріями III (2006), діагноз СПК ставили, якщо протягом 12 тижнів за останніх 6 місяців абдомінальний дискомфорт

або біль поєднувались з такими симптомами: полегшення після дефекації або зміна частоти випорожнень чи зміна його консистенції [10]. Шляхом анкетування проводили діагностику та оцінювали ефективність лікування хворих. Особливу увагу приділяли скаргам, характерним для кишкової диспепсії: біль вздовж кишки, метеоризм, діарея, закрепи, чергування діареї та закрепів. Окрім лікування згідно зі стандартами надання медичної допомоги хворим на СПК пацієнти приймали лаціум по одному саше двічі на добу протягом 14 днів. Мікробіологічне дослідження випорожнень проводили відповідно до існуючих рекомендацій, попередньо усунувши інфекційний фактор у виникненні кишкової диспепсії. Для ідентифікації мікроорганізмів застосовували сучасні біохімічні системи. Вид мікроорганізмів встановлювали відповідно до останнього видання визначника бактерій Берджі.

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проведено на комп'ютері за допомогою програми *Microsoft Excel*. Вірогідними вважали відмінності при рівні значущості $p<0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. Дані щодо виявів кишкової диспепсії у хворих на СПК зведено у табл.1.

Таблиця 1

Симптоми кишкової диспепсії у хворих на СПК до і після лікування

Симптом	СПК з проносами (n=26)		СПК із закрепами (n=24)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Метеоризм	24 (92,3%)	11 (42,3%)	19 (79,2%)	9 (37,5%)
Біль при пальпації	21 (80,8%)	2 (7,7%)	22 (91,7%)	5 (20,8%)
Біль/дискомфорт	24 (92,3%)	2 (7,7%)	24 (100,0%)	2 (8,3%)
Відчуття неповної дефекації	16 (61,5%)	0	22 (91,7%)	7 (29,2%)

Як свідчать дані табл. 1, в обох групах вияви кишкової диспепсії до лікування мали фактично всі хворі на СПК незалежно від форми. Під впливом лікування з використанням лаціуму вони зникли (відчуття неповної дефекації) або суттєво зменшилися (метеоризм, болючість вздовж товстої кишки).

Провідна роль у формуванні дисбіотичних змін у товстій кишці належить зменшенню популяційних рівнів біфідо- та лактобактерій, кишкової палички із незміненими ферментативними властивостями до 10^5–10^6 КУО/г. На тлі цих змін підвищується кількість умовно-патогенної флори. Проаналізовано кишкову мікрофлору до і після лікування (табл. 2).

Таблиця 2

Особливості змін кишкової мікрофлори у хворих на СПК

Симптом	СПК з проносами (n=26)		СПК із закрепами (n=24)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Зниження кількості лактобактерій	24 (92,3%)	0	9 (37,5%)	0
Зниження кількості біфідобактерій	21 (80,8%)	0	7 (29,2%)	0
Підвищення кількості ентерококів	5 (19,2)	0	5 (20,8%)	0
Наявність інших умовно-патогенних мікроорганізмів	16 (61,5%)	0	12 (50,0%)	0
Гриби роду *Candida*	16 (61,5%)	2 (7,7%)	17 (70,9%)	0

Як бачимо, у пацієнтів з діареями дефіцит лактобактерій виявлений у 92,3% осіб, біфідобактерій – у 80,8%, тоді як у пацієнтів із закрепами дефіцит лактобактерій встановлений у 37,5%, а біфідобактерій – у 29,2% ($p<0,05$).

Водночас зі зниженням рівня основних нормосимбіонтів спостерігалось збільшення рівня умовно-патогенної флори до 10^6–10^7 КУО/г. Висівались представники родів *Proteus* (11,4%), *Citrobacter*, *Klebsiella*, *Escherichia* зі зміненими властивостями, гриби роду *Candida*.

Таким чином, отримані результати свідчать про якісні та кількісні зміни у складі мікрофлори кишечнику, які можуть бути причиною порушень метаболічних процесів.

Висновки. Вияви кишкової диспепсії характерні для СПК як з проносами, так і з закрепами. Дисбіотичні зміни мікрофлори товстої кишки зумовлені зміною кількості основних нормосимбіонтів на тлі зростання кількості умовно-патогенної мікрофлори. Використання лаціуму в лікуванні ефективно усуває клінічні прояви СПК.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Динамика* показателей висцеральной чувствительности у больных с синдромом раздраженного кишечника при лечении спазмолитиками / П.А. Макарчук, И.Л. Халиф, Т.Л. Михайловский и др. // РЖГГК. – 2008. – № 1. – С. 45–51. 2. *Звягинцева Т.Д.* Эндотелиальная дисфункция у больных с синдромом раздраженного кишечника с запором / Т.Д. Звягинцева, С.В. Гриднева // Сучасна гастроентерологія. – 2007. – № 4 (36). – С. 36–39. 3. *Климушева Т.А.* Синдром раздраженного кишечника глазами психиатра / Т.А. Климушева // РЖГГК. – 2008. – № 4. – С. 82–86. 4. *Новые* возможности патогенетического лечения синдрома раздраженного кишечника / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, А.Д. Соловьева и др. // РЖГГК. – 2007. – № 6. – С. 37–40. 5. *Осипенко М.Ф.* Клинические проявления вегетативной дисфункции у больных с синдромом раздраженного кишечника / М.Ф. Осипенко, Е.А. Бикбулатова // Клин. медицина. – 2005. – № 10. – С. 36–40. 6. *Парфенов А.И.* Клиническая эффективность продукта питания «Актимель» у больных синдромом раздраженного кишечника с преобладанием поносов / А.И. Парфенов, И.Н. Ручкина, Т.М. Царегородцева и др. // Эксперимент. и клин. гастроэнтерология. – 2005. – № 5. – С. 45–52. 7. *Применение* висмута трикалия дицитрата (де-нола) – перспективное направление в патогенетической терапии синдрома раздраженного кишечника с диареей / Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова, О.Ю. Похальская и др. // Клин. медицина. – 2008. – № 10. – С. 47–52. 8. *Сабковська Х.О.* Стан мікробіоценозу товстої кишки у хворих молодого віку з гіпертонічною хворобою в поєднанні з синдромом подразненого кишечнику / Х.О. Сабковська // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 2 (40). – С. 17–18. 9. *Фадєєнко Г.Д.* Дисбіотичні порушення кишечнику і шляхи їх корекції / Г.Д. Фадєєнко, І.Е. Кушнір // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 2 (28). – С. 30–33. 10. *Шептулин А.А.* Римские критерии III синдрома раздраженного кишечника: что мы ожидали и что мы увидели? / А.А. Шептулин // РЖГГК. – 2007. – № 2. – С. 63–68. 11. *Циммерман Я.С.* Синдром раздраженной кишки: современное состояние проблемы и перспективы / Я.С. Циммерман // Клин. медицина. – 2007. – № 10. – С. 14–21. 12. *Costs of health* care for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhoea and functional abdominal pain / K. Nyrop, O. Palsson, R. Levy et al // ALIMENT Pharmacol Ther. – 2007. – Vol. 26. – P. 237–248. 13. *A probiotic treatment* containing Lactobacillus, Bifidobacterium and Enterococcus improves IBS symptoms in an open label trial / Y. Fan, S. Chen, Y. Yu et al. // Journ. of Zhejiang University. – 2006. – Vol. 7 (12). – P. 987–991. 14. *Emeran A.* Irritable Bowel Syndrome / A. Emeran, M. Mayer // The New England Journal of Medicine. – 2008. – Vol. 358. – P. 1692–1699. 15. *Small intestinal* bacterial overgrowth in patients with irritable bowel syndrome / I. Posserud, P.-O. Stotzer, E. Bjornsson et al // Gut. – 2007. – Vol. 56. – P. 802–808.

Стаття надійшла до редколегії 12.03.13

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИНАМИКА МИКРОФЛОРЫ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ

Е.А. МЕРЕНЦОВА

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

Рассмотрены особенности клиники и динамика микрофлоры у больных с синдромом раздраженной кишки. Обследовано 50 пациентов (24 с констипационным типом СРК и 26 человек с диарейным типом). Полученные данные демонстрируют снижение уровня нормосимбиотов (лактобактерий, бифидобактерий) на фоне увеличения роста

условно патогенной флоры (*Proteus, Citrobacter, Klebsiella, Escherichia)*, грибов рода *Candida*. Вишеуказанные изменения встречаются чаще и выражены интенсивнее в группе с диарейным типом СРК.

Определена безопасность использования препарата лациум в лечении. Показано, что препарат эффективно устраняет симптомы кишечной диспепсии, положительно влияет на микрофлору толстой кишки.

Ключевые слова: синдром раздраженной кишки, микрофлора, лациум.

CLINICAL CHANGES AND DYNAMICS OF MICROFLORA IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

O. MERENTSOVA

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Irritable Bowel Syndrome (IBS) possess leading position among functional diseases of digestion. It is near 10–20% among the adult population. IBS is diagnosed by using Rome III: when a person has abdominal pain or discomfort at least three times per month for the last 3 months without other disease or injury that could explain the pain. The pain or discomfort of IBS may occur with a change in stool frequency or consistency or may be relieved by bowel movement.

IBS is often classified into four subtypes based on the person's usual stool consistency. These subtypes are important because they affect the types of treatment that are most likely to improve the person's symptoms. The four subtypes of IBS are:

- IBS with constipation (IBS-C)
  - hard or lumpy stools at least 25 percent of the time,
  - loose or watery stools less than 25 percent of the time.
- IBS with diarrhea (IBS-D)
  - loose or watery stools at least 25 percent of the time,
  - hard or lumpy stools less than 25 percent of the time.
- Mixed IBS (IBS-M)
  - hard or lumpy stools at least 25 percent of the time,
  - loose or watery stools at least 25 percent of the time.
- Unsubtyped IBS (IBS-U)
  - hard or lumpy stools less than 25 percent of the time,
  - loose or watery stools less than 25 percent of the time.

According to the contemporary opinions IBS is a result of a failure of biological and psychosocial factors. Condition of the intestinal microflora has it's important role in the development if this disease too.

Contemporary treatment is directed to all links of the pathological process, that is why it is hard for the doctors to avoid polypragmasy. As far as dysbios is one of main factors of IBS the treatment should also include medicine that has influence on normalization of intestinal microflora.

The aim of the work was to research intestinal microflora and clinical changes in patients with diarrhea and constipation types of Irritable Bowel Syndrome.

50 patients were examined. The diagnosis of IBS was defined according to the Rome III Criteria. Patients were divided into two groups- Constipation type of IBS (24 persons) and Diarrhea type of IBS (26 persons). The diagnostic and estimating the results of the treatment were conducted using the questionnaire.

Besides the classic treatment of the IBW patients were using Lacium twice a day per two weeks. Microbiological tests of gut of the patients were made according to the existent methodical recommendations.

Results that were received showed strong changes of indexes of intestinal microflora. The main role in the formulation of dysbiosis belong to the decrease of the level of basic normal symbiots (*Bifidobacterium, Lactobacterium*, ect) instead of the growth of pathogenic microflora (*Proteus, Citrobacter, Klebsiella, Escherichia, Candida*). Stronger alterations of intestinal microflora were in the group of diarrhea type patients.

Intestinal dyspepsia was actually in all of the patients in two groups before treatment and after using Lacium it disappeared or considerably decreased.

Intestinal dyspepsia was actually in all of the patients in two groups before treatment.

The main role in the formulation of dysbiosis belong to the decrease of the level of basic normal symbiots instead of the growth of pathogenic microflora.

The safety of using in treatment such medicine as Lacium was determined. It is showed that this medicine is effectual in eliminating symptoms of intestinal dyspepsia and has positive influence on bowel microflora.

Key words: Irritable Bowel Syndrome, Intestinal Microflora.