

# Синдром избыточного бактериального роста: подходы к лечению

**В последние годы в гастроэнтерологической практике термином «синдром избыточного бактериального роста» (СИБР) обозначают чрезмерное заселение тонкой кишки фекальной микрофлорой  $\geq 10^5$  КОЕ/мл (в норме  $\leq 10^3$  КОЕ/мл) и/или нарушение ее качественного состава. Данное заболевание тонкой кишки подразумевает не нозологический, а синдромальный подход. Прежние определения заболевания «хронический энтерит / энтероколит», «дисбактериоз кишечника» уже не используются, возможно, еще какое-то время они сохраняют историческое значение.**

Важно, чтобы врач общей практики понимал суть вопроса и нашел или пытался найти истинную причину СИБР, в качестве которой могут выступать дивертикулез, сахарный диабет, хронический гастрит типа А, внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, анемия, постгастрорезекционные расстройств, ваготомия, операции на кишечнике, гипотиреоз, ВИЧ, вторичный иммунодефицит и др.

Патогенетические звенья, которые лежат в основе проявлений СИБР, схожи. В функциональном отношении они характеризуются дисбактериозом, воспалительной реакцией слизистой оболочки тонкой кишки, расстройствами двигательной активности, ускоренной перистальтикой, повышенным тонусом кишки, раздражимостью нервного аппарата, гиперсекрецией воды и слизи, ферментативной недостаточностью секрета слизистой оболочки тонкой кишки. В итоге все это приводит к нарушениям переваривания и всасывания.

В клинической картине последующего хронического воспаления слизистой тонкой кишки ведущим признаком является хроническая диарея или неоформленный

стул (5-7-й типы по Бристольской шкале формы кала). В обильных кашицеобразных испражнениях могут быть обнаружены непереваренные остатки пищи, креаторея, стеаторея, амилорея. По форме стул напоминает пюре или протертый суп. Появлению позыва к дефекации предшествуют боли в околопупочной области ноющего характера, урчание, переливание и вздутие живота. После дефекации, отмечающейся с частотой до 2-3 раз в сутки, состояние больных значительно улучшается. Характерной особенностью нарушений стула является связь с видом принимаемой пищи (углеводная, белковая, жирная, грибы и др.). В дальнейшем пациенты предъявляют жалобы на снижение массы тела (индекс массы тела – ИМТ –  $< 18$  кг/м<sup>2</sup>), слабость. Это объясняется хроническим нарушением переваривания и всасывания пищи в тонкой кишке. Среди других проявлений встречаются анемия, поражение кожи и слизистых оболочек, волос, остеопения и остеопороз, судороги икроножных мышц и др.

Сопоставимым с СИБР является синдром нарушенной ассимиляции (СНА) пищевых веществ – комплекс симптомов,

обусловленных неполноценным перевариванием и всасыванием пищевых веществ. Ассимиляция пищевых веществ может изменяться на этапах полостного, мембранного пищеварения и всасывания. Нарушения полостного пищеварения чаще наблюдаются при наличии внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, после резекции желудка, мембранного – связаны с дефицитом кишечных ферментов и изменением структуры энтероцитов. Нарушения всасывания бывают врожденными (например, галактозы), первичными (целиаксия) и приобретенными, чаще всего это вторичная глютенная энтеропатия.

Основные методы исследования включают общий анализ крови, копрограмму, определение уровня фекальной эластазы-1, общего белка и альбуминов; бактериологическое исследование аспирата тонкой кишки (бактериальное исследование кала не позволяет судить о микрофлоре тонкой кишки); дыхательные водородные тесты. Отметим, что в большинстве случаев мы по-прежнему определяем характер бактериальной микрофлоры в тонкой кишке с помощью бактериологического исследования кала, который получен естественным путем. Перечень биохимических, иммунологических и гистологических исследований определяют исходя из предполагаемых этиологических факторов СИБР, таких как гипотиреоз, диабетическая автономная нейропатия, ВИЧ, опухоли, склеродермия, туберкулез, глютенная энтеропатия, болезнь Уиппла и др.

С помощью инструментальных исследований (ультразвукового исследования печени, желчных путей и поджелудочной железы; фиброгастроуденоскопии с биопсией из нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки или тонкой кишки; ирригоскопии; ректороманоскопии; колоноскопии; лапароскопии; спиральной компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости, возможно, в ангиорежиме) определяют происхождение СИБР, проводят дифференциальную диагностику, например дивертикулеза толстой кишки, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, микроскопического колита, пострезекционной короткой кишки, ишемической энтеропатии, синдрома Золлингера-Эллисона и др. Для контроля остеопороза показано проведение компьютерной томографии поясничного отдела или денситометрии по методике DEXA.

**В большинстве случаев для диагностики СИБР имеет существенное значение правильно проведенная беседа с пациентом, учет данных анамнеза (характера питания, связи между особенностями рациона и клиническими проявлениями), жалоб (связи между характером дефекации, стула и периодом последствия); результатов пальпации живота.**

Главной целью терапии СИБР является создание условий для лучшего переваривания и всасывания пищевых продуктов. В абсолютном большинстве случаев имеет первостепенное значение коррекция диеты. Общие рекомендации по питанию при СИБР заключаются в соблюдении

принципов диеты № 4. Исключают злаковые, содержащие глютен, легкоусвояемые сахара, жидкие молочные продукты, тугоплавкие животные жиры, мясные навары, жареное, копченое. Рекомендуется потреблять рис, кукурузу, картофель, соевые бобы; белковые продукты (мясо, рыбу, яйца). Овощи и фрукты в термически обработанном виде разрешено употреблять во второй половине дня.

При назначении лекарственных препаратов предпочтение следует отдавать брендированным формам.

**Во всех случаях при СИБР прежде всего назначают бактериостатики для уменьшения избыточного количества бактерий. С этой целью может использоваться производное нитрофурана – нифуроксазид (в качестве наиболее удачного фармацевтического препарата из этой группы по соотношению цена/качество/эффективность можно привести препарат Лекор, производитель – совместное испанско-украинское предприятие «Сперко Украина»).**

Лекор подавляет размножение большинства грамположительных и грамотрицательных представителей патогенной кишечной микрофлоры. При пероральном приеме препарата создается его повышенные концентрации в кишечнике. Выделяют ряд преимуществ нифуроксазида: он практически не имеет побочных эффектов, не изменяет состав нормальной кишечной флоры, не обуславливает формирование резистентных форм микроорганизмов. Взрослые и дети старше 6 лет принимают нифуроксазид (Лекор) по 1 капсуле (200 мг) 4 р/сут в течение 5-7 дней. У детей начиная с возраста 1 мес данный препарат используется в виде суспензии по 2,5-5 мл 2-4 р/сут в зависимости от возраста ребенка (в 5 мл препарата содержится 200 мг нифуроксазида).

Во время приема бактериостатика для поддержки физиологической флоры, устранения дисбактериоза показан прием пробиотиков, содержащих лактобактерии. Возможно их использование в сочетании со спорообразующей флорой и постбиотиком – экстрактом жизнедеятельности нормальной флоры – в течение от 2 нед до нескольких месяцев. Для восстановления нарушений микрофлоры необходим длительный прием пробиотиков. В некоторых ситуациях по показаниям назначают одновременно 3-4 препарата этого класса.

Препараты панкреатина свиного происхождения необходимы для улучшения переваривания. Как правило, таблетированные формы выпускаются в защитной оболочке, что обеспечивает их поступление в тонкую кишку в неизменном виде. Отметим, что в лечебном режиме оптимальным количеством липазы является не менее 20 000 ЕД на прием, для поддерживающей терапии – панкреатин с содержанием 10 000 ЕД липазы по 1 дозе на каждый прием пищи во время еды.

Сорбенты обладают вяжущим противовоспалительным действием. Чаще всего используется растительный препарат до формирования стула или глюконат кальция по 2 таблетки на каждый прием пищи. При флатуленции показан симетикон по 80 мг 3 р/день. В случаях выявления грибковой флоры необходим антимикотик, предпочтительнее полиеновый малорезорбируемый, например натамицин по 100 мг 4 р/сут.

СИБР – своего рода иммунологическая драма, в которой микрофлора агрессивно подавляет нормальные микроорганизмы. В этой связи всем пациентам с СИБР

## ЛЕКОР

НИФУРОКСАЗИД

КАПСУЛИ 200 МГ  
СУСПЕНЗИЯ 200 МГ / 5 МЛ

**БЕЗ БАРВНИКІВ**

- ✓ ДОЗВОЛЕНИЙ ДІТЯМ ВІД 1 МІСЯЦЯ (СУСПЕНЗИЯ)
- ✓ НЕ ВИКЛИКАЄ РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ
- ✓ ЄВРОПЕЙСЬКА СУБСТАНЦІЯ
- ✓ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ
- ✓ КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШЕЧНИКА

Інструкція для медичного застосування препарату Лекор. Склад. Нифуроксазид. Лікарська форма. Капсули 200 мг №12. Суспензія оральна 100 мл. 5 мл суспензії містять нифуроксазиду 200 мг. Показання. Гостра діарея інфекційного генезу у дітей та дорослих; хронічний коліт; ентероколіт інфекційного походження; комплексне лікування дисбактеріозу кишечника. Спосіб застосування та дози. Нифуроксазид застосовують внутрішньо, незалежно від прийому їжі. Дітям віком від 1 до 7 років: по 2,5-5 мл суспензії 2-4 рази на добу. Дітям старше 7 років та дорослим: по 5 мл суспензії 4 рази на добу. Дітям старше 6 років та дорослим: по 1 капсулі 4 рази на добу. Тривалість терапії на повну перевищує 7 днів. Побічні реакції. Рідко – біль у животі, нудота, посиленна діарея. Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату та похідних 5-нітрофурану. Фармакологічні властивості. Нифуроксазид – кишковий антисептик, похідне 5-нітрофурану; активний відносно більшості збудників кишкових інфекцій (у тому числі штамів-мутантів, стійких до інших протимікробних засобів. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. Сильне українсько-іспанське підприємство «Сперко Україна». 21027, м. Вінниця, вул. 600-річчя, 25. Р.с. МСЗ України № UA9638/02/01 від 07.10.10, UA9638/01/01 від 15.07.2006. Повна інформація міститься в інструкції з медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності фахівців охорони здоров'я.

**СПЕРКО**  
Наша турбота – Ваша довіра

**Наша справка**

Нифуроксазид (Лекор), производное нитрофурана, представляет собой антибактериальное средство для лечения инфекций желудочно-кишечного тракта (кишечный антисептик).

На украинском фармацевтическом рынке препарат представлен в виде капсул 200 мг № 12 и суспензии 100 мг (в 1 капсуле и 5 мл суспензии содержится 200 мг нифуроксазида).

Следует отметить, что в среднетерапевтических дозах препарат обладает бактериостатическим, а в высоких – бактерицидным действием.

Доказана эффективность Лекора в случае:

- диареи инфекционной этиологии у детей и взрослых;
- энтероколитов инфекционной природы;
- дисбиоза кишечника;
- предстоящих хирургических вмешательств на органах брюшной полости в качестве деконтаминационной терапии.

Важными преимуществами препарата являются:

- широкий спектр антибактериальной активности;
- минимальное системное воздействие;
- отсутствие подавляющего влияния на нормальный микробиоценоз;
- низкий риск формирования резистентности патологических микроорганизмов;
- возможность применения в период лактации (под контролем врача), беременности (с позиции оценки предполагаемой пользы и возможных рисков), а также у детей с 1 мес (в виде суспензии);
- высокое качество используемого при производстве сырья (нифуроксазид импортируется из Испании, кукурузный крахмал – из Великобритании, сахароза – из Франции, лактоза имеет голландское происхождение);
- капсулы содержат 200 мг нифуроксазида, что соответствует разовой дозе препарата;
- количество капсул в упаковке соответствует необходимому на курс лечения;
- удобная упаковка лекарственного средства, имеющая так называемое кольцо первого вскрытия;
- промаркированные капсулы, что позволяет избежать ошибок при приеме терапии. Курс лечения – 3-6 дней.

показан прием иммуномодуляторов, например рибонуклеиновой кислоты, что способствует нормализации клеточного иммунитета, повышению кооперации Т-, В-лимфоцитов, фагоцитарной активности макрофагов; усиливает факторы неспецифической резистентности; увеличивает продукцию интерферона, активность гипофизарно-надпочечниковой системы с повышением уровня эндогенных глюкокортикоидов. Рибонуклеиновую кислоту назначают взрослым и детям от 14 лет по 250 мг 4 р/сут в течение 10-14 дней.

Медицинская реабилитация СИБР включает проведение тепловых процедур (использование грелок, аппликаций лечебной грязи, парафина), УВЧ, дециметрового УФО. Соблюдение принципов диеты № 4 должно сочетаться с модификацией образа жизни пациента с СИБР. Общая продолжительность курса терапии заболевания определяется периодом устойчивого достижения 3-4 типов консистенции стула по Бристольской шкале.

Таким образом, в настоящее время терапия СИБР является управляемым процессом. Комплексное лечение предполагает воздействие на ведущие патогенетические механизмы и включает правильное питание, прием бактериостатика нифуроксазида (Лекор), лактобактерий, панкреатина, симптоматических средств, иммуномодуляторов и физиотерапии.

Список литературы находится в редакции.

**НОВИНИ МОЗ****Президент України відвідав Центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України**

Президент України Віктор Янукович у супроводі міністра охорони здоров'я України Раїси Богатирьової ознайомився з діяльністю ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», який відзначає 10-ту річницю з дня створення.

За час існування центру в ньому пройшли лікування майже 14 тис. маленьких пацієнтів із вродженими та набутими вадами серця, у тому числі близько 6 тис. дітей віком до 1 року. У цьому медичному центрі вперше у світі випробувано унікальний метод хірургічного лікування новонароджених у перші години життя з використанням пуповинної крові.

Віктор Янукович повідомив, що за результатами першого півріччя 2013 р. до Державного бюджету будуть внесені зміни з метою фінансування закупівлі нового обладнання для Науково-практичного медичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України.

Глава держави подякував медичному персоналу центру і побажав трудовому колективу нових звершень у нелегкій, але дуже важливій роботі зі збереження життя найменших громадян. При цьому він зазначив: щороку заробітна плата медиків повинна зростати не менш ніж на 10%, і цей рік не буде винятком. За словами президента, середня зарплата у сфері охорони здоров'я за минулі роки зросла на 24%.

Окреме завдання перед урядом поставлене щодо підвищення фінансової самостійності медичних закладів, підкреслив Віктор Янукович. На його переконання, це дозволить збільшити ефективність роботи лікувальних установ, а також дасть можливість за рахунок внутрішніх резервів підвищувати оплату праці медиків.

**Інсулінова помпа допомагає народити жінкам із діабетом**

Миколаївські лікарі довели, що виносити і народити здорову дитину за наявності цукрового діабету можливо. (Протипоказаннями до зачаття є тільки декомпенсований діабет і серйозні ускладнення у вигляді важкого ураження нирок, очей або інших органів.) Підтвердження тому – поява довгоочікуваної доньки в сім'ї Юлії Борцової, для якої невтішний діагноз діабету пролунав у 12 років. Обласний дитячий ендокринолог Людмила Іваненко порадила Юлії для успішного перебігу вагітності та пологів встановити інсулінову помпу – зручний спеціальний пристрій, призначений для безперервного підшкірного введення інсуліну. Режим введення інсуліну за допомогою помпи максимально наближений до фізіологічної секреції підшлункової залози здорової людини. Саме ці властивості дають змогу виносити й народити здорову дитину.

Коментуючи історію першої в Миколаївській області жінки, яка пройшла всю вагітність і пологи на інсуліновій pompі, Людмила Іваненко зазначила: «Можна сказати, що лікарями зроблено дуже важливий крок уперед. Цей приклад довів, що за допомогою помпотерапії жінка з діагнозом цукрового діабету здатна виносити та народити здорову дитину».

Прес-служба МОЗ України

**Medical Nature**

исследования  
инновации  
практика

Природная медицина®

**В мае выйдет следующий номер!**



**Подписной индекс журнала – 49292**

Подписаться на журнал «Природная медицина®»  
можно в любом отделении «Укрпочты»