

С. М. Ткач¹, А. Е. Дорофеев², Ю. Г. Кузенко¹¹ Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ² Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ

Частота надмірного бактеріального росту та ефективність його лікування при синдромі подразненого кишечника

Мета — вивчити частоту синдрому надмірного бактеріального росту (СНБР) та встановити вплив його ерадикації на клінічний перебіг різних субтипів синдрому подразненого кишечника (СПК).

Матеріали та методи. Проведено відкрите порівняльне рандомізоване дослідження. Обстежено 88 пацієнтів із СПК, з них 35 чоловіків та 53 жінки віком від 26 до 56 років (середній вік — (40 ± 14) років). Діагноз СПК у всіх хворих встановлено за Римськими критеріями IV. У більше ніж половини хворих (47 (53,4%)) виявлено СПК з діареєю (СПК-Д), у 30 (34,1%) — змішаний субтип СПК (СПК-Зм), у 11 (12,5%) — СПК із запором (СПК-З). У 37 (42%) пацієнтів тривалість СПК становила < 5 років, у 35 (39,8%) — 5–10 років, у 16 (18,2%) — понад 10 років. У 30 (34,1%) осіб СПК мав легкий перебіг, у 45 (51,1%) — середньотяжкий, у 13 (14,8%) — тяжкий. Також було обстежено 30 клінічно здорових осіб (18 жінок, 12 чоловіків, середній вік — (33 ± 12) років). Діагностику СНБР виконували за допомогою H_2 -дихального тесту з лактулозою (H_2 -ЛДТ).

Результати. Загальна частота виявлення СНБР (за результатами H_2 -ЛДТ) у пацієнтів із СПК значно перевищувала показник контрольної групи (73,9 і 6,6%; $p < 0,005$). Частота СНБР була статистично значущою при СПК-Д та СПК-Зм (відповідно 78,7 та 73,3%) порівняно із СПК-З (54,3%; $p < 0,005$). Також СНБР статистично значущо частіше траплявся у жінок з анамнезом захворювання < 5 років, причому у більшості хворих спостерігали середньотяжкий перебіг СПК-Д. У більшості хворих з позитивним результатом H_2 -ЛДТ і наявністю СНБР (60 із 65 хворих, 92,3%) мав місце метеоризм. Ерадикації СНБР після лікування рифаксиміном досягнуто у 73,8% випадків, причому частота ерадикації при СПК-Д (78,4%) статистично значущо перевищувала таку при СПК-З (66,6%). Установлено, що рифаксимін у дозі 1600 мг/добу протягом 14 днів був ефективнішим (ерадикація у 76,6% випадків) порівняно з дозою 1200 мг/добу (ерадикація у 71,4% випадків; $p = 0,63$).

Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать про те, що СНБР часто наявний у хворих на СПК, а його усунення супроводжується підвищенням як клінічного, так і протирецидивного ефекту. Рифаксимін є ефективним засобом для ерадикації СНБР, причому збільшення його дози (з 1200 до 1600 мг/добу) корелює із підвищенням клінічної та антибактеріальної ефективності. Клінічне поліпшення та зниження частоти рецидивів після ерадикації СНБР свідчать про те, що останній може відігравати патогенетичну роль при СПК.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, синдром надмірного бактеріального росту, рифаксимін.

Синдром подразненого кишечника (СПК) — одне з найпоширеніших гастроентерологічних захворювань (у середньому його виявляють у 10–15% дорослої популяції) [5]. Після дебюту СПК у більшості випадків характеризується перебігом з рецидивами та зберігається тривалий час, часто — до кінця життя. Хоча СПК не є небезпечним для життя захворюванням, воно через

хронічний характер значно погіршує якість життя хворих [1]. Ведення хворих із СПК пов'язане зі значними економічними витратами, оскільки такі пацієнти використовують на 50% більше медичних ресурсів, ніж пацієнти з іншою патологією. Таким чином, діагностика, лікування і тривале ведення хворих із СПК є актуальною медичною проблемою у світі та зокрема в Україні.

Згідно із сучасними уявленнями СПК — це гетерогенний функціональний розлад. Залежно