



Синдром избыточного бактериального роста. Особенности течения на клиническом примере

И.Г. Пахомова✉

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

✉pakhomova-inna@yandex.ru

Аннотация

Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) представляет собой серьезную клиническую проблему: его симптомы неспецифичны и имитируют многие другие болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), диагноз нередко устанавливается с опозданием, а само состояние существенно ухудшает качество жизни пациентов. СИБР чаще выявляется при хронических неинфекционных заболеваниях. СИБР – заболевание, характеризующееся нарушением состава микробиоты тонкой кишки, проявляющееся изменением кишечной моторики, развитием мальабсорбции и сопровождающееся нарушением локального и системного иммунного ответа. Микробный пейзаж в разных отделах тонкой кишки (двенадцатиперстной, тощей и подвздошной) отличается соотношением микробных представителей, преимущественно относящихся к типу *Firmicutes*. Это связано с тем, что по мере продвижения от проксимального отдела кишки к дистальному изменяются условия существования микробных клеток. Избыточная бактериальная нагрузка тонкой кишки, определяющая развитие СИБР, формируется преимущественно грамотрицательными аэробами и анаэробами. Факторами риска развития СИБР являются состояния, при которых нарушается физиологическая элиминация избытка бактерий в тонкой кишке и/или создаются благоприятные условия для их пролиферации. Длительное течение СИБР без терапевтической коррекции может приводить к синдрому мальабсорбции. Особенностью клинической картины заболевания являются жалобы на частое вздутие живота, абдоминальную боль, диарею или запор, которые могут встречаться при разных заболеваниях ЖКТ и не только. Следовательно, тщательно собранные жалобы, анамнез пациента и клиническая картина позволяют своевременно назначить необходимую дополнительную диагностику СИБР и начать лечение. Препаратом первой линии в терапии СИБР является рифаксимин, не всасывающийся кишечный антибиотик, который наиболее изучен при лечении СИБР. Преимуществами перед системными антибиотиками являются низкая всасываемость в ЖКТ (менее 1%), низкая частота системных побочных эффектов, а также низкий риск возникновения бактериальных штаммов, резистентных к антибактериальным препаратам системного действия и кишечным противомикробным препаратам. В статье приведены краткие данные литературы об этиологии и патогенезе СИБР, а также представлен клинический пример, демонстрирующий возможности диагностики и терапии этого синдрома.

Ключевые слова: синдром избыточного бактериального роста, вздутие живота, рифаксимин, отрыжка.

Для цитирования: Пахомова И.Г. Синдром избыточного бактериального роста. Особенности течения на клиническом примере. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (4): 25–30. DOI: 10.47407/kr2026.7.4.00814

Bacterial overgrowth syndrome. Clinical presentation

Inna G. Pakhomova✉

Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg, Russia

✉pakhomova-inna@yandex.ru

Abstract

Bacterial overgrowth syndrome (BOS) is an important problem, since its course is associated with the symptoms typical for many gastrointestinal tract (GIT) disorders, it is diagnosed late and has a significant impact on the patients' quality of life. BOS is more often found in individuals with chronic noncommunicable diseases. BOS is a disorder characterized by the abnormal small intestinal microbiota composition manifested by the intestinal motility alteration, malabsorption and accompanied by disruption of the local and systemic immune response. Microbial landscapes of different sections of the small intestine (duodenum, jejunum, and ileum) show differences in the ratios of microbial representatives belonging mostly to the type *Firmicutes*. This is due to the fact that the living conditions of microbial cells change as we move from the proximal to the distal part of the intestine. Excessive bacterial load in the small intestine determining the BOS development is generated mostly by gram-negative aerobes and anaerobes. The conditions, in which the physiological elimination of excess bacteria in the small intestine is disrupted and/or favorable conditions for bacterial proliferation are created, represent the BOS risk factors. The BOS prolonged course without therapeutic adjustment can result in the malabsorption syndrome. The complaints of frequent bloating, abdominal pain, diarrhea or constipation, which can occur in various GIT and other disorders, represent the features of the disease pattern. Therefore, the thoroughly collected complaints, patient's medical history and clinical features allow one to timely prescribe the necessary additional BOS diagnosis and start treatment. Rifaximin, a non-absorbable enteric antibiotic, the most studied in terms of BOS treatment, represents the first-line therapy for BOS. Its advantages over systemic antibiotics are low absorption in the GIT (below 0.4%), low rate of systemic side effects, as well as low risk of the emergence of bacterial strains resistant to systemic antibacterial drugs and intestinal antimicrobial drugs. The paper presents the review of literature about the BOS causes and mechanisms, as well as diagnosis and treatment options. A clinical case of a female patient with BOS is provided.

Keywords: bacterial overgrowth syndrome, bloating, rifaximin, belching.

For citation: Pakhomova I.G. Bacterial overgrowth syndrome. Clinical presentation. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (2): 25–30 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.4.00814

Введение

Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) достаточно часто встречается в клинической практике,

особенно среди пациентов с неинфекционными заболеваниями [1]. В 66% случаев СИБР обнаруживается у женщин, при этом частота его выявления повышается с

возрастом [2]. Распространенность СИБР среди пациентов с различными заболеваниями и состояниями значительно колеблется. Так, среди пациентов, страдающих патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), с оперативными вмешательствами на органах ЖКТ частота встречаемости СИБР достигает, по некоторым данным, 88–92% [3]. Среди пациентов с хронической сердечной недостаточностью и нарушениями ритма данный показатель также высокий и составляет 45–80% [4]. При заболеваниях дыхательной системы (бронхиальная астма), а также патологии нервной и мышечной систем (фибромиалгия и др.) СИБР встречается в 43–93% случаев [5].

Значимыми факторами риска развития СИБР являются состояния или заболевания, при которых нарушается элиминация бактерий в тонкой кишке или создаются благоприятные условия для их размножения. Часто СИБР развивается при нарушении моторики кишечника: при синдроме раздраженного кишечника (СРК), нарушении анатомической целостности кишечника после хирургического вмешательства, склеродермии, автономной нейропатии при сахарном диабете, дисфункции илеоцекального клапана и некоторых других [6–8]. Важную роль играют воспалительные изменения в кишечнике (язвенный колит, болезнь Крона, лучевой энтерит) [6], гипохлоргидрия (при длительном приеме ингибиторов протонной помпы – ИПП, атрофическом гастрите, резекции желудка и пр.) [9], мальдигестия или мальабсорбция (при экзокринной недостаточности поджелудочной железы, целиакии) [10]. Также факторами риска развития СИБР могут быть снижение пула первичных желчных кислот при холестазе [11] и иммунодефицит (врожденный, приобретенный, селективный иммунодефицит IgA) [10, 12].

Патофизиология СИБР

Кишечная микробиота тонкой кишки представлена преимущественно бактериями типов *Bacteroidetes* и *Firmicutes*, в несколько меньшей степени – представителями *Actinobacteria*, *Fusobacteria*, *Verrucomicrobia*, *Proteobacteria* и *Cyanobacteria* [13]. Микробный пейзаж в разных отделах тонкой кишки (двенадцатиперстной, тощей и подвздошной) отличается соотношением микробных представителей, преимущественно относящихся к типу *Firmicutes*. В дистальных отделах тощей кишки и в подвздошной кишке активность сдерживающих факторов ослабевает, что создает более благоприятные условия для размножения бактерий: в двенадцатиперстной кишке их количество составляет 10^4 – 10^5 колониеобразующих единиц на миллилитр (КОЕ/мл), в тощей – 10^4 – 10^7 КОЕ/мл, в подвздошной – 10^3 – 10^7 КОЕ/мл. Постепенное снижение парциального давления кислорода смещает бактериальную нагрузку в пользу грамотрицательных облигатных и факультативных анаэробов [14].

Микробиота, определяющая развитие СИБР, формируется преимущественно грамотрицательными аэробами и анаэробами, среди которых чаще выявляются

представители *Escherichia*, *Enterococcus* spp., *Klebsiella* и *Proteus* [15]. Идентифицирован 141 штамм факультативных (*Streptococcus* – 60%, *Escherichia coli* – 36%, *Staphylococcus* – 13%, *Klebsiella* – 11% и пр.) и 117 штаммов облигатных анаэробов (*Bacteroides* – 39%, *Lactobacillus* – 25%, *Clostridium* – 20% и пр.). Вместе с тем основные бактерии, приводящие к клиническим проявлениям СИБР, не установлены [16].

В патогенезе развития СИБР важное значение имеют изменения метаболических и иммунологических процессов в тонкой кишке, обусловленные активным расщеплением углеводов и избытком продуктов бактериального метаболизма, которые приводят к развитию висцеральной гиперчувствительности, вздутию живота и послаблению стула [17]. У части пациентов может увеличиваться количество производимого метана, что может привести к замедлению моторики кишечника, вздутию живота и запору. Кроме того, нарушается проницаемость эпителиального барьера и усиливается бактериальная транслокация, нарастает напряженность локального и системного иммунного ответа за счет повышения пула провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1 α (ИЛ-1 α), ИЛ-1 β , ИЛ-6 и фактора некроза опухоли α [3, 18]. Длительный избыточный бактериальный рост в тонкой кишке способствует усилению микробного расщепления аминокислот и низкомолекулярных белков, ведущего к развитию мальабсорбции [19].

Диагностические аспекты СИБР

Из-за отсутствия специфических симптомов диагноз СИБР требует комплексного обследования. Тот факт, что СИБР обычно сочетается с другими ранее существовавшими состояниями, может стать дополнительным препятствием для его своевременной диагностики и эффективного лечения [17, 20].

Клинические проявления СИБР складываются из местных (кишечных) симптомов, а также системных нарушений, обусловленных транслокацией кишечных бактерий и их токсинов во внутреннюю среду макроорганизма, нарушением процессов всасывания, иммунологическими расстройствами и т.д. [3, 6, 15]. Местные симптомы СИБР включают вздутие живота, ощущение переполнения в животе, абдоминальную боль (иногда в варианте диффузных спазмов в животе), стул со склонностью к диарее или имеющий чередующийся характер, у части пациентов может быть запор (по причине преобладания метанпродуцирующих микроорганизмов) [21, 22]. В более тяжелых случаях СИБР диарея может быть в варианте стеатореи при развитии мальабсорбции. Может наблюдаться нарушение всасывания жирорастворимых витаминов, таких как витамины А, D и Е, а также витамина В₁₂ и железа, приводящее к микро- или макроцитарной анемии, полинейропатии и нарушениям костного метаболизма [10, 23]. Также пациенты могут жаловаться на снижение массы тела, усталость, изменение когнитивных функций.

Обязательным в диагностике СИБР является объективный осмотр пациента. При пальпации опреде-

ляются болезненность, урчание по ходу петель тонкой кишки, перкуторно – выраженный тимпанический звук, при аускультации – хаотичная кишечная перистальтика.

Специфические отклонения показателей в рутинных лабораторных анализах крови и кала не характерны для СИБР. Неспецифические изменения показателей наблюдаются при вызванной СИБР мальабсорбции, однако в большинстве случаев они выражены незначительно. В рутинной клинической практике в качестве доступного метода диагностики СИБР рекомендуется выполнение водородно-метанового дыхательного теста (ВМДТ) с углеводной нагрузкой (чаще – с лактулозой) [24, 25].

Лечение СИБР

Основной целью терапии СИБР является купирование клинических проявлений и связанных с ним метаболических расстройств [26, 27]. Несмотря на то что ликвидация факторов риска развития СИБР кажется оптимальным направлением в ведении данных пациентов, лишь у незначительной части из них удается этого достигнуть. Как правило, указанные выше факторы сохраняются пожизненно, что лежит в основе рецидивирования или персистенции симптомов и метаболических последствий СИБР.

Эрадикация СИБР может привести к успеху в лечении сопутствующих заболеваний, сопровождающих СИБР. Ведущая роль в терапии СИБР отводится антибиотикам, назначение которых преследует цель не стерилизации тонкой кишки, а модификации состава тонкокишечных бактерий, максимально приблизив его к норме [28]. Антибактериальная терапия должна быть направлена на удаление грамотрицательных и анаэробных бактерий.

В качестве терапии первой линии в лечении СИБР рекомендуется назначение рифаксимины, при этом важно назначить правильную его дозу: 400 мг 3 раза в день на протяжении 7–14 дней [29]. Рифаксимин является не-всасываемым кишечным антибиотиком, который наиболее изучен при СИБР. К его преимуществам по сравнению с системными антибиотиками относятся низкая всасываемость в ЖКТ (менее 1%), низкая частота системных побочных эффектов, а также низкий риск возникновения резистентных к антибиотикам бактериальных штаммов [30]. При отсутствии положительного эффекта от приема рифаксимины или при невозможности его назначения рекомендуется использовать некоторые другие антибактериальные препараты (ципрофлоксацин, норфлоксацин, метронидазол). Для снижения риска развития антибиотикоассоциированной диареи и инфекции, вызванной *C. difficile*, пациентам с СИБР, которым проводится терапия антибактериальными препаратами системного действия и кишечными противомикробными препаратами, рекомендуется назначение пробиотиков [3].

В качестве практической иллюстрации к вышесказанному представляем клинический пример пациентки с СИБР.

Клинический случай

Пациентка О., 40 лет, обратилась с жалобами на периодическое ощущение вздутия живота в течение дня и по утрам, которое появляется или усиливается после приема пищи (отметить продукты-триггеры не может), временами – боль ноющего характера в околопупочной области, иногда в правой подвздошной области, частую ежедневную отрыжку воздухом, которая возникает в любое время, без четкой связи с приемом пищи или жидкости, стул без изменений, оформленный, без патологических примесей.

Из анамнеза: в начале 2024 г. после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции отметила появление ноющей боли в нижних отделах живота, вздутие живота. В феврале 2024 г. выполнена фиброколоноскопия, при которой выявлены эндоскопические признаки катарального дистального сигмоидита. По рекомендации гастроэнтеролога принимала мебеверин, тримебутин, с улучшением.

Летом 2024 г. отметила появление ноющей, иногда голодной боли в эпигастрии. Обследована, выявлена инфекция *Helicobacter pylori*. В течение 14 дней получала антихеликобактерную квадротерапию (ИПП + кларитромицин + амоксициллин + коллоидный субцитрат висмута). Пробиотические препараты в схеме эрадикации не назначались. Для контроля эффективности лечения был выполнен тест на антиген *H. pylori* в кале – результат отрицательный. Около 6 мес чувствовала себя неплохо, однако периодически отмечала вздутие и урчание в животе, особенно при погрешностях в диете. При соблюдении строгой диеты происходило улучшение.

В дальнейшем эпизоды вздутия и урчания в животе участились, стала отмечать периодическую отрыжку воздухом. Обратилась к врачу по месту жительства. Рекомендовано обследование, по результатам которого клинический и биохимический анализы крови – без отклонений. При оценке уровня витамина B_{12} отмечено повышение до 1074 пг/мл. Витамин D – 33 нг/мл.

Фиброгастроудоденоскопия (ФГДС): эндоскопическая картина недостаточности кардии, эритематозная антральная гастропатия, эпителиальное образование тела желудка (гистологически – гиперпластический полип). ^{13}C -уреазный дыхательный тест отрицательный.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: простая киста левой доли печени, полип желчного пузыря, косвенные признаки дискинезии желчного пузыря (деформация в области шейки, «хлопья»).

Врач по месту жительства, со слов пациентки, «говорил о дисбактериозе кишечника» и рекомендовал прием рифаксимины 400 мг 3 раза в день в течение 7 дней, на фоне которого пациентка почувствовала облегчение. Однако через 1 мес симптоматика усилилась, вздутие живота и урчание стали беспокоить чаще, периодически возникала ноющая абдоминальная боль, появилась ежедневная частая отрыжка воздухом, вначале имеющая связь с приемом пищи, впоследствии – без такой связи. Врачом поли-

клиники был рекомендован прием комбинированного спазмолитика (альверин + симетикон), пробиотика (*Bifidobacterium longum* + *Enterococcus faecium*), ферментного препарата панкреатина 10 тыс. ЕД на прием пищи, однако положительной динамики пациентка не отмечала. Обратилась к гастроэнтерологу в НМИЦ им. В.А. Алмазова с жалобами, описанными выше.

На этапе опроса пациентки была отмечена частая отрыжка воздухом даже просто в разговоре. Опрос по продуктам-триггерам положительного результата не дал. Пациентке было назначено дообследование.

Объективно: пациентка тревожна. Состояние удовлетворительное, индекс массы тела – 20,5 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, слизистые оболочки розовые, без изменений. Органы дыхания: дыхание везикулярное, хрипов нет. Со стороны органов кровообращения: артериальное давление – 120/70 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 76 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык густо обложен белым налетом. Живот вздут, умеренно болезненный в околопупочной области и левом фланке живота. Край печени не пальпируется. Размеры печени (перкуторно) – в пределах нормы. Селезенка не пальпируется, перкуторно – не увеличена. Перкуссия живота – тимпанический звук. Аускультативно – перистальтика кишечника несколько усилена.

Данные лабораторно-инструментальных методов обследования. Лабораторные показатели клинического и биохимического анализа крови – без значимых отклонений. Копрограмма: йодофильная флора – небольшое количество, жирные кислоты – небольшое количество. Результаты обследования на целиакию (антитела к трансглутаминазе, к эндомизию, к деамидированным пептидам глиадина, в том числе секреторный IgA, генетическое тестирование, биопсия из двенадцатиперстной кишки по Marsh) – результаты без отклонений. Специфичные IgE к глютену, пшеничной муке <0,1 кМЕ/л (0–0,1). Посев кала на условно-патогенную и патогенную микрофлору, обследование на паразитозы и глистные инвазии методом Parasep (метод с использованием закрытой концентрационной системы, которая позволяет с высокой точностью выделять яйца, личинки и цисты возбудителей из биоматериала) и полимеразной цепной реакции показали отрицательный результат, анализ кала на лямблии методом иммуногистохимии – отрицательный результат. Копрологическая эластаза-1 в кале – 367 мкг/г. Кальпротектин – 294,75 мкг/г.

Рекомендованный ВМДТ «СИБРТЕСТ» не выполняла.

ФГДС и УЗИ органов брюшной полости были проведены за 2 мес до обращения.

Колоноскопия: патологии толстой кишки и терминального отдела тонкой кишки не выявлено. Множественная биопсия из кишечника – гистологическая картина нормальной слизистой оболочки кишечника.

Из анамнеза жизни: работает предпринимателем, работа связана с частыми стрессами.

Наследственность отягощена по онкологии.

Эпидемиологический анамнез: в возрасте 30 лет перенесла острую кишечную инфекцию (эшерихиоз), чуть позже дважды – энтеровирусную инфекцию. Принимала пробиотики короткими курсами (названия не помнит).

Аллергологический анамнез: иногда отмечает появление мелкоточечной сыпи после употребления сладкого (четко определить, на что реакция, не может).

Установлен диагноз: постинфекционный СРК, не классифицируемый вариант. СИБР клинически. Функциональная отрыжка. Полип желчного пузыря.

Лечение. Диета Fodmap low – 4 нед, затем постепенное введение по одному продукту в 3 дня + ведение пищевого дневника. Регулярное питание, полноценный сон 8 ч, ежедневная физическая нагрузка не менее 30 мин в день (бассейн, велосипед, ходьба, пилатес и др.).

Тримебутин (Необутин ретард) 300 мг за 30 мин до еды – курс 1 мес. Рифаксимин (Альфаксим) 400 мг 3 раза в день – 14 дней, затем прием по 1 капсуле в день вечером в течение 1 мес мультиштаммового пробиотика, содержащего: *Bifidobacterium breve* Bb-03, *Bifidobacterium bifidum* Bb-06, *Bifidobacterium longum* Bl-05, *Lactobacillus casei* Lc-11, *Lactobacillus acidophilus* La-14, *Lactobacillus rhamnosus* Lr-32, *Lactobacillus lactis* Ll-23, *Streptococcus thermophilus* St-21; фруктоолигосахариды – пребиотик. Также рекомендован прием саше, содержащих гвайазулен + диметикон (пепсан Р), по 1 пакетик 3 раза в день – 1 мес.

На фоне данной терапии отметила улучшение. Однако через 2 мес после отмены отметила возобновление симптоматики: вздутие живота, на фоне которого появляется дискомфорт в животе, иногда боли в левом фланке. Также вновь появилась частая отрыжка воздухом, до 20 раз в сутки, интенсивность отрыжки постепенно усилилась. При этом она возникала без четкой связи с приемом пищи. Для исключения супрагастральной отрыжки пациентке было рекомендовано проведение суточной рН-импедансометрии, которую пациентка так и не выполнила, а также настоятельно рекомендовано выполнение ВМДТ. Результат ВМДТ положительный: выявлены лабораторные признаки СИБР в тонкой кишке, обусловленного водородпродуцирующей флорой в сочетании с подозрением на ускоренный транзит по кишечнику. Выполнила самостоятельно мультиспиральную компьютерную томографию органов брюшной полости – выявлены киста левой доли печени, пневматоз кишечника.

Учитывая рецидивирующий характер СИБР, пациентке было рекомендовано проведение нескольких курсов терапии рифаксимином (Альфаксимом), а именно: 3–4 курса по 400 мг 3 раза в день в течение 10 дней каждого месяца, в оставшиеся дни месяца прием пробиотика Максилак 1 капсула в сутки вечером. Необутин ретард 300 мг 2 раза в день – 1 мес. На фоне данной терапии пациентка отметила явное улучшение: вздутие живота и частая отрыжка купированы. В течение 6 мес на-

блюдения после окончания назначенного курсового лечения препаратом Альфаксим (рифаксимин) и пробиотиком жалоб на вздутие и отрыжку воздухом пациентка не предъявляла.

Обсуждение

Как видно из представленного клинического случая, у пациентки изначально развился СРК после неоднократно перенесенной острой кишечной инфекции. В дальнейшем при обследовании, в том числе и при настоящем обращении, данных, свидетельствующих о наличии органической патологии, не получено. «Красные флаги» отсутствуют. Однако основными жалобами, которые послужили поводом к обращению, были симптомы, характерные для СИБР (вздутие живота, абдоминальный дискомфорт или боль). При этом еще одной, но нетипичной жалобой являлась частая отрыжка в течение дня, которая впоследствии уже не имела связи с приемом пищи. В качестве одной из причин, с учетом тревожности пациентки, предполагалась супрагастральная отрыжка. Известно, что данная отрыжка – это поведенческое расстройство, при котором воздух, попадая в пищевод, не достигает желудка, а стремительно выходит обратно в глотку, при этом, в отличие от аэрофагии, попадание воздуха в пищевод не сопровождается актом глотания [31]. Диагностика супрагастральной отрыжки проводится по результатам суточной рН-импедансометрии, которую пациентка, к сожалению, не выполнила. Еще одной из причин частой отрыжки может быть избыточное скопление газов в кишечнике – метеоризм. Среди основных причин метеоризма необходимо учитывать как функциональные, так и органические заболевания [32]. Метеоризм, который также имел место у пациентки, достаточно часто встречается при СРК [33]. Однако данные объективного осмотра (перкуторно – тимпанит, аускультативно – хаотичная перистальтика) и положительный результат ВМДТ позволили заключить, что эти жалобы являлись симптомами СИБР, который может также сочетаться с СРК [34].

Препаратом первой линии в терапии СИБР является рифаксимин, который пациентке был назначен еще врачом-гастроэнтерологом поликлиники, однако курс лечения составил всего 7 дней. В дальней-

шем было отмечено рецидивирующее течение СИБР. Однако ведение пациентов с данной проблемой не представлено в отечественных клинических рекомендациях по СИБР [3, 28]. Вместе с тем при отсутствии положительного эффекта от применения рифаксимины или при невозможности его назначения рекомендуется прием системных антибактериальных препаратов [35], а также дополнительно пробиотиков [36]. В данном клиническом примере был выбран индивидуальный подход в варианте назначения нескольких курсов рифаксимины (Альфаксим) с применением пробиотика (Максилак), на фоне чего была отмечена положительная динамика.

Заключение

Таким образом, СИБР часто встречается в клинической практике, но остается недооцениваемым состоянием, особенно при атипичных проявлениях (например, изолированная частая отрыжка). Однако встречаются клинические ситуации, когда не представляется возможным быстро найти причину СИБР либо диагностировать его в случае нехарактерной симптоматики. Лечение СИБР не представляет затруднений и включает назначение рифаксимины в качестве терапии первой линии. Длительность данного курса должна определяться тяжестью и/или особенностями течения СИБР.

Ключевым фактором успеха терапии СИБР является не только выбор антибиотика, но и правильная длительность курса. Альфаксим (рифаксимин) в режиме 400 мг 3 раза в сутки на 10–14 дней является терапией первой линии. При рецидивирующем течении СИБР обосновано проведение повторных или пролонгированных курсов Альфаксима (например, 10 дней ежемесячно в течение 3–4 мес), что позволяет достичь длительной клинической ремиссии. В приведенном клиническом примере короткий курс рифаксимины способствовал быстрому рецидивированию симптоматики СИБР. Подход к тактике ведения рецидивирующего СИБР определяется индивидуально.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Пахомова Инна Григорьевна – канд. мед. наук, доц. каф. факультетской терапии с клиникой, врач-гастроэнтеролог ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова».
E-mail: pakhomova-inna@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-3125-6282

Поступила в редакцию: 20.04.2026
Поступила после рецензирования: 21.04.2026
Принята к публикации: 23.04.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Inna G. Pakhomova – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., gastroenterologist, Almazov National Medical Research Center. E-mail: pakhomova-inna@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-3125-6282

Received: 20.04.2026
Revised: 21.04.2026
Accepted: 23.04.2026