



Kwas masłowy jest naturalną substancją, fizjologicznie produkowaną w jelitach, odznaczającą się korzystnym wpływem na procesy troficzne i regeneracyjne. Te cechy pozwalają na zastosowanie maślanu sodu jako żywności specjalnego przeznaczenia medycznego uzupełniającego leczenie w przebiegu nieswoistych chorób zapalnych i zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego.

Choroby czynnościowe przewodu pokarmowego oraz nieswoiste choroby zapalne jelit (inflammatory bowel disease – IBD) z roku na rok obejmują swoim zasięgiem coraz szersze populacje pacjentów. Przewlekły charakter schorzeń, skłonił do poszukiwania substancji, które w naturalny sposób wspomagały leczenie na każdym jego etapie. Na podstawie coraz liczniejszych badań i doświadczeń klinicznych sądzi się, że warunki te może spełniać kwas masłowy, a jego właściwości i możliwości zastosowania klinicznego stały się punktem zainteresowania gastroenterologów. Kwas masłowy to naturalna substancja produkowana przez bakterie jelitowe bytujące w okrężnicy, ale również dostarczana w niewielkich ilościach z pożywieniem. Maślan może być także wykorzystany w łagodzeniu objawów zespołu jelita drażliwego, zarówno w postaci biegunkowej, jak i zaparciowej.

Kwas masłowy jest głównym źródłem energii dla komórek nabłonka jelitowego.

Rola biologiczna kwasu masłowego w jelicie

SCFA pełnią wiele istotnych funkcji w organizmie człowieka. Przede wszystkim w sposób bezpośredni stabilizują strukturę i zapewniają integralność oraz funkcjonalność ściany jelita, stymulując wzrost saprofitycznej flory bakteryjnej, hamując tym samym rozwój patogenów jelitowych z gatunku *E. coli*, *Campylobacter* i *Salmonella*. SCFA wywierają efekt troficzny, przyspieszając gojenie i regenerację jelitową. Utrzymanie integralności bariery jelitowej jest kluczem dla prawidłowego funkcjonowania jelita. Kwas masłowy istotnie wpływa na jej utrzymanie.

Zalecane spożycie:

Dorośli: 1 kapsułka 2 razy dziennie (rano i wieczorem). Preparat należy przyjmować przez okres co najmniej 3 miesięcy.

Dzieci powyżej 7 r. ż.: 1 kapsułka raz dziennie minimum przez 6 tygodni stosowana w porze wieczornej. Kapsułkę należy połknąć w całości (nie rozgryzać, nie wysypywać zawartości), popić wodą. Przyjmować w trakcie posiłku.

W zależności od indywidualnego zapotrzebowania, lekarz może zalecić inne porcje do spożycia preparatu.

Przeciwwskazania:

Nie stosować w przypadku uczulenia na którykolwiek składnik preparatu;

Nie powinien być spożywany przez osoby niemające określonej choroby, zaburzeń stanu zdrowia lub schorzeń, których dotyczy zamierzone stosowanie produktu.

Do postępowania dietetycznego w:

- zaburzeniach czynnościowych przewodu pokarmowego: bólach i wzdęciach brzucha, biegunkach, zaparciach, dyspepsji czynnościowej,
- nieswoistych chorobach zapalnych jelit: choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- zespole jelita drażliwego (IBS),
- zapalenie jelit po radioterapii,
- zaburzeniach flory jelitowej po antybiotykoterapii,
- chorobie uchyłkowej jelita grubego,
- stanach po zabiegach diagnostycznych i chirurgicznych w obrębie przewodu pokarmowego,
- przy biegunkach w infekcjach jelitowych.

Składniki:

maślan sodu, olej palmowy, otoczka kapsułka (hydroksypropylometyloceluloza), substancja przeciwbrylająca: sole magnezowe kwasów tłuszczowych.

Najlepiej spożyć przed końcem: data i numer partii podane na blistrach i kartoniku.

Ważne informacje:

ibesan maślan forte należy stosować pod nadzorem lekarza.

Jest to produkt niekompletny pod względem odżywczym. Nie jest odpowiedni do stosowania jako jedyne źródło pożywienia.

ibesan maślan forte przeznaczony jest dla dorosłych oraz dzieci powyżej 7. roku życia. Preparat przeciwwskazany w przypadku osób z zaburzeniami połykania lub w przypadkach, gdy połykanie kapsułek sprawia trudność.

Warunki przechowywania:

Przechowywać w zamkniętym opakowaniu, w temperaturze poniżej 25°C, w sposób niedostępny dla małych dzieci. Chronić przed wilgocią.

Wartość odżywcza

	1 kapsułka	2 kapsułki	100 g
Wartość energetyczna	7 kJ/ 2 kcal	15 kJ/ 3 kcal	1380 kJ/ 330 kcal
Tłuszcz	<0,1 g	0,17 g	16 g
- w tym kwasy tłuszczowe nasycone	<0,1 g	0,17 g	16 g
Węglowodany	0,23 g	0,46 g	44 g
- w tym cukry	<0,1 g	<0,1 g	1,8 g
Białko	<0,1 g	<0,1 g	<0,5 g
Sól	0,15 g	0,31 g	29,2 g
Maślan sodu	300 mg	600 mg	56,7 g
- w tym kwas masłowy	240 mg	480 mg	45,4 g

Producent:

Natur Produkt Pharma Sp. z o.o.,
ul. Podstoczysko 30,
07-300 Ostrów Mazowiecka

1. Roediger WE. Role of anaerobic bacteria in the metabolic welfare of the colonic mucosa in man. Gut 1980; 21: 793-798.
2. Banasiewicz T, Borycka-Kiciak K, Dobrowolska-Zachwieja A i wsp. Kliniczne aspekty zastosowania kwasu masłowego w postępowaniu dietetycznym w chorobach jelit. Przegląd Gastroenterologiczny 2010; 5: 329-334.
3. Kuczyńska B, Wasilewska A, Biczysko M i wsp. Krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe – mechanizmy działania, potencjalne zastosowanie kliniczne oraz zalecenia dietetyczne. Nowiny Lek 2011; 80: 299-304.
4. Banasiewicz T, Kaczmarek E, Maik J i wsp. Jakość życia i objawy kliniczne u chorych z zespołem jelita nadwrażliwego, leczonych uzupełniająco chronionym maślanem sodu. Gastroenterol Prakt 2011; 3: 45-53.
5. Waśko-Czopnik D. Znaczenie maślanu sodu w leczeniu chorób czynnościowych i zapalnych jelit. Gastroenterol Prakt 2018; 2: 45-52.
6. Skrzydło-Radomańska B, Radwan P. Zastosowanie preparatów kwasu masłowego w gastroenterologii. Gastroenterol Prakt 2013; 4: 34-41.
7. Sossai P. Butyric acid: what is the future for this old substance? Swiss Med Wkly 2012; 142: w13596.
8. Hijiwa E, Chmelarova A. Short chain fatty acids and colonic health. Bratisl Lek Listy 2007; 108: 354-358.
9. Leonel AJ, Alvarez-Leite JI. Butyrate implication for intestinal function. Curr Opin Nutr Metab Care 2012; 15: 474-479.
10. Banasiewicz T, Krokowicz Ł, Stojcev Z i wsp. Microencapsulated sodium butyrate reduces the frequency of abdominal pain in patients with irritable bowel syndrome. Colorectal Dis 2012; 15: 204-209.
11. Andoh A, Bamba T, Sasaki M. Physiological and antiinflammatory roles of dietary fiber and butyrate in intestinal functions. J Parent Ent Nutr 1999; 23: 70-73.
12. Segain JP, de La Bletiere RD, Boureille A i wsp. Butyrate inhibits inflammatory responses through NF-kappaB inhibition: implication for Crohn's disease. Gut 2000; 47: 397-403.
13. Di Sabatino A, Morera R, Ciccocioppo R i wsp. Oral butyrate for mildly to moderately active Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther 2005; 22: 789-794.
14. Mamell JJ, Chen M, Combs W. Short-chain fatty acids (SCFA) enema are useful for treatment of chronic radiation proctitis (CRP). Gastroenterology 1995; 108: A305.
15. Vernia P, Casale V, Francasso PL i wsp. Preliminary results of a randomized trial with topical sodium butyrate enemas in acute radiation proctitis. Gastroenterology 1996; 110: A1039.
16. Pinto A, Fidalgo P, Cravo M. Short-chain fatty acids (SCFA) are effective in short-term treatment of chronic radiation proctitis: randomized, double-blind controlled trial. Dis Colon Rectum 1999; 42: 788-795.
17. Scheppach W, Bartram P, Richter A. Effect of short-chain fatty acids on the human colonic mucosa in vitro. J Parenter Enter Nutr 1992; 16: 43-48.
18. Hove H, Mortensen PB. Influence of intestinal inflammation (IBD) and small and large bowel length on fecal short-chain fatty acids and lactate. Dig Dis Sci 1995; 40: 1372-1380.
19. Pietrzak A, Skrzydło-Radomańska B, Mulak A i wsp. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne w zespole jelita nadwrażliwego. Gastroenterol Rev 2018; 13: 1-29.
20. Canani RB, Di Constanzo M, Leone L. The epigenetic effect of butyrate: potential therapeutic implications for clinical practice. Clin Epigenet 2012; 4: 4.
21. Rabbani GH, Albert MJ, Rahman H. Short-chain fatty acids inhibit fluid and electrolyte loss induced by cholera toxin in proximal colon of rabbit in vivo. Dig Dis Sci 1999; 44: 1547-1553.
22. Knudsen KE, Serena A, Conibe N i wsp. New insight into butyrate metabolism. Pro Nutr Soc 2003; 62: 81-86.
23. Tobisawa Y, Imai Y, Fukuda M. Sulfation of colonic mucins by N-acetylglucosamine 6-O-sulfotransferase-2 and its protective function in experimental colitis in mice. J Biol Chem 2010; 285: 6750-6760.
24. Berni I, Canani R, Di Constanzo M i wsp. Potential beneficial effects of butyrate in intestinal and extraintestinal disease. World J Gastroenterol 2011; 17: 1519-1528.
25. Peng L, Li ZR, Green RS i wsp. Butyrate enhances the intestinal barrier by facilitating tight junction assembly via activation of AMP-activated protein kinase in Caco-2 cell monolayers. J Nutr 2009; 139: 1619-1625.
26. Bartlett JG. Clinical practice. Antibiotic-associated diarrhea. N Engl J Med 2002; 346: 334-339.
27. Kotunia A, Pietrzak P, Guilleateau P, Zabielski R. Kwas masłowy w przewodzie pokarmowym. Prz Gastroenterol 2010; 5: 117122.