

**Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей
общей практики (семейных врачей) Российской Федерации»**

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

клинические рекомендации

**Приняты на IV Конгрессе врачей
первичного звена здравоохранения
Юга России, IX Конференции
врачей общей практики
(семейных врачей) Юга России
7 ноября 2014 г., г. Ростов-на-Дону**

Москва–Санкт-Петербург–Ростов-на-Дону

2014

Рабочая группа по подготовке рекомендаций:

Председатель: Денисов Игорь Николаевич — д.м.н., академик РАН, профессор, зав. кафедрой семейной медицины Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, Президент Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) РФ, главный внештатный специалист по общей врачебной практике (семейный врач) Минздрава России.

Члены рабочей группы:

Лебедев Анатолий Константинович — к.м.н., доцент кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, lebedev_ak@mail.ru

Кузнецова Ольга Юрьевна — д.м.н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, главный внештатный специалист по общей врачебной практике (семейный врач) города Санкт-Петербург

Моисеева Ирина Евгеньевна — к.м.н., доцент кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова

Экспертный совет:

Д.м.н., проф. Абдуллаев А.А. (Махачкала); к.м.н., проф. Агафонов Б.В. (Москва); Анискова И.В. (Мурманск); д.м.н., проф. Артемьева Е.Г.(Чебоксары); д.м.н., проф. Байда А.П. (Ставрополь); д.м.н., проф. Болотнова Т.В. (Тюмень); д.м.н., проф. Будневский А.В. (Воронеж); д.м.н., проф. Бурлачук В.Т. (Воронеж); д.м.н., проф. Григорович М.С. (Киров); к.м.н., Дробинина Н.Ю.(Новокузнецк); д.м.н., проф. Заика Г.Е. (Новокузнецк); к.м.н., Заугольников Т.В. (Москва); д.м.н., проф. Золотарев Ю.В. (Москва); д.м.н., проф. Калев О.Ф.(Челябинск); д.м.н., проф. Карапетян Т.А. (Петрозаводск); д.м.н., проф. Колбасников С.В.(Тверь); д.м.н., проф. Купаев В.И. (Самара); д.м.н., проф. Лесняк О.М. (Екатеринбург); к.м.н., Маленкова В.Ю.(Чебоксары); д.м.н., проф. Нечаева Г.И. (Омск); д.м.н., проф. Попов В.В.(Архангельск); Реуцкий А.А.(Калининград); д.м.н., проф. Сигитова О.Н.(Казань); д.м.н., проф. Синеглазова А.В.(Челябинск); д.м.н., проф. Ховаева Я.Б. (Пермь); д.м.н., проф. Шавкута Г.В.(Ростов-на-Дону); к.м.н., Шевцова Н.Н. (Москва).

Содержание

Уровни доказательств

1. Определение
2. Коды по МКБ-10
3. Эпидемиология
4. Факторы и группы риска
5. Скрининг

6. Классификация
7. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной и инструментальной диагностики заболевания в амбулаторных условиях
8. Критерии ранней диагностики
9. Осложнения
10. Общие принципы терапии в амбулаторных условиях
11. Показания к консультации специалистов
12. Показания к госпитализации больного
13. Профилактика
14. Прогноз

Список литературы

Приложения

Список сокращений

- ВЗК — воспалительные заболевания кишечника
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
КТ — компьютерная томография
МКБ-10 — международная классификация болезней 10 пересмотра
РКИ — рандомизированные клинические исследования
СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СОЭ — скорость оседания эритроцитов
СРК — синдром раздраженного кишечника (синдром раздраженной кишки, синдром раздраженной толстой кишки)
СРК-З — СРК с запорами
СРК-Д — СРК с диареей
УЗИ — ультразвуковое исследование
СРБ — С-реактивный белок

ACG — American College of Gastroenterology (Американская Гастроэнтерологическая Коллегия)

BSG — British Society of Gastroenterology (Британское Гастроэнтерологическое Общество)

NICE — National Institute for Health and Clinical Excellence (Национальный Институт Здравоохранения и Клинической практики, Лондон, Великобритания)

WGO — World Gastroenterology Organization (Всемирная гастроэнтерологическая организация)

Уровни доказательств

Настоящие рекомендации включают основные положения рекомендаций NICE и BSG, которые используют рейтинговую схему оценки силы доказательств (таблица 1), однако для каждой отдельной рекомендации сила доказательств не приводится. Клинические рекомендации WGO также не приводят рейтинговую шкалу для каждой рекомендации.

Таблица 1

Рейтинговая схема для оценки силы доказательств

Ia	Доказательность основана на метаанализе рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях
Ib	Доказательность основана по крайней мере на 1 РКИ
IIa	Доказательность основана по крайней мере на 1 нерандомизированном контролируемом исследовании
IIb	Доказательность основана по крайней мере на 1 другом типе квази-экспериментальных исследований
III	Доказательность основана на неэкспериментальных описательных исследованиях, таких как сравнительные исследования, корреляционные исследования, исследования случай-контроль
IV	Доказательность основана на докладах комитета экспертов или мнении и/или клиническом опыте экспертов

Настоящие рекомендации включают уровни доказательности (таблица 2), используемые в докладах Британского Гастроэнтерологического Общества (BSG). Уровни доказательности приводятся после соответствующего утверждения жирным шрифтом в скобках, например (**A**).

Таблица 2

Описание уровней доказательности

A	Доказательность основана, по крайней мере, на одном РКИ хорошего качества (рейтинг Ia или Ib)
B	Доказательность основана на исходах исследований без рандомизации (рейтинг IIa, IIb или III)
C	Доказательства основаны на отчетах экспертных комитетов, мнении или клиническом опыте авторитетных экспертов, при отсутствии клинических исследований хорошего качества (рейтинг IV)

Каждая рекомендация Американской Гастроэнтерологической Коллегии разделяет доказательства на сильные (строгие) (степень 1) и слабые (степень 2), а силу доказательств на выраженную (уровень A), умеренную (уровень B) и слабую (уровень C) (таблица 3).

Таблица 3

Характеристики классов рекомендаций

Класс рекомендации / описание	Преимущество по сравнению с риском	Методологическое качество подтверждающих документов	Выводы
I A. Сильная рекомендация, высокое качество доказательств	Преимущества явно перевешивают риск, или наоборот	РКИ без значительных ограничений или непроверяемые доказательства наблюдательных исследований	Сильная рекомендация, можно применить для большинства пациентов в большинстве случаев. Еще одно свидетельство вряд ли изменит уверенность в оценке эффекта
I B. Сильная рекомендация, среднее качество доказательств	Преимущества явно перевешивают риск, или наоборот	РКИ со значительными ограничениями (противоречивые результаты, методологические недостатки, неточности) или исключительно убедительные доказательства наблюдательных исследований	Сильная рекомендация, можно применить для большинства пациентов в большинстве случаев. Высшее качество доказательств вполне может изменить уверенность в оценке эффекта
I C. Сильная рекомендация, низкое качество или очень низкое качество доказательств	Преимущества явно перевешивают, или наоборот	Наблюдательные исследования или серии случаев	Сильная рекомендация может применяться для большинства пациентов в большинстве случаев. Высшее качество доказательств, скорее всего, изменит уверенность в оценке эффекта

2А. Слабая рекомендация, высокое качество доказательств	Преимущества тесно сбалансированы с рисками	РКИ без значительных ограничений или неопровержимые доказательства наблюдательных исследований	Слабая рекомендация, действия могут отличаться в зависимости от обстоятельств, предпочтений пациентов или общественных ценностей. Еще одно свидетельство вряд ли изменит уверенность в оценке эффекта
2В. Слабая рекомендация, среднее качество доказательств	Преимущества тесно сбалансированы с рисками	РКИ со значительными ограничениями (противоречивые результаты, методологические недостатки, неточности) или исключительно убедительные доказательства наблюдательных исследований	Слабая рекомендация, действия могут отличаться в зависимости от обстоятельств, предпочтений пациентов или общественных ценностей. Еще одно свидетельство вряд ли изменит нашу уверенность в оценке эффекта
2С. Слабая рекомендация, низкое качество или очень низкого качества доказательств	Неопределенность в оценках выгод и рисков; Преимущества и риск могут быть тесно сбалансированы	Наблюдательные исследования или серии случаев	Очень слабые рекомендации; Другие альтернативы могут быть в равной степени разумными. Высшее качество доказательств, вероятно, изменит уверенность в оценке эффекта

1. Определение

Синдром раздражённого кишечника (СРК) — функциональное расстройство, при котором боль или дискомфорт в животе уменьшаются после дефекации, связаны с изменением частоты дефекации и консистенции стула, возникают не менее 3 дней в месяц на протяжении последних 3 месяцев при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев. При этом необходимо выполнение, по меньшей мере, двух из трех нижеперечисленных условий:

- боль уменьшается после дефекации;
- сочетается с изменением частоты стула;
- сочетается с изменением консистенции стула [1, 2].

2. Коды по МКБ-10

- К 58 — Синдром раздраженного кишечника
- К 58.0 — Синдром раздраженного кишечника с диареей
- К 58.9 — Синдром раздраженного кишечника без диареи

3. Эпидемиология

В мире СРК страдают 9–23% взрослого населения. Заболеваемость новыми случаями СРК составляет около 1% населения ежегодно (0,2–7 %). Две трети пациентов, страдающих данным заболеванием, к врачам не обращаются в связи с деликатным характером жалоб. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст — 20–40 лет. Средний возраст пациентов составляет 24–41 год. В молодом возрасте женщины страдают СРК в 1,5–2 раза чаще мужчин. Среди мужчин после 50 лет СРК распространен так же часто, как среди женщин [3–6].

4. Факторы и группы риска

Возраст. Пик распространенности СРК приходится на 20–39 лет.

Пол. Женщины страдают заболеванием чаще мужчин (в 1,5–2 раза). При этом у женщин

чаще преобладает СРК с запорами, а у мужчин, соответственно, СРК с диареей.

Социально-экономический статус. Среди пациентов с СРК чаще встречаются лица с низким социально-экономическим статусом [7].

Генетическая предрасположенность и личностные особенности. Отмечено увеличение риска развития СРК до 3 раз у лиц, близкий член семьи которых, имел данное заболевание. Возможны нарушения кишечной активности, повреждения слизистого барьера, висцеральная гиперчувствительность, нарушения нейрогормональных взаимодействий между центральной нервной системой и кишечником, изменение уровня серотонина [8].

Стрессовые ситуации и психологические расстройства. Существует связь между СРК и психологическими расстройствами (например, беспокойство, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство). До двух третей пациентов с СРК, наблюдающихся в специализированных центрах, имеют сопутствующее психическое расстройство.

Физическое и сексуальное насилие является предиктором тяжелых симптомов СРК [9].

Инфекционный гастроэнтерит в анамнезе значительно (в 5,9 раза) повышает риск развития СРК [7].

5. Скрининг

Скрининг на наличие СРК не проводится.

Наличие СРК не увеличивает риск смертности или риск развития других желудочно-кишечных заболеваний, таких как хронический панкреатит, злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта, непроходимость кишечника и язва желудка [7].

6. Классификация

В зависимости от характера изменений стула выделяют четыре возможных варианта СРК:

1. СРК с запорами — СРК-З (твердый или фрагментированный стул $\geq 25\%$, жидкий или водянистый стул $< 25\%$ всех актов дефекации)

2. СРК с диареей — СРК-Д (жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$, твердый или фрагментированный стул $< 25\%$ всех актов дефекации)

3. Смешанная форма (твердый или фрагментированный стул $\geq 25\%$, жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$ всех актов дефекации)

4. Неклассифицируемая форма — недостаточно данных для установления диагноза СРК с запором, СРК с диареей или смешанной формы (обычно твердый или фрагментированный стул $< 25\%$, жидкий или водянистый стул $< 25\%$ всех актов дефекации).

В основу данной классификации положена форма стула по Бристольской шкале, которая легко понимается больными и позволяет быстро идентифицировать характер нарушений стула. Согласно Бристольской шкале форм кала, при запоре отмечается 1 и 2 типы формы кала, а 6 и 7 типы соответствуют поносу (таблица 4).

Таблица 4.

Бристольская шкала формы каловых масс

Тип 1	Отдельные твердые комочки кала (стул в виде «орешков»)
Тип 2	Кал нормальной колбасовидной формы, но с твердыми комочками
Тип 3	Кал нормальной колбасовидной формы, но поверхность с глубокими бороздками
Тип 4	Кал нормальной колбасовидной формы или в виде змейки с гладкой поверхностью и мягкой консистенцией

Тип 5	Кал в виде шариков с ровными краями, легко эвакуируется
Тип 6	Кусочки кала с неровными краями, кашицеобразной консистенции
Тип 7	Водянистый или жидкий стул без твердых комочков

Пример формулировки диагноза

При формулировке диагноза необходимо указать тип преобладающих нарушений стула:

Синдром раздраженного кишечника с диареей;

Синдром раздраженного кишечника с запором;

Синдром раздраженного кишечника, смешанный тип;

7. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной и инструментальной диагностики заболевания в амбулаторных условиях

При сборе анамнеза заболевания важно установить связь между возникновением клинических симптомов и воздействием внешних факторов: нервные стрессы, перенесенные кишечные инфекции, возраст больного к началу заболевания, продолжительность заболевания до первого обращения к врачу, проводимое ранее лечение и его эффективность. Важно выявить наличие тревоги, депрессии и предположить другие психопатологические состояния.

Молодым пациентам (до 45 лет) с типичными функциональными симптомами без симптомов тревоги или отягощенного семейного анамнеза по раку толстой кишки и при отсутствии патологии при осмотре может быть выставлен рабочий диагноз СРК без дальнейшего обследования и переоценки диагноза с советами по образу жизни **(В)** [10]. Регулярное диагностическое обследование с полным клиническим анализом крови, биохимическими анализами, исследованиями функции щитовидной железы, кала на яйца глистов и паразитов, а также с визуализацией органов брюшной полости не рекомендуется у пациентов с типичными симптомами СРК, не имеющих признаков тревоги из-за низкой вероятности развития органического заболевания **(1С)** [11].

При этом, учитывая, что диагноз СРК исключает наличие органической патологии, многие клинические рекомендации [12–14] предписывают выполнять пациентам, имеющим диагностические критерии СРК, следующие анализы:

- клинический анализ крови,
- СОЭ,
- СРБ,
- антитела к эндомизию (или антитела к тканевой транскляминазе).

Дополнительные анализы (необязательные):

- УЗИ органов брюшной полости,
- сигмоидоскопия,
- колоноскопия,
- гормоны щитовидной железы,
- анализ кала на скрытую кровь,
- анализ кала на яйца глистов и паразитов
- водородный дыхательный тест на выявление непереносимости лактозы и избыточный бактериальный рост.

Регулярный серологический скрининг на целиакию (глютеновую энтеропатию) должен осуществляться у пациентов с СРК-Д и СРК смешанного типа **(1В)**. Применение лактозного дыхательного теста может рассматриваться в тех случаях, когда наличие лактозной

мальабсорбции (мальдигестии) вызывает озабоченность, несмотря на изменение питания **(2B)**. В настоящее время, нет достаточных данных, чтобы рекомендовать дыхательный тест для выявления избыточного бактериального роста в тонкой кишке у больных СРК **(2C)**. В связи с низкой претестовой вероятностью болезни Крона, язвенного колита и рака толстой кишки, обязательная для всех визуализация толстой кишки не рекомендуется у пациентов моложе 50 лет с типичными симптомами СРК, не имеющих признаков тревоги **(1B)**. Колоноскопия должна быть выполнена у пациентов с СРК при наличии симптомов тревоги для исключения органических заболеваний и у пациентов в возрасте старше 50 лет с целью скрининга колоректального рака **(1C)**. При колоноскопии, выполняющейся у пациентов с СРК с диареей, должна быть рассмотрена возможность получения биопсий из случайных участков для исключения микроскопического колита **(2C)** [11].

Определение уровня кальпротектина в кале рекомендуется для дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) и СРК у взрослых с недавно появившимися желудочно-кишечными симптомами при отсутствии подозрения на рак и наличии возможности выполнения теста [15].

Пациенты с диареей должны быть полностью обследованы с помощью неинвазивных методов, таких как определение уровня витамина В₁₂, фолиевой кислоты, ферритина, кальция, альбумина, исследование функции щитовидной железы, выявление антител к эндомизию, микроскопия стула вместе с ректальной биопсией. В случае необходимости рекомендуется рентгенологическое обследование толстой кишки с бариевым контрастированием. Тяжелая диарея требует выполнения колоноскопии для исключения колита **(C)** [10].

Пожилым пациентам с недавним появлением симптомов или молодым лицам с отягощенным семейным анамнезом по раку толстой кишки оправдано проведение визуализационных исследований толстой кишки. Прогрессирование симптомов в любой возрастной группе требует переоценки необходимости выполнения визуализационных исследований толстой кишки **(C)** [10].

Дифференциальный диагноз

Рак толстой кишки и другие опухоли ЖКТ (например, карциноид)

Эндокринные расстройства (гипертиреоз, гипотиреоз)

Целиакия (глютеновая энтеропатия)

Лактазная и дисахаридазная недостаточность

Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит)

Дивертикулит

Последствия применения лекарственных препаратов (слабительных средств, блокаторов кальциевых каналов, антидепрессантов, нестероидных противовоспалительных препаратов, наркотических анальгетиков, препаратов железа, антибиотиков, препаратов желчных кислот)

Ишемический колит

Острые кишечные инфекции, связанные с протозойным (лямблии, амебы) или бактериальным поражением

Синдром избыточного бактериального роста

Гинекологические заболевания (эндометриоз, воспалительные заболевания, опухоли яичника)

Сопутствующие заболевания [6, 13]

Пациенты с коморбидностью имеют тенденцию к более тяжелой форме СРК.

Фибромиалгия встречается у 20–50% пациентов с СРК

СРК часто встречается при некоторых других хронических заболеваниях с болевым синдромом:

- синдром хронической усталости присутствует у 51% больных
- патология височно-нижнечелюстного сустава (64%)
- хроническая боль в малом тазу (50%)

Часты сочетания СРК с неязвенной диспепсией, дискинезией желчевыводящих путей, расстройствами настроения.

8. Критерии ранней диагностики

Предварительный диагноз СРК обычно основывается на данных анамнеза пациента и результатах физикального осмотра без проведения дополнительных исследований. Окончательный диагноз требует доказательного исключения органического заболевания с учетом индивидуальной симптоматики и характеристик каждого конкретного пациента. Во многих случаях (например, у молодых пациентов без угрожающей симптоматики) окончательный диагноз может быть установлен только на основании клинических наблюдений.

Диагностические критерии (Римские критерии III) [16]

- Появление симптомов, по меньшей мере, за 6 месяцев до установления диагноза
- Рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт > 3 дней в месяц в течение прошлых 3 месяцев
- Минимум 2 из ниже представленных симптомов:
 - Улучшение состояния после дефекации
 - Связь с изменениями в частоте стула
 - Связь с изменениями в характере стула

Частые симптомы СРК, подтверждающие диагноз [6, 14]:

Метеоризм

Патологический характер стула (твердый и/или жидкий)

Патологическая частота стула (менее 3 раз в неделю или более 3 раз в день)

Натуживание при дефекации

Срочная необходимость дефекации

Чувство неполной эвакуации из кишечника

Появление слизи из прямой кишки

Поведенческие симптомы, помогающие в установлении диагноза СРК в клинической практике [6]:

Симптомы присутствуют более 6 месяцев

Стресс усугубляет симптоматику

Частые консультации по вопросам, не связанным с гастроэнтерологией

Не доказанные посредством медицинского обследования симптомы в анамнезе

Ухудшение состояния после еды

Сочетанные тревожность и/или депрессия.

У пациентов с СРК обращает внимание несоответствие между большим количеством предъявляемых жалоб, длительным течением заболевания и удовлетворительным общим состоянием больного [5].

9. Осложнения

Соматических осложнений у СРК нет. Качество жизни снижается до 25–30% в связи с

нарушением режима работы и сна, появлением тревоги. Люди с СРК могут иметь симптомы на протяжении многих лет [15].

10. Общие принципы терапии в амбулаторных условиях

Общие мероприятия

Создание терапевтического союза между врачом и пациентом

Создание терапевтического союза включает в себя общий для врача и пациента взгляд на природу симптомов заболевания и диагноз, соглашение в отношении лечебной стратегии (выбор препарата, ожидание формирования эффекта, терпение при смене лекарств, адаптация к нежелательным реакциям на проводимую терапию), соглашение в отношении возможностей терапии [2].

Диета и образ жизни

Обычные советы по соблюдению диеты приносят пользу пациентам с диареей, которые потребляют чрезмерно большие количества трудноперевариваемых углеводов, фруктов или кофеина (**C**). При запорах у пациентов с низким уровнем потребления растительных волокон следует рекомендовать диету с высоким содержанием растительных волокон (**C**). Пациенты с диареей, чье потребление лактозы является существенным (более 280 мл молока в день) могут получить положительный эффект от исключения лактозы после проведения теста на толерантность к лактозе (**B**). Отмена диет может быть полезна в борьбе с имеющимися симптомами у ряда пациентов (**B**) [10].

Несмотря на противоречивые данные исследований по оценке эффективности назначаемой диеты, всем пациентам с СРК следует рекомендовать [2, 10, 11]:

1. Принимать пищу регулярно в специально отведенное время, избегать ее приема в спешке, в процессе работы.
2. Не пропускать приемы пищи и не допускать длительных перерывов между ними.
3. Ограничить курение, употребление алкоголя, газированных напитков.
4. Провести тест с исключением продуктов с повышенным содержанием нерастворимых пищевых волокон. Уменьшению вздутия может способствовать прием овса в виде хлопьев и каш (растворимых пищевых волокон), а также семян льна (до одной столовой ложки в день). Пациентам с СРК с преобладанием запоров следует рекомендовать увеличить потребление пищевых волокон (**C**). При отсутствии эффекта или невозможности повышения количества пищевых волокон в рационе возможен дополнительный прием волокон. Шелуха подорожника исфагулы (гидрофильный муциллоид псиллиума) является разумной альтернативой пшеничных отрубей, особенно у пациентов с болевым синдромом, вздутием живота и чрезмерным послаблением стула (**B**).
5. Провести тест с исключением лактозы из рациона. При этом следует помнить, что даже в случае подтвержденной ее непереносимости пациенты нормально переносят прием 10–12 г лактозы в день.
6. При диарее и метеоризме ограничить прием свежих фруктов тремя порциями в день (по 80 г каждая).
7. При наличии сопутствующей диареи исключить прием сорбитола, входящего в состав подсластителей пищевых продуктов, напитков, жевательной резинки, а также в средства для похудения.
8. При наличии сопутствующего вздутия ограничить потребление животных жиров и продуктов, приготовленных на них, а также капусты, молока, мучных изделий.

9. Пациенту целесообразно вести пищевой дневник для выявления продуктов, употребление которых приводит к усилению симптомов заболевания.

Влияние гипоаллергенной диеты в отношении уменьшения симптомов заболевания не доказано (**2C**). Сведения об эффективности диеты, подобранной на основании анализа уровня антител к определенным пищевым белкам, остаются противоречивыми [2, 11].

Пациентам с СРК следует рекомендовать в ходе рабочей недели тратить не менее 30 минут в день на умеренные физические нагрузки (бег, занятия на тренажерах, плавание), а также планировать рабочий день таким образом, чтобы выделять время на отдых в течение дня.

Медикаментозное лечение

Спазмолитические препараты

Для купирования боли при СРК используются различные группы спазмолитиков — блокаторы М-холинорецепторов, натриевых и кальциевых каналов. Спазмолитики эффективны для уменьшения болей в животе, при этом несколько более эффективны спазмолитические препараты с антихолинергическим действием (**A**). Эффект использования масла мяты перечной превосходит эффект плацебо у пациентов с СРК (**2B**). Высокая эффективность была отмечена при лечении гиосцина бутилбромидом и пинаверия бромидом [2, 10, 11].

Препараты для купирования диареи

При СРК с преобладанием диареи применяются такие препараты как лоперамида гидрохлорид, диосмектит, невсасывающийся антибиотик рифаксимин и пробиотики.

Снижая тонус и моторику гладкой мускулатуры ЖКТ, лоперамида гидрохлорид улучшает консистенцию стула, уменьшает количество позывов на дефекацию, однако, не оказывает существенного влияния на другие симптомы СРК, в том числе на абдоминальную боль и вздутие живота (**A**). Кодеин является разумной альтернативой лоперамиду, но часто вызывает нежелательный седативный эффект (**A**) [2, 10].

Ежедневный прием диоктаэдрического смектита в течение 8 недель (1 пакетик 3 раза в день) у пациентов с диарейным вариантом СРК способствует улучшению качества жизни больных, а также уменьшению интенсивности боли в животе и метеоризма [2, 10].

Короткий курс приема невсасывающегося антибиотика рифаксимины достаточно эффективно купирует диарею, а также способствует уменьшению вздутия живота (**I B**). Вместе с тем нет данных о безопасности длительного приема препарата [2].

При диарее у больных с постинфекционной природой заболевания по результатам отдельных исследований отмечена эффективность курсового (в течение 3 недель) приема висмута трикалия дицитрата [2].

Пациентам с СРК с преобладанием диареи при мальабсорбции солей желчных кислот может помочь прием холестирамина (**B**) [10].

Препараты для лечения запора

Лечение хронических запоров начинается с общих рекомендаций: увеличение в рационе содержания растительной клетчатки, объема потребляемой жидкости до 1,5–2 л в сутки, а также повышение физической активности. Однако уровень доказательности эффективности общих мероприятий, базировался большей частью на мнении экспертов, основанном на отдельных клинических наблюдениях.

При СРК с преобладанием запоров применяются слабительные следующих групп:

слабительные, увеличивающие объем каловых масс, осмотические слабительные, слабительные, стимулирующие моторику кишки.

Слабительные, увеличивающие объем каловых масс. Увеличивая объем кишечного содержимого, придают каловым массам мягкую консистенцию. Не оказывают раздражающего действия на кишку, не всасываются, не вызывают привыкания. Гидрофильный муциллоид псиллиума (шелуха семян подорожника) достаточно эффективен и может быть рекомендован (**2B**). Имеется лишь одно исследование, отметившее положительный эффект поликарбофила кальция. Отруби пшеницы или кукурузные отруби не более эффективны, чем плацебо в плане влияния на симптомы СРК и не могут быть рекомендованы для рутинного использования (**2C**) [2, 11].

Осмотические слабительные. К наиболее изученным из них относятся *полиэтиленгликоль* — ПЭГ (макрогол) и лактулоза, обладающие свойством замедлять всасывание воды и увеличивать объем кишечного содержимого. Эти препараты не метаболизируются в ЖКТ, не вызывают структурных изменений толстой кишки и привыкания, способствуют восстановлению естественных позывов на дефекацию. Слабительные на основе полиэтиленгликоля регулируют частоту стула (**1B**), но не влияют на боли в животе (**2C**) (2, 11).

Слабительные, стимулирующие моторику кишки. Лекарственные препараты этой группы стимулируют хеморецепторы слизистой оболочки толстой кишки и усиливают ее перистальтику. Количество самостоятельных актов дефекации у больных хроническим запором при приеме бисакодила достоверно увеличивалось по сравнению с плацебо; при этом на фоне приема стимулирующих слабительных возможно возникновение болей (**2C**). В соответствии с рекомендациями *Российской гастроэнтерологической ассоциации* длительность курса лечения препаратами рассмотренной группы не должна превышать 10–14 дней [2].

Препараты комбинированного действия

В лечении пациентов с СРК применяются лекарственные средства, которые с учетом механизма своего действия способствуют и уменьшению боли в животе, и нормализации частоты и консистенции стула. Агонисты периферических опиоидных рецепторов, нормализуют двигательную активность кишечника путем влияния на различные подтипы периферических опиоидных рецепторов и, кроме того, повышают порог болевой чувствительности за счет воздействия на глутаматные рецепторы синапсов задних рогов спинного мозга. Тримебутина малеат уменьшает частоту и выраженность абдоминальной боли, безопасен при длительном применении, эффективен для лечения сочетанной функциональной патологии (**2B**) [2].

К средствам комбинированного действия для лечения пациентов с СРК может быть отнесен препарат, включающий в себя альверина цитрат и симетикон (**1A**) (2).

Пробиотики

Подтверждено лечебное действие различных пробиотиков при СРК. Эффект от терапии следует оценивать не ранее чем через 4 недели от начала приема препарата в дозе, рекомендованной производителем. Доказана эффективность пробиотиков, содержащих такие микроорганизмы как *B. infantis*, *B. animalis*, *B. breve*, *B. longum*, *L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. casei*, *L. bulgaricus*, *S. thermophilus* (**2B**) [2].

Антидепрессанты

Психотропные препараты, к которым относятся *трициклические антидепрессанты* и

селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), применяются для коррекции эмоциональных нарушений, а также для уменьшения боли в животе.

Трициклические антидепрессанты могут быть полезны для лечения болевого синдрома, изначально в низкой дозе, но периодически может требоваться повышение дозы. Их лучше избегать, если преобладающим симптомом болезни является запор **(А)** [10].

Трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) более эффективно, чем плацебо купируют общие симптомы СРК и уменьшают боли в животе **(1В)** [11].

Однако при назначении психотропных средств следует учитывать, что приверженность больных к лечению данными препаратами низкая и 28% пациентов самостоятельно прекращают их прием [2].

Антагонисты 5HT₃-рецепторов

Антагонист 5-HT₃ рецепторов алосетрон является более эффективным, чем плацебо при облегчении общих симптомов СРК у мужчин **(2В)** и женщин **(2А)** у больных СРК с диареей. Потенциально серьезные побочные эффекты, включая запоры и ишемию толстой кишки, возникают чаще у пациентов, получающих алосетрон, по сравнению с плацебо **(2А)**. Баланс пользы и вреда алосетрона является наиболее благоприятным у женщин с тяжелой СРК с диареей, которые не ответили на обычные методы лечения **(1В)** [11, 17].

Агонисты 5HT₄-рецепторов (серотонина)

Агонист 5-HT₄-рецепторов тегасерод является более эффективным, чем плацебо при облегчении общих симптомов СРК у женщин с СРК-3 **(1А)** и пациентов с СРК-С **(1В)**. Наиболее распространенным побочным эффектом тегасерода является диарея **(1А)** [11, 17].

Селективные активаторы С-2-хлоридных каналов

Любипростон (в дозе 8 мкг два раза в день) является более эффективным, чем плацебо в купировании общих симптомов СРК у женщин с СРК-3 **(1В)** [11, 17].

Психотерапевтические методы

Эффективными при СРК являются когнитивная поведенческая терапия, гипнотерапия и психологическая поддержка. Постановка диагноза, объяснение симптомов, их причин, и связи с физическими, диетическими или психологическими факторами вместе с психологической поддержкой и доверительными отношениями должны быть основой ведения пациентов **(С)**. Пациенты с тревогой, но без психической патологии, которым не помогает вышеуказанная рекомендация, могут получить положительный эффект от релаксационной терапии **(В)**. Пациенты с психическими расстройствами могут ответить на психотерапию, когнитивно-поведенческую терапию или требуют обычного психиатрического лечения, при этом лица с минимальной психической патологией могут хорошо реагировать на гипнотерапию **(В)** [2, 10].

Фитотерапия и акупунктура

Любая выгода фитотерапии при СРК потенциально может быть случайным фактором, связанным с используемыми составляющими и их чистотой. Существуют значительные опасения по поводу токсичности, вплоть до печеночной недостаточности, при использовании травяных смесей. Систематический обзор процедуры иглоукалывания был безрезультатным в связи с гетерогенностью результатов. Необходима дальнейшая работа, прежде чем могут быть сделаны любые рекомендации по акупунктуре или фитотерапии [11, 18].

Новые методы лечения синдрома раздраженного кишечника

Расширение знаний о патогенезе СРК привело к появлению самых разнообразных новых лекарственных препаратов. В целом, имеются агенты, влияющие на развитие СРК, с преимущественно периферическими эффектами и с комбинацией периферических и центральных эффектов. Примеры классов лекарственных средств с преимущественно периферическими эффектами включают препараты, которые влияют на секрецию хлоридов, агонисты гуанилатциклазы, блокаторы кальциевых каналов, агонисты опиоидных рецепторов и агонисты мотилиновых рецепторов. Классы лекарств, обладающие как периферическими, так и центральными эффектами, включают новые серотонинергические агенты, антагонисты кортикотропин-рилизинг гормона и вегетативные модуляторы [17, 18].

11. Показания к консультации специалистов

Приводимые ниже показатели — «Симптомы тревоги» — могут быть проявлением органической патологии и должны служить показанием к углубленному обследованию [2, 13, 14].

Жалобы и анамнез:

Непреднамеренная и необъяснимая потеря массы тела

Кровотечение из прямой кишки

Начало заболевания в пожилом возрасте

Рак толстой кишки, рак яичников, целиакия, язвенный колит и болезнь Крона у родственников

Ночная симптоматика

Постоянные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ

Прогрессирующее течение заболевания

Непосредственное обследование:

Лихорадка

Изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.)

Лабораторные данные:

Анемия

Лейкоцитоз

Повышение СОЭ

Наличие скрытой крови в кале

Изменения в анализе крови

Стеаторея и полифекалия

Для обследования у специалиста также могут быть направлены дети с подозрением на воспалительные заболевания кишечника с целью дифференциальной диагностики ВЗК или не ВЗК (включая СРК) после опционального определения уровня кальпротектина в кале [15].

12. Показания к госпитализации больного

Пациенты с СРК в госпитализации не нуждаются. Госпитализация может потребоваться при наличии выраженных «симптомов тревоги» при невозможности организовать консультацию специалиста в кратчайшие сроки. К ним относят (5):

- боль, остро возникшую и сохраняющуюся 6 ч или более;
- непрерывно усиливающуюся боль;
- головокружение, слабость, апатию;
- артериальную гипотонию, тахикардию;

- видимое кровотечение (выделение крови при рвоте или из прямой кишки);
- высокую лихорадку;
- упорную рвоту;
- признаки острого живота — напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом Щеткина—Блюмберга, симптомы пареза кишечника (увеличение объема живота, неотхождение газов, отсутствие перистальтических шумов);
- гнойные или кровянистые выделения из влагалища.

Те, кто направлен в больницу с более тяжелыми симптомами обычно требуют дальнейшего изучения, включая визуализационное исследование (**В**) [10]. Обычно, кроме клинического анализа крови, СОЭ и ЦРБ, рекомендуется исследование уровня гормонов щитовидной железы, анализ кала на скрытую кровь, анализ кала на яйца гельминтов, наличие простейших, бактерии кишечной группы, определение уровня кальпротектина в кале, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастроуденоскопия и колоноскопия [2].

13. Профилактика

Учитывая знания о СРК, имеющиеся на настоящий момент, и возможности профилактики посредством влияния на модифицируемые факторы риска, можно предложить следующие профилактические мероприятия:

1. Увеличить потребление жидкости
2. Включать в диету кисломолочные продукты с доказанной пробиотической активностью
3. Ограничить потребление газообразующих продуктов
4. Ограничить потребление жирной пищи
5. Исключить потребление напитков, содержащих кофеин и колу
6. Исключить алкоголь
7. Исключить переедание
8. Есть медленно, тщательно пережевывая пищу
9. Исключить продукты с сорбитолом и добавками фруктозы
10. Контролировать стресс и избегать стрессовых ситуаций

14. Прогноз

У большинства пациентов с СРК симптомы, несмотря на проводимое лечение, сохраняются, но не усиливаются. Вероятность их купирования при наблюдении в течение 12–20 месяцев составляет 38% [6]. К факторам, оказывающим негативное влияние на прогноз, относятся:

- наличие клинического варианта СРК с преобладанием диареи,
- низкая приверженность больных к лечению,
- тревожность по поводу рисков, связанных с заболеванием,
- нарушение повседневных функций, обусловленных СРК,
- длительный анамнез болезни,
- хронический стресс,
- наличие сопутствующих психических заболеваний

Поведение врача, которое может положительно влиять на исход лечения:

- признание наличия заболевания
- информирование пациента о СРК
- психологическая поддержка пациента

Список литературы.

1. Longstreth G. F., Thompson W. G., Chey W. D. et al. Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480–1491.
2. Ивашкин В. Т., Шелыгин Ю. А., Баранская Е. К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*.— 2014.— Т.24.— №2.— С.92–101.
3. Lovell R.M., Ford A.C. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;10(7):712–721
4. Brandt L.J., Chey W.D., Foxx-Orenstein A.E. et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2009 Jan;104 Suppl 1:S1-35.
5. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.— 480 с.
6. World Gastroenterology Organisation (WGO). World Gastroenterology Organisation Global Guideline: irritable bowel syndrome: a global perspective. Munich (Germany): World Gastroenterology Organisation (WGO); 2009 Apr 20. 20 p.
7. Wilkins T., Pepitone C., Alex B., Schade R. R. Diagnosis and Management of IBS in Adults. *Am Fam Physician*. 2012 Sep 1; 86(5):419–426.
8. Saito Y.A., Petersen G.M., Larson JJ, et al. Familial aggregation of irritable bowel syndrome: a family case-control study. *Am J Gastroenterol*. 2010; 105(4): 833–841.
9. White D.L., Savas L.S., Daci K., et al. Trauma history and risk of the irritable bowel syndrome in women veterans. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010; 32(4):551–561.
10. Jones J., Boorman J., Cann P. et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut* 2000; (Suppl II) 47:ii1–ii19.
11. An Evidence-Based Systematic Review on the Management of Irritable Bowel Syndrome American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome. *American Journal of Gastroenterology*. Volume 104 January 2009 supplement 1. P S1-S35.
12. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Irritable bowel syndrome in adults. Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Feb. 553 p.
13. Spiller R., Aziz Q., Creed F. et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*. Dec 2007; 56(12): 1770–1798.
14. Irritable bowel syndrome in adults. Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care; February 2008. NICE clinical guideline 61. 32 p. (Дата последнего пересмотра Февраль 2014г.)
15. Faecal calprotectin diagnostic tests for inflammatory diseases of the bowel. National Institute for Health and Clinical Excellence; October 2013. NICE diagnostics guidance 11. 58 p.
16. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology* 2006;130:1377–1390.
17. Wilkins T., Pepitone C., Alex B., Schade R. R. Diagnosis and Management of IBS in Adults. *Am Fam Physician*. 2012 Sep 1; 86(5):419–426.
18. Saha L. Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World J Gastroenterol*. 2014 June 14; 20(22): 6759–6773.

Таблицы

- Таблица 1. Описание уровней доказательности
- Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы доказательств
- Таблица 3. Характеристики классов рекомендаций
- Таблица 4. Бристольская шкала формы каловых масс