

Синдром раздраженного кишечника: Глобальная перспектива

Обновление Сентябрь 2015



Авторы обзора

Eamonn M.M. Quigley	США (Председатель)
Michael Fried	Швейцария
Kok-Ann Gwee	Сингапур
Igor Khalif	Россия
Pali Hungin	Великобритания
Greger Lindberg	Швеция
Zaigham Abbas	Пакистан
Luis Bustos Fernandez	Аргентина
Shobna J. Bhatia	Индия
Max Schmulson	Мексика
Carolina Olano	Уругвай
Anton Le Mair	Нидерланды

Содержание

1	Каскады ВГО	3
3	1.1 Каскадные варианты для диагноза СРК в зависимости от ресурсов	
4	1.2 Каскадные варианты для ведения СРК в зависимости от ресурсов	
2	Вступление	5
	2.1 Субклассификация СРК	6
	2.2 Глобальная распространенность и частота	7
	2.3 Другие наблюдения по эпидемиологии СРК	8
8	2.4 Демография СРК, различия Восток/Запад в клинической картине	
3	Диагноз СРК	9
	3.1 Клинический анамнез	9
	3.2 Психологическая оценка	11
	3.3 Физикальный осмотр	12
	3.4 Диагностический алгоритм СРК	12
4	Оценка СРК	13
	4.1 Диагностические критерии (Рим III)	13
	4.2 Дополнительные тесты или исследования	14
	4.3 Дифференциальный диагноз	15
	4.4 Сочетание с другими заболеваниями	19
5	Ведение СРК	19
	5.1 Вступление	19
	5.2 Диета	22
	5.3 Лекарственная терапия	23
	5.4 Психологическое и другие виды лечения	26
	5.5 Прогноз	28
	5.6 Динамическое наблюдение	28
6	Приложение: полезные ресурсы	29
	Ссылки	29

Рисунки

- Рис. 1 Алгоритм диагностики синдрома раздраженного кишечника (СРК) 12
- Рис. 2 Ведение пациентов с симптомами синдрома раздраженного кишечника 19

Таблицы

- Таблица 1 Римские III критерии для диагноза СРК 13

1 Каскады ВГО

Всемирная Гастроэнтерологическая Организация (ВГО) разработала эти рекомендации с целью помочь работникам здравоохранения в лучшем ведении синдрома раздраженного кишечника (СРК). В данной работе даются рекомендации, основанные на последних доказательствах в клинической практике, и являющиеся результатом консенсуса наших экспертов со всего мира.

Стандартизированный, глобальный подход к диагнозу и ведению СРК может оказаться невыполнимым, так как эпидемиология, клинические проявления состояния, доступность диагностических или терапевтических ресурсов не одинаковы во всем мире, что не позволяет создание единственного, золотого стандарта.

Эти Глобальные Практические Рекомендации ВГО, тем не менее, включают в себя набор «каскадов», показывающих зависящие от контекста и ресурсов варианты для диагностики и лечения СРК. Каскады ВГО предназначены скорее как дополнение, а не замещение, к «золотым стандартным» рекомендациям, разработанным региональными группами и национальными обществами. В своих диагностических и терапевтических каскадах ВГО предлагает подход, зависящий от контекста и ресурсов.

- Каскады ВГО: иерархический набор диагностических, терапевтических вариантов и вариантов ведения для борьбы с риском и заболеванием, разделенных в зависимости от доступных ресурсов.

Практические рекомендации и каскады ВГО предназначены для выделения соответствующих, чувствительных к контексту и ресурсам, вариантов ведения для всех географических областей, вне зависимости от того, считаются ли они «развитыми», «полуразвитыми» или «развивающимися». Каскады ВГО чувствительны к контексту, а контекст не обязательно описывается только доступностью ресурсов.

N.B.: Контекст, в котором составлены следующие каскады, описывается в релевантных разделах по диагнозу и ведению СРК.

1.1 Каскадные варианты для диагноза СРК в зависимости от ресурсов

Уровень обширных ресурсов

- Анамнез, физикальный осмотр, исключение тревожных симптомов, оценка психологических факторов.
- Клинический анализ крови, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) или С-реактивный белок (СРБ), исследование кала (лейкоциты, яйца глист, паразиты, скрытая кровь).
- SeHCAT-тест (тест с применением ⁷⁵Se-гомохолилтаурина; инкорпорирующий селен-75) для исследования мальабсорбции желчной кислоты и измерения потерь запаса желчной кислоты. У этого теста может быть ограниченная доступность, даже в областях с обширными ресурсами.
- Функция щитовидной железы.

- Антитела к тканевой трансглутаминазе (ТТГ) для скрининга на целиакию.
- Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и дистальная биопсия 12-перстной кишки у пациентов с диареей для исключения целиакии, тропического спру, гиардиаза, а также у пациентов с абдоминальной болью, локализованной в большей степени в верхней части брюшной полости.
- Колоноскопия и биопсия.*
- Фекальный маркер воспаления (например, кальпротектин или лактоферрин) для дифференциального диагноза СРК и воспалительной болезни кишечника в тех областях, где последняя превалирует.
- Водородный дыхательный тест на непереносимость лактозы и избыточный бактериальный рост в тонком кишечнике (SIBO).

Уровень средних ресурсов

- Анамнез, физикальный осмотр, исключение тревожных симптомов, оценка психологических факторов
- Клинический анализ крови, СОЭ или СРБ, исследования кала, функция щитовидной железы
- Сигмоидоскопия*

Уровень ограниченных ресурсов

- Анамнез, физикальный осмотр, исключение тревожных симптомов, оценка психологических факторов
- Клинический анализ крови, ЭГДС и исследования кала

* Н.В.: Даже в “богатых” странах колоноскопия показана не всем пациентам. Процедура проводится в частности тем больным, у которых имеются тревожные симптомы или признаки, а также в возрасте старше 50 лет. Необходимость обследования, в частности сигмоидоскопии и колоноскопии, также должна диктоваться характеристиками пациента (клиническими признаками, возрастом и т.д.) и географическим расположением (например, имеется ли в регионе значительная распространенность воспалительной болезни кишечника, целиакии, рака толстой кишки или паразитарных заболеваний). Можно поспорить, например, о том, что 21-летняя женщина с симптомами СРК с диареей и без тревожных признаков, заслуживает, по крайней мере, проведения серологического исследования на целиакию и оценку функции щитовидной железы (там, где это доступно). В целом, диагноз «безопаснее» у пациентов с запорами, в то время как при тяжелой диарее необходимость проведения исследований для исключения органической патологии гораздо выше.

1.2 Каскадные варианты для ведения СРК в зависимости от ресурсов

Обширные ресурсы

- Успокоить пациента, дать советы по диете и стилю жизни.
- Попытка применения пробиотиков с доказанной эффективностью.
- Симптоматическое лечение:
 - Боли купируются локально доступными спазмолитиками; в более тяжелых случаях назначаются трициклические антидепрессанты или ингибиторы селективного обратного захвата серотонина (ИСОЗС).

- Лечение запора диетическими мерами и добавками клетчатки, с последующим переходом к осмотическим слабительным, таким как лактулоза.
- Несмотря на отсутствие убедительных доказательств эффективности, при диарее можно использовать простые антидиарейные средства.
- Необходимо рассматривать возможность психологических методов (гипнотерапия, психотерапия, групповая терапия), а также, в случаях необходимости, проконсультироваться с диетологом.
- Добавить к терапии специфические фармакологические средства, там, где они одобрены для использования:
 - Любипростон или линаклотид при СРК с запорами (СРК-З)
 - Рифаксимин при диарее и вздутии
 - Алосетрон и элюксадолин при СРК с диареей (СРК-Д)

Средние ресурсы

- Успокоить пациента, дать советы по диете и стилю жизни.
- Добавить качественные пробиотики с доказанной эффективностью.
- Симптоматическое лечение:
 - Боли купируются доступными локально спазмолитиками; более тяжелым пациентам назначаются трициклические антидепрессанты.
 - Лечение запора с диетическими мероприятиями и добавками клетчатки.
 - Несмотря на отсутствие убедительных доказательств эффективности, при диарее можно использовать препараты, увеличивающие объем и простые антидиарейные средства.

Ограниченные ресурсы

- Успокоить пациента, дать советы по диете и стилю жизни.
- Симптоматическое лечение:
 - Боли купируются доступными локально спазмолитиками.
 - Лечение запора диетическими мерами и добавками клетчатки.
 - Несмотря на отсутствие убедительных доказательств эффективности, при диарее можно использовать препараты, увеличивающие объем стула, и простые антидиарейные средства.

2 Вступление

Синдром раздраженного кишечника – это рецидивирующее функциональное кишечное расстройство, описываемое диагностическими критериями, основанными на симптоматике, в отсутствие определяемых органических причин. Симптомокомплекс неспецифичен для СРК, поскольку подобные симптомы иногда могут возникать почти у каждого человека. Для того чтобы отличить СРК от преходящих кишечных симптомов, эксперты должны подчеркнуть хроническую и рецидивирующую природу СРК и знать диагностические критерии, основанные на частоте симптомов и их длительности.

Определение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) - это функциональное кишечное расстройство, при котором абдоминальная боль или дискомфорт связаны с актом дефекации и/или изменениями в деятельности кишечника.

Ощущения дискомфорта (метеоризм), растяжение живота и расстройства дефекации – это часто связанные симптомы. В некоторых языках «метеоризм» и «растяжение» означают одно и то же понятие.

Некоторые характеристики СРК:

- Нет известной связи с повышенным риском развития рака или воспалительной болезни кишечника, а также с повышенной смертностью.
- Приводит к значительным прямым или косвенным расходам на здравоохранение.
- При СРК нет универсального патофизиологического субстрата.
 - Общепринято считать, что к СРК имеет отношение висцеральная гиперчувствительность [1].
- Может произойти эволюция СРК в другие симптоматические желудочно-кишечные расстройства и перехлест с ними (например, с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, диспепсией и функциональным запором).
- Состояние обычно вызывает длительно протекающие симптомы:
 - Могут возникать периодически.
 - Симптомы варьируют и часто связаны с приемом пищи и, что характерно, с дефекацией.
 - Симптомы препятствуют каждодневной жизни и социальной активности у многих пациентов.
 - Иногда симптомы предположительно возникают после перенесенной кишечной инфекции (постинфекционный СРК), значительных событий в жизни, или провоцируются сильным стрессом.
 - Симптомы могут возникать после абдоминального и/или тазового хирургического вмешательства.
 - Симптомы могут провоцироваться антибиотикотерапией.

В целом, часто имеет место нераспознавание состояния; многие пациенты с СРК не консультируются с врачом и не имеют формального диагноза.

2.1 Субклассификация СРК

В соответствии с Римскими III критериями, СРК может быть подразделен или субклассифицирован на основании характеристик стула пациента, описанных Бристольской Шкалой Стула:

- СРК с диареей (СРК-Д):
 - Жидкий стул > 25% времени и твердый стул < 25% времени
 - До одной трети случаев СРК
 - Чаще у мужчин
- СРК с запором (СРК-З):
 - Твердый стул > 25% времени и жидкий стул < 25% времени
 - До одной трети случаев СРК
 - Чаще у женщин
- СРК со смешанной деятельностью кишечника или с циклической схемой (СРК-С):
 - Твердый и жидкий стул > 25% времени
 - От трети до половины случаев СРК
- Неклассифицированный СРК

- Незначительные изменения консистенции стула, не подпадающие под критерии СРК-3 или СРК-С

Тем не менее, необходимо помнить, что:

- Пациенты часто переходят из одного из этих подтипов в другой.
- Пациенты с СРК часто неверно интерпретируют симптомы диареи и запора. Таким образом, многие пациенты с СРК, жалующиеся на «диарею», имеют в виду частый оформленный стул, и, в той же самой популяции пациентов, «запор» может означать любую из множества жалоб, связанных с натужной дефекацией, а не с редкой деятельностью кишечника.
- В дополнение к этому, деятельность кишечника должна оцениваться без применения антидиарейных или слабительных препаратов.

По клинической картине могут быть применены другие субклассификации:

- На основе симптомов:
 - СРК с преобладанием кишечной дисфункции
 - СРК с преобладанием боли
 - СРК с преобладанием метеоризма
- На основании провоцирующих факторов:
 - Постинфекционный (ПИ-СРК)
 - Связанный с пищей
 - Связанный со стрессом

Тем не менее, за исключением ПИ-СРК, который имеет достаточно хорошо узнаваемые признаки, релевантность любой другой классификации к прогнозу или ответу на терапию у пациентов с СРК остается недостаточно четкой.

Также необходимо помнить, что Римские III критерии не часто применяются в клинической практике. Более того, на описание симптомов могут влиять культурные особенности. В Индии, например, пациент, испытывающий натуживание при дефекации или твердый стул (часто в сочетании с ощущением неполной эвакуации), скорее всего, будет жаловаться на запор, несмотря на то, что стул у него или у нее может быть чаще одного раза в день.

Существует значительный перехлест и тенденция к превращению СРК-3 в функциональный запор.

2.2 Глобальное распространение и частота

Глобальная картина распространения СРК далека от полноты, поскольку нет доступных данных из некоторых регионов. В дополнение к этому, сравнение данных из различных регионов часто проблематично из-за использования разных диагностических критериев (в целом, чем «расплывчатей» критерий, тем выше распространенность), а также за счет влияния других факторов, таких как выбор популяции, включения или исключения сопутствующих расстройств (например, тревожности), доступа к медицинской помощи и культурных особенностей. Например, в Мексике распространенность СРК в общей популяции измерялась с использованием Римских II критериев и составила 16%, но показатель возростал до 35% среди университетской популяции. Удивительно, но доступные данные дают основание говорить о том, что распространенность приблизительно одинакова во многих странах, несмотря на значительные различия в стиле жизни.

- Распространенность СРК в Европе и Северной Америке оценивается в 10–15%. В Швеции самый цитируемый показатель - 13.5%.
- В Азиатско-Тихоокеанском регионе распространенность СРК возрастает, особенно в странах с развивающейся экономикой. Оценки распространенности СРК в этом регионе (с использованием Римских II диагностических критериев) широко варьируют. Исследования в Индии показывают, что Римские I критерии для СРК выявляют больше пациентов, чем Римские II критерии. Сообщаемые уровни распространенности включают 0.82% в Пекине, 5.7% в южном Китае, 6.6% в Гонконге, 8.6% в Сингапуре, 14% в Пакистане и 22.1% на Тайване. Исследование в Китае показало, что распространенность СРК, оцененная по Римским III критериям, людей, посещающих поликлинические учреждения, составила 15.9%.
- Данные по Южной Америке в целом рассеяны, но это может быть связано с изъянами в публикациях, поскольку результаты многих исследований не публикуются по-английски [2], или не цитируются в наиболее популярных поисковых базах данных (например, в Medline). В Уругвае, например, в одном из исследований сообщалось об общей распространенности в 10.9% (14.8% у женщин и 5.4% у мужчин) — 58% с СРК-З и 17% с СРК-Д. В 72% случаев возраст начала заболевания составлял < 45 years. Также, в венесуэльском исследовании, говорится о распространенности СРК в 16.8%, где 81.6% составляли женщины и 18.4% мужчины [3]. Исследования туземных популяций в Латинской Америке показало высокую распространенность СРК, сходную с остальной популяцией [4].
- Данные из Африки очень редки. Исследование студенческой популяции в Нигерии показало распространенности в 26.1%, на основании Римских II критериев. В исследовании амбулаторных пациентов, проведенном в той же стране и основанном на тех же критериях, сообщается о распространенности в 33%.

2.3 Другие наблюдения по эпидемиологии СРК

- В основном СРК возникает в возрасте от 15 до 65 лет.
- Первое обращение пациента к врачу обычно происходит в возрасте 30 – 50 лет.
- В некоторых случаях симптомы впервые могут возникать в детстве.
- Распространенности выше у женщин — хотя это не подтверждается несколькими исследованиями, например, в Индии.
- Имеется снижение сообщаемой частоты СРК среди пожилых людей.
- Примерная распространенность СРК среди детей такая же, как у взрослых.
- Типичные симптомы СРК часто встречаются в выборках из «здоровых» популяций.

2.4 Демографические данные по СРК, различия Восток – Запад в клинических проявлениях

- Как и в случае данных по распространенности, глобальная информация о клинических проявлениях также варьирует, и сравнения исследований, основанных на данных по населению, амбулаторным пациентам и госпитальной статистике, сталкиваются с трудностями.

- Типичные симптомы СРК часто встречаются в здоровых популяциях, но большинство лиц, страдающих этим синдромом, медицинского диагноза не имеет. Данный факт может объяснять очевидные различия между странами в сообщаемой распространенности. В большинстве исследований учитывается только диагностированный СРК, а не распространенность среди населения.
- Исследование в Китае показало, что распространенность в южных районах страны выше, чем в Пекине, но ниже, чем в Западных странах.
- Некоторые исследования в не-Западных странах показывают:
 - Тесную связь между выраженным дистрессом и СРК у мужчин, такую же, как выявлена у женщин в западных исследованиях.
 - Большую частоту болей в верхней части брюшной полости.
 - Меньшее влияние симптомов, связанных с дефекацией, на повседневную жизнь пациента.
- Некоторые исследования позволяют предположить, что у афро-американцев, по сравнению с их белыми соотечественниками:
 - Частота стула реже.
 - Распространенность запоров выше.
- В Латинской Америке, за исключением Аргентины, преобладание запоров встречается чаще, чем преобладание диареи.
- Частота стула у населения Индии выше, чем общий показатель — у 99% людей стул бывает один раз в день, или чаще.
- В Мексике у 70% пациентов определяется тревожность, у 46% депрессия и у 40% и то и другое.
- В Мексике СРК оказывает значительное экономическое влияние, поскольку ведет к повышенному использованию медицинских ресурсов.
- Клинический перехлест между функциональной диспепсией и СРК, описанному по Римским II критериям, очень часто встречается в Китае. Тем не менее, это может быть связано с тем, что в этой стране пациенты обычно жалуются на боль, описывая ее в эпигастрии, а не в нижних отделах живота.
- Психологический дистресс, жизненные события и негативное отношение могут играть важную роль в патогенезе СРК. Эти факторы также могут влиять на поведение пациента во время болезни и клинический исход.

3 Диагноз СРК

3.1 Клиническая история

Хотя в настоящее время СРК описывается как единое согласованное целое, вероятнее всего расстройство именуемое «СРК» представляет собой множество отдельных патофизиологических процессов, которые до сих пор не определены. Следовательно, множество патологических процессов, которые мы сейчас знаем, как совершенно отдельные объекты (например, микроскопический колит, непереносимость углеводов и мальабсорбция желчных кислот) в прошлом могли включаться в СРК.

При оценке пациентов с СРК важно не только осмыслить клинические симптомы, но также идентифицировать влияющие факторы и другие сочетанные желудочно-кишечные и органы симптомы. Абсолютно необходимо искать и

прямо расспрашивать о наличии тревожных признаков, а также рассмотреть, в релевантном контексте, иные объяснения симптоматики пациента (например, холагенную диарею, непереносимость углеводов, микроскопический колит). Таким образом, анамнез очень важен и вовлекает как идентификацию признаков, считающихся типичными для СРК, так и выявление «красных флажков» или других особенностей, которые предполагают альтернативные диагнозы. Соответственно, пациента необходимо расспрашивать о следующих моментах (признаки, помеченные звездочкой*, присущи СРК):

Схема абдоминальной боли или дискомфорта:

- Хроническая.*
- Тип боли: преходящая* или постоянная.
- Эпизоды боли в прошлом.*
- Локализация боли. У некоторых пациентов боль может быть четко локализована (например, в нижнем левом квадранте живота), в то время как у других боли склонны менять локализацию.
- Облегчение после дефекации или отхождения газов.*
- Ночная боль нетипична для СРК и расценивается какстораживающий признак.

Другие абдоминальные симптомы:

- Вздутие*
- Растяжение*
- Урчание
- Метеоризм

N.B.: Растяжение может быть измерено; вздутие – это субъективное ощущение. В английском определении вздутие и растяжение имеют разную патофизиологию и не должны считаться эквивалентными и взаимозаменяемыми терминами, хотя на других языках они могут обозначаться одним словом, или в языке может не быть слова для «вздутия», как, например, в испанском. Ни одно, ни другое не обязательно подразумевает избыточную продукцию кишечных газов.

Природа связанного кишечного расстройства:

- Запор
- Диарея
- Неустойчивость

Нарушения дефекации:

- Диарея > 2 недели (N.B.: нужно всегда стараться точно понять, что пациент имеет в виду под «диареей» и «запором»)
- Слизь в стуле
- Срочные позывы на дефекацию
- Чувство неполной дефекации/эвакуации (этот симптом описывается как особенно важный в недавних исследованиях в азиатских популяциях — 51% в Сингапуре, 71% в Индии, 54% на Тайване)

Другая информация из анамнеза пациента и важные предупреждающие признаки:

- Непреднамеренная потеря веса
- Кровь в стуле
- Семейный анамнез:
 - Колоректальных новообразований

- Целиакии
- Воспалительной болезни кишечника
- Лихорадка, сопровождаемая болями внизу живота
- Связь с менструацией
- Связь с:
 - Лекарственной терапией
 - Приемом пищи, непереносимость который уже известна (особенно молока), искусственных заменителей сахара, диетических продуктов или алкоголя
 - Посещением (суб-)тропиков
- Неправильные пищевые привычки:
 - Нерегулярный или неадекватный прием пищи
 - Недостаточный прием жидкости
 - Избыточный прием клетчатки
 - Одержимость пищевой гигиеной
- Семейный анамнез СРК: СРК четко прослеживается в семьях, хотя генетические механизмы не до конца понятны и пути передачи не ясны.
- Природа возникновения (внезапное начало после гастроэнтерита предполагает ПИ-СРК)
- Персистирующая диарея: наличие персистирующей истинной диареи, особенно относительно безболезненной, вызывает необходимость в проведении расширенного обследования для исключения других ее причин, таких как целиакийная болезнь, микроскопический колит (особенно у женщин среднего и пожилого возраста), холагенная диарея (вызванная нарушением всасывания желчных кислот) или непереносимость углеводов.

3.2 Психологическая оценка

Нет доказательств того, что психологические факторы являются причиной или имеют влияние на возникновение СРК. СРК – это не психиатрическое или психологическое расстройство. Тем не менее, психологические факторы могут:

- Играть роль в длительности и субъективной тяжести абдоминальных симптомов.
- Вносить свой вклад в ухудшение качества жизни и увеличивать количество обращений в лечебные учреждения.

По этим причинам, пациенты часто направляются на консультацию в специализированные центры для коррекции сопутствующих психологических состояний, которые могут включать:

- Тревожность
- Депрессию
- Соматизацию
- Ипохондрию
- Страхи, связанные с симптомами
- Катастрофизацию

Для объективной оценки психологических особенностей могут помочь:

- Госпитальная Шкала Тревожности и Депрессии (HADS). Это – простой опросник из 14 пунктов для измерения уровня тревожности и депрессии.

- Тест на Чувство Когерентности (SOC) используется для выявления пациентов, которым может помочь когнитивная поведенческая терапия.
- Опросник по Здоровью Пациента (PHQ-15). Опросник из 15 пунктов, который помогает идентифицировать множественные соматические симптомы (соматизацию). PHQ-15 должен быть валидизирован в каждой конкретной стране перед применением его в клинической практике.

3.3 Физикальный осмотр

- Физикальный осмотр внушает пациенту уверенность и помогает в выявлении возможных органических причин.
- Общий осмотр выполняется для выявления признаков системного заболевания.
- Исследование брюшной полости:
 - Осмотр
 - Пальпация
 - Аускультация
- Исследование перианальной области:
 - Пальцевое ректальное исследование

3.4 Диагностический алгоритм СРК

Рис. 1 Алгоритм для диагностики синдрома раздраженного кишечника (СРК).



Заметки: СОЭ, скорость оседания эритроцитов; СКК, анализ кала на скрытую кровь.

Эзофагогастродуоденоскопия и биопсия тонкого кишечника для исключения энтеропатии, гиардиаза и изменений, связанных с избыточным бактериальным ростом (SIBO) могут быть рекомендованы в особых случаях при наличии обширных ресурсов

* Где актуально — например, при высокой распространенности целиакии, кишечных паразитов, воспалительной болезни кишечника или лимфоцитарного колита.

4 Оценка СРК

Подозрение на диагноз СРК обычно основывается на анамнезе пациента и физикальном осмотре без дополнительных исследований. Подтверждение диагноза СРК требует уверенного исключения органического заболевания способом, диктуемым клинической картиной и индивидуальными характеристиками пациента. Во многих примерах (например, у молодых пациентов без тревожных признаков) точный диагноз может быть установлен на основании только одной клинической картины.

Не существует достаточных доказательств и проспективных исследований в отношении эффективного использования радиологических методов исследования у пациентов с СРК-подобными симптомами [5].

4.1 Диагностические критерии (Римские III)

Таблица 1 Римские III критерии для диагностики СРК

- 1 Появление симптомов минимум за 6 месяцев до установления диагноза
- 2 Рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт > 3 дней в месяц в течение предыдущих 3 месяцев
- 3 Минимум два из следующих признаков:
 - Улучшение после дефекации
 - Связь с изменением частоты стула
 - Связь с изменением формы стула

Системный обзор (2012) диагностических критериев СРК показал низкую валидность и утилизацию Римских III критериев, и было высказано предположение, что критерии Manning лучше валидизированы и применимы в клинике [6]. Прошло уже 24 года с момента первой Римской встречи, и в критерии для СРК было внесено несколько изменений. Обновленная Римская IV версия будет доступна в 2016 году.

В клинической практике, на амбулаторном приеме или при консультации специалиста, диагноз СРК врачи обычно основывают на оценке пациента в целом (часто за определенный период времени) и принимают во внимание многочисленные признаки его подтверждающие (кроме боли и дискомфорта, связанных с дефекацией, изменений формы или частоты стула).

Часто встречающиеся симптомы, подтверждающие диагноз СРК:

- Вздутие
- Изменение формы стула (твердый и/или жидкий)
- Изменения частоты стула (менее трех раз в неделю или более трех раз в день)
- Натуживание при дефекации
- Срочные позывы
- Чувство неполной эвакуации
- Выход слизи из прямой кишки

Поведенческие черты, помогающие узнать СРК в общей практике:

- Симптомы сохраняются > 6 месяцев
- Симптомы, усиливающиеся при стрессе
- Частые обращения по поводу негастроэнтерологических жалоб
- Необъясненные медицинские симптомы в прошлом
- Ухудшение после еды
- Связанные тревожность и/или депрессия

Неколониические жалобы, которые часто сопровождают СРК:

- Диспепсия — отмечается у 42–87% пациентов с СРК
- Тошнота
- Изжога

Связанные негастроэнтерологические симптомы:

- Летаргия, утомляемость
- Боли в спине, мышцах и суставах
- Фибромиалгия
- Головная боль
- Урологические симптомы:
 - Ноктурия
 - Частые позывы к мочеиспусканию
 - Неполное опустошение мочевого пузыря
- Диспареуния у женщин
- Бессонница
- Низкая переносимость лекарственных препаратов в целом

4.2 Дополнительные тесты или исследования

В большинстве случаев СРК не требуется проведения дополнительных тестов или исследований. В случаях бесспорного диагноза СРК рекомендуется сведение к минимуму числа проводимых исследований, особенно у молодых людей.

Дополнительные тесты или исследования необходимы при наличии тревожных признаков (“красных флажков”):

- Появление симптомов в возрасте старше 50 лет
- Короткий симптоматический анамнез
- Изменения в схеме деятельности кишечника
- Непреднамеренная потеря веса
- Ночные симптомы
- Семейный анамнез рака толстой кишки, целиакии, воспалительной болезни кишечника
- Анемия
- Ректальное кровотечение
- Недавнее применение антибиотиков
- Образования в брюшной полости/прямой кишке
- Повышение уровня воспалительных маркеров
- Лихорадка

Следующие исследования (хотя и обычно проводимые) показаны только при наличии соответствующей клинической истории и там, где они доступны:

- Клинический анализ крови

- Биохимия сыворотки крови
- Исследования функции щитовидной железы
- Исследование кала на скрытую кровь, яйца глист и паразиты

Дополнительные тесты или исследования, которые также могут быть назначены в случаях если:

- Пациент имеет персистирующие симптомы, или тревожен, несмотря на лечение.
- Произошло значительное изменение хронических симптомов.
- Необходимо исключить новое сопутствующее состояние.

4.3 Дифференциальный диагноз

Мальабсорбция желчных кислот

- Мальабсорбция желчных кислот (МЖК), возникшая во взрослом возрасте в настоящее время признается важной причиной развития клинической картины, схожей с СРК-Д. В недавно проведенном обзорном исследовании [7] приведены доказательства того, что более 25% пациентов с СРК-Д страдают мальабсорбцией желчных кислот.
- Этиологические факторы, которые, вероятно, вносят вклад в начало и персистенцию хронической диареи - это изменения энтерогепатической циркуляции, ускорение кишечного транзита, повышение запаса желчных кислот и низкий уровень фибробластного фактора роста-19 (FGF19) [8].
- Диагностические средства, которые могут помочь в диагностике МЖК и дифференциальном диагнозе с СРК-Д – это исследования концентрации желчных кислот, тест с 23-селено-25-гомо-таурохолевой кислотой (SeHCAT) и жидкостная хроматография высокого разрешения (ЖХВР) сывороточного 7- α -ОН-4-холестена-3-один (С4) — в дополнение к использованию терапевтических проб (препаратами, секвестрирующими желчные кислоты – холестирамином и колесевеламом), а также повышенной настороженности к мальабсорбции желчных кислот [9].

Целиакия

Главные симптомы и/или клинические находки:

- Хроническая диарея
- Замедленное развитие (у детей)
- Утомляемость
- Страдает приблизительно 1% всех индоевропейских популяций, употребляющих в пищу пшеницу
- Должна учитываться при дифференциальном диагнозе в регионах с высокой распространенностью [10]

Н.В.: Многие пациента с целиакиейной болезнью *не имеют* классических признаков заболевания и могут страдать от «СРК-подобных» симптомов, включая метеоризм и запор, а также дефицит железа. Следовательно, в регионах с высокой распространенностью целиакии (там, где она превышает 1% от общей популяции) должен существовать низкий порог для проведения исследований.

Непереносимость лактозы

Главные симптомы и/или клинические находки:

- Симптомы (вздутие, метеоризм, диарея) непосредственно связаны с употреблением молока и молочных продуктов.
- Хотя генетические исследования в настоящее время могут выявить дефицит лактазы, это не обязательно означает прогноз непереносимости, которая лучше определяется с помощью лактозного водородного дыхательного теста. Действительно, значительная часть лиц с недостатком лактазы переносит ее оральный прием, несмотря на бактериальную ферментацию.

В странах с высокой распространенностью дефицита лактазы, необходимо избегать оценки пациентов с СРК как страдающих непереносимостью лактозы, если они не употребляют значительные количества молока и/или молочных продуктов. Это может лишить население источника дешевого белкового питания в таких странах как Индия. Во всех частях света частота мальабсорбции лактозы по результатам дыхательных тестов одинакова вне зависимости от наличия СРК.

Воспалительная болезнь кишечника (болезнь Крона, язвенный колит)

Главные симптомы и/или клинические находки:

- Значительные вариации распространенности по всему миру.
- Диарея персистирует > 2 недель.
- Ректальное кровотечение.
- Воспалительное образование, потеря веса, перианальная болезнь, лихорадка.
- В эндемичных областях нужно помнить о кишечном туберкулезе, так как его клиническая картина может быть сходной с признаками воспалительной болезни кишечника (ВБК): диарея, потеря веса, растяжение живота и лихорадка.

Колоректальная карцинома

Главные симптомы и/или клинические находки:

- Пожилые пациенты, у которых впервые возникли СРК-подобные симптомы
- Появление крови в стуле
- Непреднамеренная потеря веса
- При заболевании левых отделов кишки может возникать боль по обструктивному типу
- Анемия или дефицит железа при поражении правых отделов кишки

Микроцитарный (лимфоцитарный и коллагенозный) колит

- Причина 20% необъясненной диареи у пациентов старше 70 лет
- Обычно безболезненный
- Чаще всего у женщин среднего возраста (М : Ж = 1 : 15)
- Диагностируется при биопсии ободочной кишки

Острая или хроническая диарея, вызванная простейшими или бактериями

Главные симптомы и/или клинические находки:

- Острое начало диареи
- Исследование кала или биопсия 12-перстной кишки

В обзоре [11] роли кишечных простейших при СРК делается заключение, что в его этиологии играют «возможную роль простейшие паразиты, такие как *Blastocystis hominis* и *Dientamoeba fragilis*».

- Известно, что *Dientamoeba fragilis* вызывает СРК-подобные симптомы и может служить причиной хронической инфекции. Она выявляется с помощью гнездовой полимеразной цепной реакции (ПЦР) [12], там где этот метод доступен, или, альтернативно, микроскопически.
- Роль *B. hominis*, как этиологического фактора СРК, остается неясной из-за противоречивых сообщений и сомнительной природы *B. hominis* как человеческого патогена. Роль *B. hominis* может зависеть от генотипа [13].
- Хотя инфекция *Entamoeba histolytica* встречается в основном в развивающихся регионах мира, клинический диагноз амебиаза часто вызывает затруднения, так как симптомы пациентов с СРК могут быть очень похожи на симптомы при недизентерийном амебном колите.
- Клинические проявления инфекции *Giardia intestinalis* также могут варьировать от бессимптомного носительства до острой или хронической диареи с абдоминальной болью.

В то время как в Индии, где рекомендовано исследование кала на *Giardia* и *Amoeba*, очень распространено самолечение имидазолами, что приводит в сложности интерпретации результатов.

Н.В.: В соответствующих регионах очень важно проведение всем пациентам с СРК исследований для исключения протозойных паразитов. Также важно, чтобы результаты этих тестов были правильно интерпретированы во избежание излишнего лечения.

Избыточный бактериальный рост в тонком кишечнике (SIBO)

- Диагноз SIBO редок при отсутствии у пациента первичных или вторичных расстройств моторики кишечника, не было оперативного вмешательства (в частности илеоцекальной резекции или бариатрической операции) или больной не имеет нарушений иммунитета (например, дефицита иммуноглобулина А).
- Классические признаки SIBO – это мальабсорбция и нарушение переваривания пищи.
- Некоторые из симптомов SIBO (метеоризм, диарея) создают перехлест с СРК, что приводит к предположению о связи SIBO и СРК. Тем не менее, в целом считается, что SIBO не является частой причиной СРК-подобной симптоматики.

Тропический спру

- Тропический спру необходимо исключать у вернувшихся путешественников и персистирующей диареей.
- Симптомы и гистологические признаки тропического спру могут напоминать целиакичную болезнь (ЦБ). Диагноз ЦБ маловероятен в отсутствии анти-эндомизия и антитканевых антител к трансглутаминазе, но, с другой стороны, их отсутствие повышает вероятность тропического спру [14].

Дивертикулит

Связь между СРК и так называемой «болезненной дивертикулярной болезнью» неясна; является ли болезненная дивертикулярная болезнь чем-то большим, чем СРК у пациента с дивертикулами? При дивертикулите классические симптомы и признаки встречаются эпизодически, бывают острыми или подострыми во время эпизода, и включают в себя:

- Боль в левой половине брюшной полости
- Лихорадку
- Чувствительное воспалительное образование в левом нижнем квадранте брюшной полости

Тем не менее, сейчас очевидно, пациенты с этим заболеванием могут иметь больше хронических симптомов, проявляющихся между эпизодами/атаками, а левосторонняя и билатеральная, в отличие от правосторонней, дивертикулярная болезнь может повышать риск развития СРК [15].

Эндометриоз

Главные симптомы и/или клинические находки:

- Циклическая боль в нижних отделах живота
- Увеличенные яичники или лимфатические узлы дорзально от шейки матки (при ручном влагалищном исследовании)

Тазовая воспалительная болезнь

Главные симптомы и/или клинические находки:

- Хроническая боль в нижней части живота
- Лихорадка
- Боль при нажатии вверх, чувствительность придатков, или отек придатков (при ручном влагалищном исследовании)

Рак яичника

В дифференциальный диагноз у женщин старше 40 лет должен быть включен рак яичника. В одном из исследований указываются, как наиболее частые у женщин с раком яичника, следующие симптомы:

- Увеличенный объем живота
- Метеоризм
- Частые позывы на мочеиспускание
- Боли в тазовой области

Комбинация метеоризма, увеличения объема живота и урологических симптомов выявлена у 43% женщин с раком яичника, по сравнению с 8% в контрольной популяции.

Другие причины для дифференциального диагноза

- Колит, связанный с применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Он может являться причиной диареи у пожилых пациентов, получающих лечение по неврологическим и ревматологическим причинам.

4.4 СРК и сопутствующие заболевания

У пациентов с синдромами перехлеста отмечается более тяжелое течение СРК.

- Фибромиалгия у 20–50% пациентов с СРК (хотя этому нет доказательств, например, в Китае)
- СРК часто встречается при некоторых других хронических болевых расстройствах:
 - У 51% пациентов с синдромом хронической усталости
 - При поражениях височно-челюстного сустава: 64%
 - При хронической тазовой боли: 50%
 - При неязвенной диспепсии, дискинезии желчных путей

В мета-анализе было показано, что частота доказанной при биопсии целиакией болезни более чем в четыре раза выше у пациентов, подпадающих под диагностические критерии СРК, чем в контрольной группе без СРК [16].

У пациентов с СРК отмечается гораздо большая частота хронического идиопатического запора (ХИЗ). Различить в клинической практике СРК-З и ХИЗ достаточно сложно; в некоторых недавно проведенных исследованиях ставится под вопрос целесообразность и возможность разделения этих двух функциональных гастроэнтерологических расстройств [17].

Распространенность симптомов, подобных гастроэзофагеальному рефлюксу, у пациентов с СРК в четыре раза выше, чем без него. Перехлест между двумя этими состояниями достигает до 25% пациентов. При ведении пациента с симптомами СРК врачам рекомендуется назначать стандартное скрининговое обследование на сопутствующие гастроэзофагеальные рефлюксные симптомы [18].

Симптомы, сходные с СРК, как сообщается, значительно выше у пациентов с воспалительной болезнью кишечника (ВБК), чем в контрольной группе без ВБК, и даже у больных в состоянии ремиссии. Также СРК-подобные симптомы гораздо чаще выявлялись у пациентов с болезнью Крона (БК), чем у больных с язвенным колитом (ЯК), и у пациентов с активной формой заболевания [19]. Конечно, диагноз СРК не может быть значим у пациентов с активной ВБК.

5 Ведение СРК

5.1 Вступление

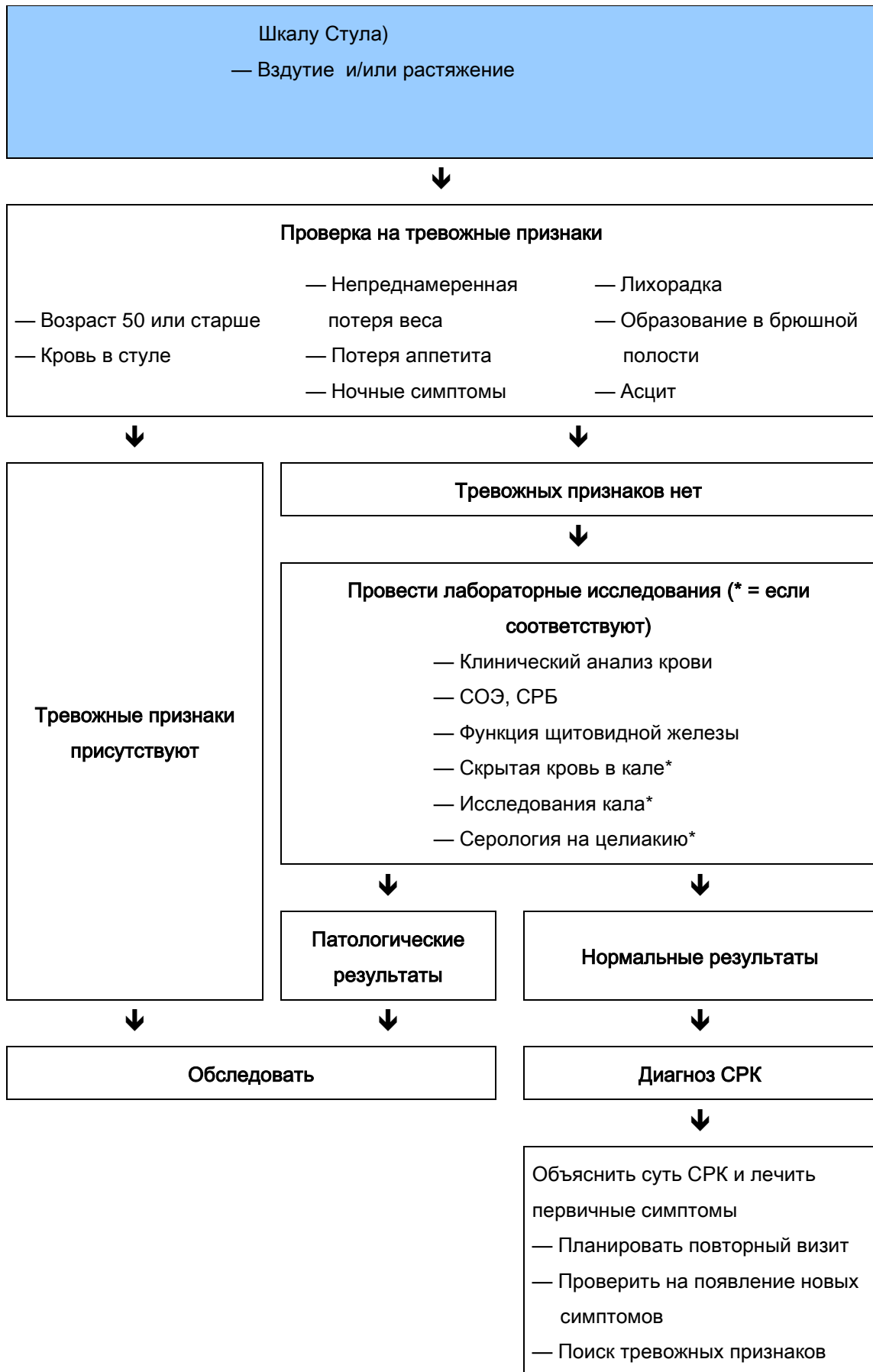
Рисунок 2 предоставляет общие контуры схемы ведения пациентов с СРК-подобными симптомами.

Рис. 2 Ведение пациентов с симптомами синдрома раздраженного кишечника.

Пациент с рецидивирующей абдоминальной болью или дискомфортом > 3 дней в месяц на протяжении предыдущих 3 месяцев, связанными с двумя или более следующими

пунктами:

- Облегчение после дефекации
- Изменение в частоте стула
- Изменение в форме стула (показать пациенту Бристольскую



—Продолжать необходимое или лечение, или модифицировать его

N.B.: Поскольку тревожность пациента играет значительную роль, ключевыми являются утешение и образование больного.

Учитывая, что не существует общего согласия по поводу причин СРК, неудивительно, что нет и единого метода лечения, распространенного по всему миру, которое бы универсально подходило всем пациентам с СРК.

Учитывая также, что существует частая связь симптомов СРК с такими факторами, как диета, стресс, психологические аспекты, должно уделяться внимание адаптивным мерам, которые могут смягчить или даже устранить эти моменты. Диетические различия между разными странами и этническими группами вероятно должны оказывать существенное влияние на распространенность СРК, но по этой теме недостаточно информации.

Недавние данные о нарушениях в кишечной флоре (микробиоте) при СРК, а также предположение, высказанное выше (хотя и противоречивое), о том, что SIBO может быть фактором развития СРК, разбудили интерес к новым подходам: пробиотики, пребиотики и антибиотики. Недавно проведенный мета-анализ подтверждает роль пробиотиков при СРК, но также делает ясным тот факт, что эффект пробиотиков при СРК, также как и в любых других случаях, высоко штамм-специфичен. Вариабельность и формула специфичных штаммов очень сильно варьирует по всему миру. Например, *Bifidobacterium infantis* 35624, у которого на настоящий момент имеется лучшая доказательная база эффективности при СРК, сейчас доступен только в США, Канаде, Великобритании и Ирландии. Контроль за качеством продукта продолжает создавать сложности для рекомендаций в этой области.

Пациенты с СРК часто обращаются к альтернативным/дополнительным методам терапии по всему миру. В Индии (в аюрведической медицине) и в Китае, например, широко доступны и часто используются при СРК травяные сборы. Тем не менее, трудно оценить их эффективность, поскольку концентрации активных ингредиентов сильно варьируются в зависимости от процесса экстракции. Некоторые “альтернативные” методы терапии СРК стали субъектом строгой оценки в рандомизированном исследовании.

В недавно опубликованном системном обзоре, хотя и были отмечены ограничения, связанные с дизайном исследования во многих случаях, оказана поддержка использованию антидепрессантов при СРК (трициклических антидепрессантов и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, SSRI).

Нефармакологические факторы часто игнорируются, но в ведении СРК они имеют огромное значение. Очень важны отношения врач – пациент, которые должны включать в себя, и во время первичного приема и во время динамического наблюдения, внимание к следующему:

- Идентификация и понимание забот пациента. Должны установиться позитивные отношения врач – пациент, в которых симптомы и дистрессы пациента принимаются всерьез.
- Понимание влияния симптомов.
- Обсуждение с пациентом его тревог, связанных с симптомами и возможным диагнозом, с целью устранения излишнего беспокойства больного.
- Идентификация и помощь в разрешении стрессовых факторов.
- Уменьшение поведения избегания. Пациент может избегать определенной активности из страха вызвать появление симптомов, однако поведение избегания оказывает негативное влияние на прогноз заболевания.
- Общие рекомендации по диете и активности: диета, богатая клетчаткой (когда это возможно), регулярный прием пищи, прием достаточного количества жидкости и достаточная физическая активность могут иметь (общий) положительный эффект, но, за исключением клетчатки (см. ниже), нет адекватных доказательств того, что вышеперечисленное прямо влияет на исход СРК.

5.2 Диета

Специализированные диеты могут уменьшить симптоматику у некоторых пациентов с СРК [20].

Клетчатка

- Диета, богатая клетчаткой, или препараты увеличивающие объем стула (например, псиллиум) в комбинации с достаточным количеством жидкости, казалось бы, должны являться логичным подходом к лечению СРК, но общий статус клетчатки при этом заболевании не прямолинеен [20]. Нерастворимая клетчатка может усиливать симптомы и не давать облегчения — побочные эффекты и вздутие, растяжение, метеоризм и спазмы могут ограничивать употребление клетчатки, особенно если увеличение ее количества в пище происходит не постепенно. Растворимая клетчатка, такая как псиллиум (исфагула), с другой стороны, приносит облегчение при СРК [21].
- Диета со сниженным содержанием ферментируемых олиго-, ди-, моносахаридов и полиолов (FODMAP) уменьшает абдоминальную боль и вздутие живота, исправляет схему дефекаций [21], но долговременные эффекты и безопасность низко-FODMAP диеты остается еще доказать. Также все еще не ясно, имеется ли польза от этой диеты для всех больных с СРК [21].
- Несмотря на широкое распространение, особенно в Северной Америке и Европе, статус безпшеничной и безглютеновой диет при СРК не установлен.

Пробиотики

Некоторые пробиотики обеспечивают полное облегчение симптомов, а другие облегчают только определенные симптомы, такие как вздутие и метеоризм [20,22]. Тем не менее, длительность этих эффектов и сущность наиболее эффективных штаммов не ясны [23]. Эффективность пробиотиков сложно интерпретировать, поскольку в различных исследованиях используются разные штаммы, дозы, формулы и режимы употребления [21]. Более того, большинство рандомизированных исследований пробиотиков имели короткую длительность,

не соответствующий дизайн и не включали адекватных сообщений о побочных эффектах [22].

В настоящее время не существует достаточных доказательств для общих рекомендаций по применению пробиотиков и синбиотиков в ведении пациентов с СРК [20]. Недавнее консенсусное заявление дает рекомендации об использовании отдельных пробиотиков в ведении СРК [24].

5.3 Лекарственная терапия

Для лечения индивидуальных симптомов СРК во всем мире использовалось множество различных препаратов:

- Спазмолитики для купирования боли.
- Слабительные, клетчатка и повышающие объем препараты при запорах. Активатор серотониновых рецепторов 4-го типа любипростон ($2 \times 8 \mu\text{г/сут}$) был одобрен Администрацией США по Пищевым Продуктам и Лекарственным Препаратам (FDA) для применения при хронических запорах и СРК с преобладанием запора, как и агонист гуанилат циклазы линаклотид (в нескольких Европейских странах только для СРК с преобладанием запора). Точное позиционирование таких препаратов в общей схеме ведения СРК еще предстоит выяснить.
- Клетчатка, препараты, увеличивающие объем стула, и антидиарейные средства при диарее. Совсем недавно невсасываемый антибиотик рифаксимин (в дозе 550 мг 3 раза в день 14 дней) и элюксадолин, агонист мю опиоидного рецептора и антагонист дельта опиоидного рецептора, были одобрены в США для лечения СРК с преобладанием диареи.
- Широко применяются угольные смолы, ветрогонные средства и другие препараты, впрочем, без поддерживающих доказательств, при вздутии, метеоризме и растяжении живота.

Важно отметить, что диапазон доступных препаратов и их состав сильно различаются в разных странах, поэтому врачу, выписывающему рецепт, абсолютно необходимо знать об эффективности и профиле риска любого препарата, который он или она назначает, а не экстраполировать от доказательств, полученных для других лекарств того же самого класса, или средств с подобным механизмом действия.

Общая симптоматика — терапия первой линии

- Некоторые спазмолитики (отилониум, гиосцин, циметропиум, пинавериум, дицикломин и мебеверин) обеспечивают краткосрочное симптоматическое облегчение при СРК. Побочные эффекты при приеме спазмолитиков развиваются чаще, чем при приеме плацебо [20].
- Масло перечной мяты превосходит плацебо в уменьшении симптомов СРК [20,25]. Риск развития побочных эффектов не выше, чем у плацебо [20].

Общая симптоматика — терапия второй линии

- Слабительные.
- Антидиарейные препараты.

- Трициклические антидепрессанты (ТЦА) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (SSRI) эффективны для купирования симптомов СРК [20,21,26]. Побочные эффекты встречаются часто, наиболее распространенные – сонливость и головокружение [26], что может ограничить толерантность пациента к этим препаратам [20]. ТЦА при лечении СРК-Д связаны со значительными побочными эффектами и их следует избегать при СРК-З; врач должен ожидать развития одного побочного эффекта на каждого из трех пациентов, получающих эффект от лечения [27].
- ТЦА могут применяться при резистентном СРК-З, хотя в настоящее время не рекомендуется рутинное назначение ТЦА пациентам с СРК без сопутствующих психиатрических состояний, из-за развития конфликта и ограниченных данных по эффективности, безопасности и долговременному исходу [28].

Общая симптоматика — другие терапевтические варианты

- Рифаксимин эффективен в уменьшении общей симптоматики при СРК-Д [20,29]. Препарат может считаться средством терапии второй линии [21]. Наиболее высокая частота ответа у пожилых пациентов и у женщин [29]. Рифаксимин хорошо переносим [30], но не определены его эффективность и безопасность в срок более 16 недель [29]. Тем не менее, недавно было сообщено об эффективности и безопасности повторных курсов лечения этим препаратом [31]. Также сообщалось, что на 846 пациентов с эффектом от лечения приходится одно побочное действие [27].
- Алосетрон полезен как препарат второй линии для СРК-Д [20,21]. Тем не менее, его применение связано с повышенным риском развития ишемического колита и может вызывать тяжелые запоры [21]. Врачу следует ожидать развития одного побочного эффекта на каждого из трех пациентов с эффектом от терапии [27].
- Любипростон безопасен и эффективен при лечении СРК-З [20,27]. Главным побочным эффектом, ограничивающим применения, является тошнота.
- Линаклотид безопасен и эффективен при лечении СРК-З [20,32,33]. Главным побочным эффектом является диарея; для оценки его долговременной эффективности и безопасности необходимы дальнейшие исследования [33].
- Не существует достаточных данных для рекомендации применения в лечении СРК лоперамида [20].
- Смешанные агонисты 5-НТ₄/антагонисты 5-НТ₃ не более эффективны, чем плацебо при уменьшении симптомов СРК-З [20].
- Рензаприд и цизаприд неэффективны при СРК [34].
- Нет доказательств того, что полиэтилен гликоль (ПЭГ) помогает при симптомах СРК, но может оказывать эффект при запорах [20].
- Было показано, что ондансетрон уменьшает диарею, метеоризм и урежает позывы при СРК-Д, но не эффективен в купировании боли. Рамосетрон, там где он доступен, должен считаться средством второй линии терапии при СРК-Д; также было показано, что он не вызывает серьезных побочных эффектов, таких как ишемический колит и тяжелый запор [21].

Специфические симптомы — боль

- Если необходим анальгетик, то парацетамол предпочтительнее, чем нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Необходимо любой ценой избегать назначения опиатов, так как при таких хронических состояниях зависимость и привыкание представляют собой значительный риск. Также НПВП и опиаты оказывают нежелательные эффекты на желудочно-кишечный тракт.
- Пробиотический штамм *Bifidobacterium infantis* 35624 (одна капсула в день) показал способность к уменьшению боли, вздутия, трудностей при дефекации и нормализовал деятельность кишечника у больных с СРК, вне зависимости от его доминирующей проблемы. Но в настоящее время он доступен только в США, Канаде, Великобритании и Ирландии.
- Спазмолитики:
 - Доступность компонентов очень сильно варьирует по всему миру.
 - Спазмолитики, включая масло перечной мяты, все еще считаются средством терапии первой линии для абдоминальной боли при СРК [21].
- Трициклические антидепрессанты — например,:
 - Амитриптилин, начальная дозе 10 мг/сут, целевая доза - 25–50 мг/сут перед сном.
 - Дезипрамин, начальная дозе 50 мг/сут, целевая доза - 100–150 мг/сут перед сном.
 - Эти препараты могут вызывать запоры, поэтому их следует избегать при СРК-3.
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (SSRI) — например:
 - Пароксетин, 10–60 мг/сут.
 - Циталопрам, 5–20 мг/сут.
- Линаклотид уменьшает абдоминальную боль при СРК-3 [21].
- Нет доказательств того, что ПЭГ уменьшает боль [20], но он оказывает эффект при запорах у пациентов с СРК-3.

Специфические симптомы — запор

- Замечания по богатой клетчаткой диете и препаратам, увеличивающим объем стула см. раздел 5.2 выше.
- Пробиотический штамм *Bifidobacterium lactis* DN-173010 показал способность к ускорению желудочно-кишечного транзита и увеличению частоты стула у пациентов с СРК-3.
- Часто бывает полезным применение осмотических слабительных; некоторые из них были официально протестированы при СРК.
- Любипростон:
 - Для лечения СРК с запорами у женщин в возрасте 18 лет и старше.
 - Принимается дважды в день в дозе 8 мкг с пищей и водой.
 - Улучшает схему стула у пациентов с СРК-3, резистентных к слабительным [21].
- Линаклотид:
 - Для лечения СРК с запорами у женщин в возрасте 18 лет и старше.
 - Принимается один раз в день в дозе 290 мкг за 30 минут до еды.

Специфические симптомы — диарея

- Лоперамид (2 мг утром или 2 раза в день) не более эффективен, чем плацебо в уменьшении боли, метеоризма и общих симптомов СРК, но является эффективным препаратом при лечении диареи, снижении частоты стула и улучшении его консистенции. Поскольку препарат не купирует боль, кардинальный симптом СРК, нет достаточных доказательств к рекомендации лоперамида как средства лечения синдрома [20].
- Алосетрон, антагонист рецептора 5-гидрокситриптамина-3 (5-HT₃):
— Показан только женщинам с тяжелым СРК-Д с длительностью симптомов > 6 месяцев, не дающих ответа на прием антидиарейных средств. Редко может вызывать развитие ишемического колита.
- Элюксадолин и рифаксимин недавно были одобрены в США к применению при СРК-Д; на этой ранней стадии сложно определить их позицию в ведении СРК.

Специфические симптомы — вздутие и растяжение живота

- У некоторых пациентов эффективна диета для снижения газообразования, например, с низким содержанием FODMAP.
- Нет доказательств, поддерживающих применение при СРК продуктов, содержащих активированный уголь, «ветрогонных», симетикона и других препаратов.
- Пробиотики: некоторые определенные штаммы, такие как *Bifidobacterium lactis* DN-173010 и пробиотический коктейль VSL#3, имеют клинические доказательства эффективности при вздутии, метеоризме и растяжении живота. Другие, например, *Bifidobacterium infantis* 35624, уменьшают вздутие живота и иные кардинальные симптомы СРК.
- Лечение антибиотиком рифаксимином 3 × 550 мг/сут показало уменьшение вздутия у некоторых пациентов с СРК. В странах, где дозировка 550 мг не доступна, можно использовать схему 3 × 400 мг/сут. Наиболее высокая частота ответа у пожилых пациентов и у женщин [29]. Рифаксимин хорошо переносим и к настоящему времени показал свою безопасность и эффективность при повторном лечении пациентов, у которых развился рецидив после первого эффективного курса [31].

5.4 Психологические и другие виды лечения

Общие нефармакологические рекомендации

- Обсудить с пациентом его тревоги. Это уменьшает количество жалоб; цель – устранить ненужное волнение.
- Уменьшать поведение избегания. Пациент может избегать определенной активности из страха вызвать появление симптомов, однако поведение избегания оказывает негативное влияние на прогноз заболевания.
- Обсудить страх развития рака.
- Обсудить и постараться разрешить стрессовые факторы.
- Регулярный прием пищи, прием достаточного количества жидкости и соответствующая физическая нагрузка могут оказывать (общий)

положительный эффект, но адекватных доказательств того, что это влияет на СРК нет.

Психологические вмешательства

Кроме общих подходов, описанных выше, для установления отношений врач-пациент с СРК, в некоторых обстоятельствах и в зависимости от доступности соответствующих ресурсов и опыта, могут также применяться более формальные психологические вмешательства. Они могут включать:

- Когнитивную поведенческую терапию (КПТ), в группе или в индивидуальном порядке. КПТ показала превосходные результаты, но ее рутинное применение ограничено доступностью и трудоемкостью [21,26]. Поведенческие техники направлены на модификацию дисфункционального поведения посредством:
 - Релаксационных техник
 - Ситуационным управлением (вознаграждением за здоровое поведение)
 - Развитием уверенности в себе
- Гипноз: Направленный на работу кишечника гипноз должен быть рекомендован пациентам с СРК, рефрактерным к традиционному (лекарственному) лечению [35]. Он имеет высокий уровень безопасности и переносимости, и существуют доказательства устойчивой эффективности, по контрасту с лекарственной терапией [35]. Гипноз должен проводиться лицензированным гипнотерапевтом, обученным этой технике [35]. Групповое лечение более экономно по времени, чем индивидуальные занятия, и, по меньшей мере, так же эффективно [35]. Ежедневная практика пациентов с помощью аудиозаписей повышает эффективность; тренировки и приобретенный опыт нужно регулярно обсуждать с пациентами [35]. Тем не менее, рандомизированные контролируемые исследования предоставляют только ограниченные доказательства. Необходимо дальнейшее проведение таких исследований для выработки четких диагностических критериев. Они должны включать динамическое наблюдение в течение года, а также охватывать пациентов с впервые выявленным заболеванием и пациентов, резистентных к лечению [36]. Ограниченная доступность и трудоемкость гипнотерапии мешают ее рутинному применению [21].

Рабочая Группа Американского Колледжа Гастроэнтерологии (АКГ) [37] сделала заключение о том, что психологические методы лечения, включая когнитивную терапию, динамическую психотерапию и гипнотерапию, исключая, однако, релаксационную терапию, более эффективны в купировании общих симптомов СРК, чем обычное лечение. Тем не менее, Ford et al. [20] показали, что качество доказательств крайне низкое и результаты только очень незначительно превосходят обычные методы лечения или контрольную группу. За исключением единственного исследования, данные методы терапии не показали превосходства по сравнению с плацебо. Устойчивость ответа на них стоит под вопросом.

В отношении гербальной терапии и акупунктуры Рабочая Группа АКГ сделала заключение, что доступные результаты рандомизированных контролируемых исследований, изучавших в основном уникальные китайские травяные смеси, показывают их эффективность. Тем не менее, не представлялось возможности объединить данные этих исследований в осмысленный мета-анализ, и, в целом,

эффективность китайской гербальной терапии СРК продолжает потенциально зависеть от переменных компонентов и их чистоты. Также существует проблема возможной токсичности любых китайских травяных смесей, особенно в свете перспективы развития печеночной недостаточности. Систематический обзор исследований по акупунктуре был неубедителен из-за неоднородности результатов. Необходимы дальнейшие исследования по гербальной терапии и акупунктуре, прежде чем будет возможно разработать какие-либо рекомендации для их применения.

5.5 Прогноз

У большинства пациентов с СРК симптомы, по всей видимости, будут персистировать, но не ухудшаться. У некоторых пациентов они могут стать более выраженными, а некоторые больные полностью восстановятся.

Факторы, которые могут негативно влиять на прогноз, включают:

- Поведение избегания, связанное с симптомами СРК
- Тревога по поводу определенного медицинского состояния
- Нарушение функций в результате симптомов
- Длительный анамнез симптомов СРК
- Хронический продолжающийся стресс
- Сопутствующие психиатрические заболевания

Подходы врача, которые благотворно влияют на исход заболевания:

- Признание наличия заболевания
- Информация о СРК для пациента
- Ободрение пациента

5.6 Динамическое наблюдение

В случаях умеренного течения заболевания в основном не возникает необходимости в длительном наблюдении и консультациях, если не имеется:

- Персистирования симптомов со значительным неудобством или дисфункцией.
- Серьезного беспокойства пациента по поводу своего состояния.
- Персистирующей диареи > 2 недель.
- Персистирования запоров без ответа на терапию.
- Угрожающих признаков развития серьезного заболевания желудочно-кишечного тракта:
 - Ректального кровотечения
 - Анемии
 - Непреднамеренной потери веса
 - Рака ободочной кишки в семейном анамнезе
 - Лихорадки
 - Значительного изменения в схеме симптомов
- Необходимо помнить о развивающихся нарушениях приема пищи:
 - Большинство пациентов с СРК пробуют какие-либо манипуляции с диетой.
 - Это может привести к нутриционально неадекватной диете или употреблению избыточного количества фруктов, кофеина, молочных продуктов и клетчатки.

— Тенденция к нарушениям приема пищи чаще всего встречается у пациенток с СРК.

6 Приложение: полезные ресурсы

- Монография 2014 года Американского Колледжа Гастроэнтерологии по ведению синдрома раздраженного кишечника и хроническому идиопатическому запору:

Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 2014;109 Suppl 1:S2–26; quiz S27. doi: [10.1038/ajg.2014.187](https://doi.org/10.1038/ajg.2014.187).

- Основанные на доказательствах практические рекомендации 2012 года Британской Диетической Ассоциации по диетическому ведению синдрома раздраженного кишечника у взрослых:

McKenzie YA, Alder A, Anderson W, Wills A, Goddard L, Gulia P, et al. British Dietetic Association evidence-based guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults. *J Hum Nutr Diet* 2012;25:260–74. doi: [10.1111/j.1365-277X.2012.01242.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01242.x).

- Азиатский консенсус 2010 года (Азиатская Ассоциация Нейрогастроэнтерологии и Моторики) по синдрому раздраженного кишечника:

Gwee KA, Bak YT, Ghoshal UC, Gonlachanvit S, Lee OY, Fock KM, et al. Asian consensus on irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:1189–205. doi: [10.1111/j.1440-1746.2010.06353.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2010.06353.x).

- Практические рекомендации 2007 года Британского Общества Гастроэнтерологии по механизмам и практическому ведению синдрома раздраженного кишечника:

Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut* 2007;56:1770–98. Erratum in: *Gut* 2008;57:1743. doi: [10.1136/gut.2007.119446](https://doi.org/10.1136/gut.2007.119446).

Ссылки

1. Azpiroz F, Bouin M, Camilleri M, Mayer EA, Poitras P, Serra J, et al. Mechanisms of hypersensitivity in IBS and functional disorders. *Neurogastroenterol Motil* 2007;19(1 Suppl):62–88.
2. Porrás R, López-Colombo A, Schmulson M. Increase in Mexican and Latin American scientific articles on irritable bowel syndrome. *Rev Gastroenterol Mex* 2015;80:228–35.
3. Veitia G, Pernaletе B, Cachima L, Manuitt J, La Cruz M, Da Farias A, et al. Prevalencia del síndrome intestino irritable en la población adulta venezolana. *Rev GEN* 2013;67:139–44.
4. Bujanda L, Gutiérrez-Stampa MA, Caballeros CH, Alkiza ME. [Gastrointestinal disorders in Guatemala and their relation with parasitic infections]. *An Med Interna* 2002;19:179–82.
5. O'Connor OJ, McSweeney SE, McWilliams S, O'Neill S, Shanahan F, Quigley EMM, et al. Role of radiologic imaging in irritable bowel syndrome: evidence-based review. *Radiology* 2012;262:485–94.
6. Dang J, Ardila-Hani A, Amichai MM, Chua K, Pimentel M. Systematic review of diagnostic criteria for IBS demonstrates poor validity and utilization of Rome III. *Neurogastroenterol Motil* 2012;24:853–e397.

7. Slattery SA, Niaz O, Aziz Q, Ford AC, Farmer AD. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of bile acid malabsorption in the irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;42:3–11.
8. Barkun AN, Love J, Gould M, Pluta H, Steinhart H. Bile acid malabsorption in chronic diarrhea: pathophysiology and treatment. *Can J Gastroenterol* 2013;27:653–9.
9. Wedlake L, A'Hern R, Russell D, Thomas K, Walters JRF, Andreyev HJN. Systematic review: the prevalence of idiopathic bile acid malabsorption as diagnosed by SeHCAT scanning in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:707–17.
10. Olano C, Rodriguez X, Aleman A, Rodriguez N, Pigni S, Cabrera G, et al. P1461/ Functional gastrointestinal disorders (FD/IBS/etc.) Symptoms of irritable bowel syndrome in celiac patients; relationship to disease activity [poster presentation]. *J Gastroenterol Hepatol* 2013;28(Suppl 3):574.
11. Stark D, van Hal S, Marriott D, Ellis J, Harkness J. Irritable bowel syndrome: a review on the role of intestinal protozoa and the importance of their detection and diagnosis. *Int J Parasitol* 2007;37:11–20.
12. Sarafraz S, Farajnia S, Jamali J, Khodabakhsh F, Khanipour F. Detection of *Dientamoeba fragilis* among diarrheal patients referred to Tabriz health care centers by nested PCR. *Trop Biomed* 2013;30:113–8.
13. Yakoob J, Jafri W, Beg MA, Abbas Z, Naz S, Islam M, et al. Irritable bowel syndrome: is it associated with genotypes of *Blastocystis hominis*? *Parasitol Res* 2010;106:1033–8.
14. Langenberg MCC, Wismans PJ, van Genderen PJJ. Distinguishing tropical sprue from celiac disease in returning travellers with chronic diarrhoea: a diagnostic challenge? *Travel Med Infect Dis* 2014;12:401–5.
15. Yamada E, Inamori M, Uchida E, Tanida E, Izumi M, Takeshita K, et al. Association between the location of diverticular disease and the irritable bowel syndrome: a multicenter study in Japan. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1900–5.
16. Ford AC, Chey WD, Talley NJ, Malhotra A, Spiegel BMR, Moayyedi P. Yield of diagnostic tests for celiac disease in individuals with symptoms suggestive of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009;169:651–8.
17. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1582–91; quiz 1581, 1592.
18. Lovell RM, Ford AC. Prevalence of gastro-esophageal reflux-type symptoms in individuals with irritable bowel syndrome in the community: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:1793–801; quiz 1802.
19. Halpin SJ, Ford AC. Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:1474–82.
20. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 2014;109 Suppl 1:S2–26; quiz S27.
21. Vanuytsel T, Tack JF, Boeckxstaens GE. Treatment of abdominal pain in irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol* 2014;49:1193–205.
22. Brenner DM, Moeller MJ, Chey WD, Schoenfeld PS. The utility of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1033–49; quiz 1050.
23. Moayyedi P, Ford AC, Talley NJ, Cremonini F, Foxx-Orenstein AE, Brandt LJ, et al. The efficacy of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Gut* 2010;59:325–32.
24. Hungin APS, Mulligan C, Pot B, Whorwell P, Agréus L, Fracasso P, et al. Systematic review: probiotics in the management of lower gastrointestinal symptoms in clinical practice—an evidence-based international guide. *Aliment Pharmacol Ther* 2013;38:864–86.

25. Khanna R, MacDonald JK, Levesque BG. Peppermint oil for the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Gastroenterol* 2014;48:505–12.
26. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EMM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009;58:367–78.
27. Shah E, Kim S, Chong K, Lembo A, Pimentel M. Evaluation of harm in the pharmacotherapy of irritable bowel syndrome. *Am J Med* 2012;125:381–93.
28. Bundeff AW, Woodis CB. Selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of irritable bowel syndrome. *Ann Pharmacother* 2014;48:777–84.
29. Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, Chey WD. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:28–35; quiz 36.
30. Iorio N, Malik Z, Schey R. Profile of rifaximin and its potential in the treatment of irritable bowel syndrome. *Clin Exp Gastroenterol* 2015;8:159–67.
31. Schoenfeld P, Pimentel M, Chang L, Lembo A, Chey WD, Yu J, et al. Safety and tolerability of rifaximin for the treatment of irritable bowel syndrome without constipation: a pooled analysis of randomised, double-blind, placebo-controlled trials. *Aliment Pharmacol Ther* 2014;39:1161–8.
32. Wensel TM, Luthin DR. Linaclotide: a novel approach to the treatment of irritable bowel syndrome. *Ann Pharmacother* 2011;45:1535–43.
33. Atluri DK, Chandar AK, Bharucha AE, Falck-Ytter Y. Effect of linaclotide in irritable bowel syndrome with constipation (IBS-C): a systematic review and meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil* 2014;26:499–509.
34. Ford AC, Brandt LJ, Young C, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Moayyedi P. Efficacy of 5-HT₃ antagonists and 5-HT₄ agonists in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1831–43; quiz 1844.
35. Schaefer R, Klose P, Moser G, Häuser W. Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2014;76:389–98.
36. Rutten JMTM, Reitsma JB, Vlioger AM, Benninga MA. Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: a systematic review. *Arch Dis Child* 2013;98:252–7.
37. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome, Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Schiller LR, Schoenfeld PS, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009;104 Suppl 1:S1–35.