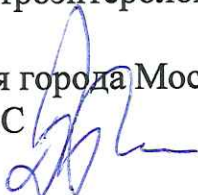


**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**СОГЛАСОВАНО**

Главный внештатный  
Специалист- гастроэнтеролог Де-  
партамент  
здравоохранения города Москвы  
д.м.н. Бордин Д.С



«20» ноября 2019 г.

**РЕКОМЕНДОВАНО**

Экспертным советом по науке  
Департамента здравоохранения го-  
рода Москвы



«30» ноября 2019 г.

**СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА  
(диагностика и лечение)**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ № 107**

Москва 2019

УДК 616.34

ББК 54.133

Син 38

**Учреждения разработчики**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»

**Авторы:**

**Парфенов Асфольд Иванович**, д.м.н., профессор, зав. отделом патологии кишечника ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы

**Ручкина Ирина Николаевна**, д.м.н., ведущий н.с. отдела патологии кишечника ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы

**Фирсова Людмила Дмитриевна**, д.м.н., зав.лабораторией клинической психологии ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы

**Дюкова Галина Михайловна**, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней ИПО, ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы.

**Вязникова Алина Александровна** – лаборант лаборатории функциональных заболеваний ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы

**Рецензенты:**

**Самсонов Алексей Андреевич** - доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ), г. Москва.

**Алексеев Владимир Григорьевич**, д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, консультант-терапевт Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С.П.Боткина Департамента здравоохранения города Москвы»

Методические рекомендации предназначены слушателям курсов дополнительного профессионального образования врачей, ординаторам, аспирантам, студентам медицинских вузов, врачам общей практики, терапевтам, гастроэнтерологам и колопроктологам.

Методические рекомендации являются собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежат тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Авторы несут ответственность за представленные данные в методических рекомендациях.

## Содержание

1. Сокращения	4
2. Введение	5
3. Эпидемиология	5
4. Этиология и патогенез	5
4.1. Роль психосоматических нарушений	6
4.2. Роль кишечных инфекций и микробиоты кишечника	6
4.3. Значение состава рациона питания	7
4.4. Другие причины развития синдрома раздраженного кишечника	7
5. Клинические критерии	7
6. Классификация	8
7. Формулировка диагноза	9
8. Диагностика	10
9. Дифференциальный диагноз	13
10. Комплексная терапия	14
10.1. Принципы лечебного питания	14
10.2. Лечебное питание при синдроме раздраженного кишечника с диареей	15
10.3. Лечебное питание при синдроме раздраженного кишечника с запорами	16
10.4. Медикаментозная терапия болевого синдрома	17
10.5. Медикаментозная терапия синдрома раздраженного кишечника с диареей	17
10.6. Медикаментозная терапия синдрома раздраженного кишечника с запором	18
10.7. Медикаментозная терапия при метеоризме	19
10.8. Иммуномодуляторы	19
10.9. Психофармакологические препараты	19
11. Реабилитация больных	20
12. Прогноз	20
13. Заключение	20
14. Литература	22

## **1.Сокращения:**

СРК-синдром раздраженного кишечника

ЦНС- центральная нервная система

ЖКТ- желудочно-кишечный тракт

ПСРК- постинфекционный синдром раздраженного кишечника

Ил- интерлейкин

ФНО-α - фактор некроза опухоли

СРКд - синдром раздраженного кишечника с диареей

СРКз -синдром раздраженного кишечника с запором

СРКс- синдром раздраженного кишечника смешанная форма

СРКн - неклассифицируемый вариант СРК

СОТК- слизистая оболочка тонкой кишки

**FODMAP** (Fermentable Oligosaccharides Disaccharides Monosaccharides And Polyols) – диета с низким содержанием олигоди- и олиго-моносахаридов и полиолов

КОЕ- колониеобразующие единицы

## 2. ВВЕДЕНИЕ

Функциональная патология органов пищеварения занимает ведущее место среди всех заболеваний желудочно-кишечного тракта. Лидером функциональных заболеваний является синдром раздраженного кишечника (СРК), в развитии которого играют роль психосоциальные воздействия и сенсорно-моторной дисфункция (нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника). Патогенез заболевания не связан со структурными изменениями кишечника. Впервые термин СРК введен в 1988г Международной группой экспертов по изучению функциональных заболеваний в г Риме, которые в последующем получили названия « Римские критерии». В начале 90-х гг прошлого века СРК пришел на смену «хроническому энтериту», «хроническому колиту» и «хроническому энтероколиту», в связи с отсутствием признаков воспаления. В последующие годы клинические диагностические критерии СРК постоянно совершенствовались и дополнялись. В мае 2016 года на Американской гастро неделе (Digestive Disease Week) в г. Сан-Диего опубликованы очередные Римские критерии IV, позволяющие практическому врачу на основании анамнеза заболеваний и жалоб больного, без назначений инструментальных методов обследования предположить диагноз СРК.

В отличие от Клинических рекомендаций по диагностике и лечению СРК, подготовленных в 2016 г Российской гастроэнтерологической ассоциацией и Ассоциацией колопроктологов России, настоящие рекомендации дополнены исследованиями, входящими в обязательные медицинские стандарты и дополнительными методами исследования, необходимыми для дифференциальной диагностики с дисахаридазной недостаточностью (энтеропатия с нарушением мембранного пищеварения).

При формулировке диагноза СРК нами предложено учитывать психосоматические нарушения и изменения микрофлоры кишечника. Дана характеристика диетических рекомендаций в зависимости от клинических проявлений СРК: подробно расписана диета FODMAP, применяемая при СРК с диареей (СРКд).

В комплексную терапию постинфекционного СРК (ПСРК) включены иммуномодуляторы и дано их обоснование. При лечении психосоматических нарушений предлагается использовать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина.

**Цель** настоящих методических рекомендаций: помочь врачу поликлиники установить диагноз СРК, рационально используя лабораторно-инструментальные методы, повысить эффективность лечения.

## 3. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

Распространенность СРК в разных странах мира колеблется от 10 до 15% среди трудоспособного населения. Анализ эпидемиологических исследований, выполненных в последние годы, показал, ежегодный прирост на 1% заболеваемости СРК в развитых странах. Две трети из них, как правило, к врачам не обращаются, не считая себя больными, но от 5 до 10% пациентов повторно посещают поликлиники и часто не ощущают улучшения от лечения. Кроме того, около 25% из них обращаются к врачам смежных специальностей, в связи с внекишечными симптомами. Пик заболеваемости приходится на молодой возраст от 24 до 40 лет. У женщин СРК встречается в 1,5 – 2 раза чаще, чем у мужчин. [1,2]

## 4. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Согласно Римским критериям IV 2016г, СРК относится к полиморбидным заболеваниям и в его развитии играют роль генетическая предрасположенность, психосоциальные факторы (прежде всего стресс), нарушения взаимодействия оси « головной мозг- кишечник». Большая роль принадлежит кишечным инфекциям и нарушениям микробиоты, приводящим к изменениям проницаемости кишечника, формированию

низкой степени активности воспаления и повреждению энтеральной нервной. Патологическая основа СРК включает снижение порога висцеральной чувствительности и нарушения моторной функции кишечника. Несмотря на многолетнюю историю изучения заболевания универсального специфичного биологического маркера не найдено [1,3].

#### 4.1. РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Согласно современной концепции у большинства больных СРК развивается в виде биопсихосоциального варианта, при котором нарушается взаимодействие оси "мозг-кишка" (disorders of gut-brain interaction). В качестве пускового механизма играют роль стрессовые ситуации, приводящие к нарушению механизмов адаптации к преодолению стрессов (нарушения копинга). Для развития СРК имеет значение генетическая предрасположенность, недостаточная социальная поддержка общества, личностные особенности больного и тип нервной системы. Сочетание этих факторов приводит к формированию клинических проявлений СРК. С другой стороны, нарушения моторики и повышенная висцеральная чувствительность кишечника ведут к выработке афферентных импульсов, достигающих по чревному стволу и блуждающему нерву центральных подкорковых и корковых отделов, изменяющих функцию центральной нервной системы (ЦНС). Для биопсихосоциальной модели СРК характерно большое количество внекишечных проявлений, связанных с нарушениями вегетативной нервной системы; развитие неврозов, тревожного и ипохондрического синдромов, депрессии, психопатии, фобии и др. Больные проявляют повышенное внимание к состоянию своего здоровья, склонны к пессимизму, для них характерно отсутствие самокритичности, самоуверенности. Большинство из них чувствуют себя плохо, трудоспособность снижена или полностью утрачивается. Качество жизни, измеряемое по специальным шкалам, крайне низкое и сравнимо с тяжелыми соматическими заболеваниями. Несмотря на психосоматические нарушения, состояние больных остается удовлетворительным, прогрессирования заболевания не наблюдается даже при многолетнем анамнезе [4].

В последнем консенсусе Римских критериев-IV введено понятие синдрома «перекреста» функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта ( ЖКТ) (overlap syndrome), развитие которого связано с общим патогенетическим механизмом - психосоматическими нарушениями. СРК чаще всего сочетается с функциональной диспепсией. У больных допускается возможность развития одновременно нескольких функциональных заболеваний или их трансформация из одной формы в другую. Коморбидность СРК усложняет ведение пациентов, вызывает трудности выбора препаратов практическими врачами и объясняет низкий уровень приверженности больных к проводимому лечению [4,5,6].

#### 4.2. РОЛЬ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ И МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА

Замечено, что у 24- 32% больных после перенесенных инфекционных гастроэнтероколитов формируется функциональное заболевание- постинфекционный (ПСРК). В МКНЦ имени А. С. Логинова установлено, что из 750 больных СРК приблизительно у 60 % развился ПСРК, доказанный выявленными антигенами кишечных инфекций, которые длительно циркулировали в биологических средах больных [7]. В результате взаимодействия с иммунной системой, микроорганизмы теряют вирулентность, приобретают склонность к внутриэпителиальному паразитированию. Длительная циркуляция антигенов кишечных инфекций приводят к снижению напряженности иммунной системы, прежде всего, клеточного иммунитета ( активности макрофагов, моноцитов) и к дефициту секреторного иммуноглобулина А). Создаются условия для развития рецидивирующего дисбактериоза кишечника. Рост условно-патогенной микрофлоры в просвете кишечника приводит к повреждению муцинового слоя, наруше-

нию белков плотных контактов (окклюдинов и клаудинов), снижению проницаемости кишечного эпителия к антигенам микробных клеток и активации иммунной системы. В слизистой оболочке развивается субклиническое микроскопическое воспаление слизистой оболочки (low-grade), увеличивается численность энтерохроматофиновых и тучных клеток, лимфоцитов в слизистой оболочке кишки, возрастает активность провоспалительных цитокинов (Ил-6, ФНО- $\alpha$  и др.). Синтезируются биологически активные вещества (гистамин, серотонин, ацетилхолин), нарушающие моторику кишечника. Происходит повреждение нейронов энтеральной нервной системы и сигналы по чувствительным нервным волокнам поступают в задний рог спинного мозга и далее в ЦНС. Происходит гиперактивация высших нервных центров (в первую очередь лимбической системы), приводящая к усиленной эфферентной иннервации кишечника и формированию клинических проявлений ПСРК [1,7,8].

#### 4.3. ЗНАЧЕНИЕ СОСТАВА РАЦИОНА ПИТАНИЯ

Рядом ученых установлено, что включение в рацион плохо всасываемых углеводов: ферментируемые олиго-, ди-, моносахариды и сахарные спирты могут привести к клиническим проявлениям СРК или ухудшить его течения. Развитие СРК связано с короткоцепочечными углеводами, которые не гидролизуются в просвете тонкого кишечника и приводят к избыточному бактериальному росту. Рост протеолитической микрофлоры сопровождается процессами брожения и приводит к повреждению нейронов энтеральной нервной системы, с формированием клинических проявлений СРК [6].

#### 4.4. ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Важную роль в патогенезе СРК играют импульсы, идущие из пилородуоденальной, илеоцекальной областей и прямой кишки. Изменения в этих отделах ЖКТ могут служить источником патологических висцеро-висцеральных рефлексов, а также дегенеративных изменений в нервных структурах, иннервирующих кишечник. Такой же механизм нарушений функций кишечника, развивающихся при заболеваниях различных органов брюшной полости и малого таза (холециститах, аднекситах, простатитах и др.).

Подводя итог сказанному, подчеркнем, что этиология СРК остается не известной, о чем свидетельствует синдромальный подход к диагнозу. В основе патогенеза лежат нарушения висцеральной чувствительности и моторики кишечника, которые вызываются дисфункцией центральной нервной системы, кишечной микрофлоры и иммунной системы. Основанием для отнесения СРК к функциональной патологии служит отсутствие в кишечнике морфологических изменений, которыми можно было бы объяснить имеющиеся клинические симптомы. Тем не менее, с теоретических позиций чисто функциональной патологии не может быть в принципе, т. к. функция органа всегда является отражением структурных изменений. Поэтому отсутствие эндоскопических и микроскопических изменений в кишечнике при обычной световой микроскопии еще не исключает их наличия на более высоком уровне. Он может приближаться к молекулярному, поэтому возможности их выявления определяются развитием соответствующих технологий.

### 5. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Определение, основанное на сегодняшних достижениях клинической медицины. СРК – функциональное заболевание, характеризуется нарушениями моторно-эвакуаторной функции кишечника, клиническими проявлениями которого являются

рецидивирующая абдоминальная боль связанная с изменениями формы и/или частоты стула. В патогенезе заболевания играют роль генетическая предрасположенность, психосоматические нарушения, кишечные инфекции и изменения микробиоты.

**Клинические критерии СРК включают:**

1. Рецидивирующую абдоминальную боль, возникающая не реже 1 раза в неделю за последние 3 месяца и сочетается с 2 или более признаками :

- связана с актом дефекации;
- с изменением частоты стула; и/или
- с изменением формы стула

2. Длительность болезни не менее 6 месяцев до момента обращения к специалистам.

Согласно Римским критериям, основным диагностическим признаком СРК является болевой синдром, который может возникать как до, так и после акта дефекации. Дополнительными критериями СРК являются: вздутие и урчание в животе, императивные позывы, чувство неполного опорожнения кишечника, дополнительные потуживания при акте дефекации, примесь слизи в стуле [1,6].

В Консенсусе Рим-IV большое значение придается «тревожным симптомам», выявление которых ставит под сомнение диагноз СРК и является основанием для обследования органов пищеварения с целью выяснения их причины.

**«Тревожные симптомы»**

- Ректальные кровотечения
- Снижение веса тела
- Хроническая диарея
- Постоянное напряжение мышц живота
- Изменения в клинических анализах(анемия, лейкоцитоз, гипопропротеинемия, электролитные нарушения, изменения печеночных проб, наличие скрытой крови в кале, выявление токсинов А, В Clostridium difficile и др.)
- Лихорадка
- Начало болезни у лиц старше 50 лет
- Отягощенная наследственность (рак или воспалительные заболевания кишечника у родственников)
- Ночная симптоматика

Для больных с биопсихосоциальном вариантом СРК характерно большое количество внекишечных симптомов: тошнота, чувство переполнения в подложечной области после приема небольшого количества пищи, чувство – «кома» в горле, похолодание конечностей, неудовлетворенность вдохом, сонливость или бессонница, слабость, быстрая утомляемость, эмоциональная лабильность, миалгии, дизурические явления( гиперактивный мочевого пузырь), дисменорея, нарушение в сексуальной сфере ( нарушения эректильной функции и др.) [4,6].

**6. КЛАССИФИКАЦИЯ**

Клиническая классификация СРК основана на изменениях консистенции стула, согласно Бристольской шкале (таблица 1).

Таблица1. Бристольская шкала стула

Тип стула	Форма стула
1 тип	Отдельные твердые комки, по типу «орехов», трудно продвигаются
2 тип	В форме комковатой колбаски
3 тип	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью
4 тип	В форме колбаски или «змеи», гладкий и мягкий
5 тип	Мягкие маленькие шарики с ровными краями
6 тип	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный кал
7 тип	Водянистый, без твердых частиц

В зависимости от формы стула выделяют следующие формы СРК:

1. СРК с запором (СРКз): более чем в 25% дефекаций форма кала соответствует типам 1–2 по Бристольской шкале (твердый бобовидный стул или в форме комковатой колбаски), менее чем в 25% — типам 6–7.

2. СРК с диареей (СРКд): более чем в 25% дефекаций форма кала соответствует типам 6–7 по Бристольской шкале (кашицеобразный или водянистый), менее чем в 25% — типам 1–2.

3. Смешанный тип СРК (СРКс): более чем в 25% дефекаций форма кала соответствует типам 1–2 по Бристольской шкале и более чем в 25% — типам 6–7. У одного и того же пациента может отмечать понос, который сменяется запором.

4. Неклассифицируемый вариант СРК (СРКн): жалобы пациента соответствуют диагностическим критериям СРК, нет отчетливого изменения формы стула. Как правило, пациенты отмечают болевой синдром, который уменьшается после отхождения газов без четкого изменения формы стула. [1,6].

В клинической практике врачей преимущественно встречаются больные с измененной формой стула (СРКд, СРКз, СРКс).

В соответствии с МКБ-10 СРК имеет номенклатуру 071.100 и две формы:

- || СРК с преобладанием диареи (K58.0),
- || СРК без диареи (K58.9),

## 7. ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

При построении диагноза необходимо учитывать изменения формы стула у пациента, наличие психосоматических нарушений, указание в анамнезе на перенесенные кишечные инфекции и нарушения микрофлоры кишечника.

Формулировка диагноза СРК с «психосоматическими» нарушениями, как правило, вызывают у больных негативную реакцию. Поэтому данный термин может быть заменен на «соматоформные» нарушения. Гастроэнтерологи, оценивая эмоциональный фон больных, ставят синдромальный диагноз (астенический синдром, дисфункция вегетативной нервной системы, астено-вегетативный синдром). Но такие диагнозы как «тревожный синдром», «тревожно-ипохондрический синдром», «депрессия» устанавливает психиатр.

**Примеры формулировки диагноза:**

СРК смешанная форма. Соматоформные нарушения (дисфункция вегетативной нервной системы);

СРК с запором. Соматоформные нарушения (астенический синдром).

ПСРК с диареей. Дисбактериоз кишечника.

ПСРК смешанная форма. Избыточный бактериальный рост в просвете тонкой кишки;

## 8. ДИАГНОСТИКА

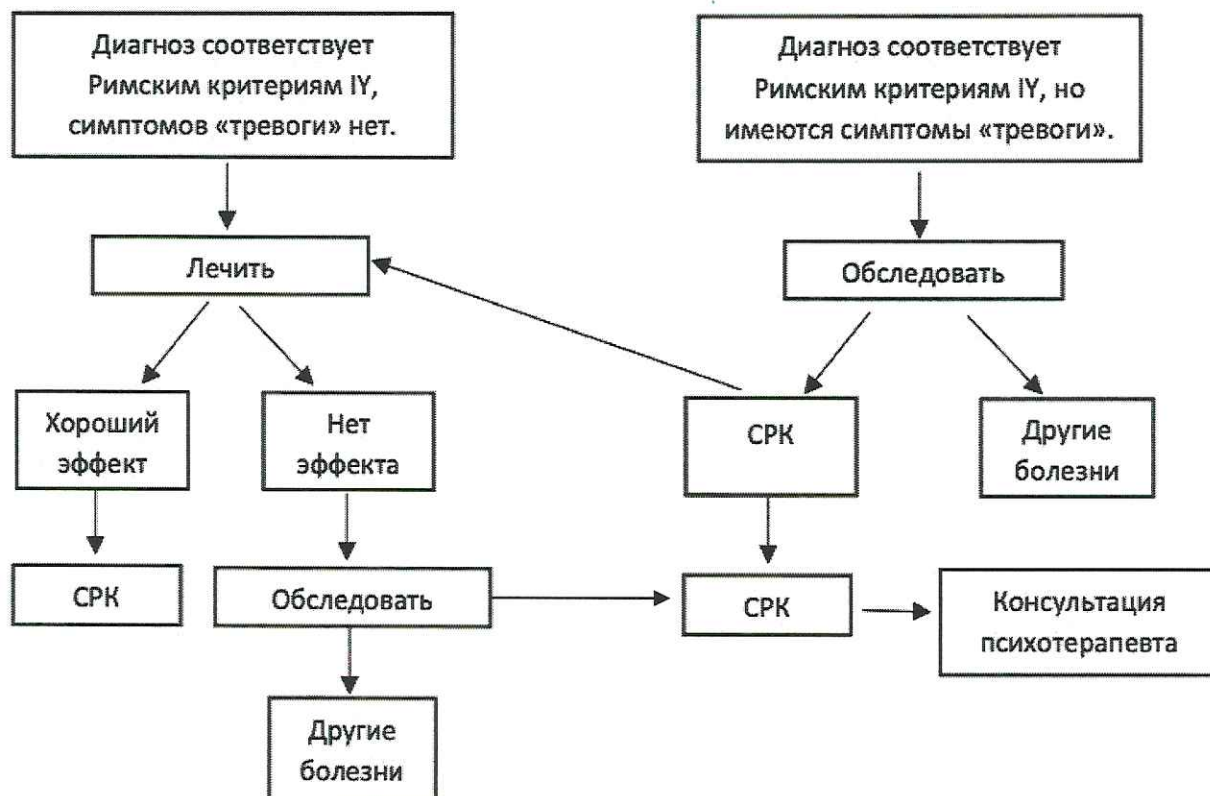
Диагностика СРК основывается на клинических критериях «Рим- IV» 2016 г с учетом симптомов «тревоги». На схеме представлена последовательность диагностики СРК.

Согласно предлагаемому алгоритму, в случае полного соответствия клинических симптомов Римским критериям при отсутствии «тревожных» симптомов больному следует назначить лечение в соответствии с указанным ниже стандартом. Хороший эффект лечения служит подтверждением правильности диагноза. При отсутствии улучшения необходимо повторно проанализировать соответствие симптомов клиническим критериям и провести стандартное лабораторно-инструментальное обследование. Если диагноз остается прежним, то больного необходимо проконсультировать у психиатра с целью выявления психосоматических нарушений и назначения соответствующего лечения.

Больным, имеющим, помимо симптомов, свойственных СРК, «тревожные» симптомы, обследование назначают сразу же. В случае подтверждения СРК, больному назначают стандартное лечение и консультацию психиатра в случае отсутствия эффекта.

Таким образом, в поликлинической практике диагностика СРК должна основываться на Римских критериях IV, что позволит избежать грубых ошибок, связанных с несвоевременным выявлением онкологических и воспалительных заболеваний кишечника.

Схема. Алгоритм диагностики СРК



В условиях гастроэнтерологического стационара диагноз СРК должен быть диагнозом исключения. Это связано с тем, что под маской СРК могут скрываться целиакия, микроскопический колит, болезнь Крона, антибиотико - ассоциированная диарея,

дивертикулярная болезнь, эндокринопатии, паразитарные заболевания и др. заболевания внутренних органов).

Ниже представлен стандарт обследования больных СРК, рекомендуемый для практических врачей с целью выявления симптомов «тревоги» (таблица 2).

Таблица 2. Обязательные лабораторные методы исследования.

Показатель	Целесообразность	Кратность *
Общий анализ крови	Скрининг	Однократно
Общий анализ мочи	Скрининг	Однократно
Копрограмма	Скрининг	Однократно
Бактериологический анализ кала	Исключить острую кишечную инфекцию	Однократно
Анализ кала на скрытую кровь	Дифференциальный диагноз с воспалительными или онкологическими заболеваниями толстой кишки	Однократно
Анализ кала общий	Скрининг	Однократно
Анализ кала на яйца глист	Исключить гельминты	Однократно
Общий билирубин крови, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, креатинин	Исключить сопутствующее заболевание печени	Однократно
Ан. крови на гепатиты В и С (HBsAg, aHCV)	Исключить вирусные гепатиты	Однократно
Ан. крови на RW, ВИЧ-инфекцию	Исключить специфическое поражение ЖКТ	Однократно

Примечание:\* При отклонении показателя от нормы исследование повторяется после лечения.

При выявлении изменений в клинических анализах, больным назначается дополнительные лабораторные и инструментальные обследования для уточнения диагноза (таблицы 3,4).

Таблица 3. Дополнительные лабораторные методы исследования.

Показатель	Целесообразность	Кратность
Фекальный кальпротектин	Исключить воспалительные заболевания кишечника	Однократно
Анализ кала на токсины А, В Clostridium difficile	Исключить клостридиальную инфекцию	Однократно
Антитела к тканевой транслугаминазе IgA, G;	Исключить целиакию	Однократно
Ан крови на антитела к деамидированному глиадину IgA, IgG	Исключить целиакию	Однократно
Определение титров антител к кишечным инфекциям (шигеллез, сальмонеллез, иерсиниоз, кампилобактер)	Выявить маркеры кишечной инфекции	Однократно
ПЦР- диагностика в кале патогенной микрофлоры (шигеллы, сальмонеллы, иерсиниоз, кампилобактер)	Исключить острую кишечную инфекцию	Однократно
ПЦР- диагностика кала на энтеровирус, норовирус, астровирус, ротавирус	Исключить диарею вирусной этиологии	Однократно
Определение антител в сыворотке кро-	Исключить лямблиоз	Однократно

ви к лямблиям Ig A, G, M		
Ан крови на хромогранин А, гастрин, серотонин, ацетилхолин	Исключить нейроэндокринную опухоль	Однократно
Исследование иммуноглобулинов сы-воротки крови (А, М, G)	Иммунодефицитные за-болевания	Однократно
Продолжение таблицы 3.		
Исследование гормонов щитовидной железы	Заболевания щитовидной железы	Однократно

Таблица 4. Обязательные инструментальные исследования.

<i>Метод</i>	<i>Целесообразность</i>	<i>Кратность</i>
Ректороманоскопия	Исключить язвенный колит, опухоли прямой кишки	Однократно
Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки	Исключить целиакию, болезнь Уиппла, эозинофильный энтерит, амилоидоз	Однократно
Колонофиброскопия с осмотром дистальных отделов подвздошной кишки и биопсией слизистой толстой кишки	Исключить болезнь Крона, язвенный колит, опухоли толстой кишки, дивертикулярную болезнь толстой кишки	Однократно
Ирригоскопия	Исключить дивертикулез и опухоли толстой кишки	Однократно
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Исключить заболевание печени, желчного пузыря, поджелудочной железы,	Однократно

При отсутствии изменений в стандартных методах обследования, больным для уточнения диагноза назначают дополнительные методы обследования (таблица 5).

Таблица 5. Дополнительные инструментальные методы обследования.

Показатель	Целесообразность	Кратность
Рентгенологическое исследование желудка и тонкой кишки	Исключить опухоли тонкой кишки, болезнь Крона	Однократно
Дефекография	Исключить ректоцеле	Однократно
Допплерография сосудов брюшной полости	Исключить синдром абдоминальной ишемии	Однократно
Сфинктерометрия	Нарушения сфинктеров прямой кишки при запорах	Однократно
Баллонно-дилатационный тест	Определение висцеральной чувствительности при СРК	Однократно
Электромиография мышц тазового дна (при запорах)	Диагностическое значение	Однократно
Аноректальная манометрия	Диагностическое значение	Однократно
Магнитно-резонансная томография брюшной полости	Диагностическое значение	Однократно
Компьютерная томография с энтерографией	Исключить болезнь Крона и опухоли тонкой кишки	Однократно

Ультразвуковое исследование кишечника	Диагностическое значение	Однократно
Водородный дыхательный тест с лактулозой, лактозой	Диагностика избыточного бактериального роста в просвете тонкой кишки, лактазная недостаточность	Однократно

Продолжение таблицы 5.

Дыхательный водородно-метановый тест с лактулозой	Диагностика избыточного бактериального роста	Однократно
Биохимическое исследование биоптата слизистой оболочки нисходящего отдела 12-перстной кишки	Диагностика энтеропатии с нарушением мембранного пищеварения (лактазной и др. видов дисахаридазной недостаточности)	Однократно

При наличии внекишечных симптомов проводятся консультации соответствующих специалистов (таблица 6).

Таблица 6. Консультации специалистов.

<i>Специалист</i>	<i>Целесообразность</i>	<i>Кратность</i>
Эндокринолог	Тиреотоксикоз, гипотиреоз	Однократно
Гинеколог	Гинекологические заболевания	Однократно
Уролог	Простатит, аденома предстательной железы	Однократно
Инфекционист	Острые кишечные инфекции	Однократно
Психоневролог или психотерапевт	Психосоматические нарушения	Двукратно: до и после лечения
Ревматолог	Миалгии	Однократно

В результате проведенного комплексного обследования устанавливается окончательный диагноз заболевания.

## 9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз с энтеропатией с нарушением мембранного пищеварения основан на сниженных показателях активности ферментов в биоптатах слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК). При этом слизистая оболочка обычно или умеренно воспалена, или не изменена. Активность дисахаридаз в биоптатах СОТК определяют биохимическим методом А. Dahlqvist [9] в модификации Р. Trinder [10].

Активность ферментов выражают в нанограммах освобожденной глюкозы на 1 мг ткани в минуту (нг глюкозы/мг ткани × мин). В таблице 7 показана активность карбогидраз в СОТК в норме.

Таблица 7. Активность карбогидраз в слизистой оболочке дистального отдела двенадцатиперстной кишки в норме.

Контрольная группа (n=80)	Активность карбогидраз, нг глюкозы/мг ткани × мин			
	глюкоамилаза	мальтаза	сахараза	лактаза
M±m	618,5±315,7	852,3±248,5	176,1±77,1	57,6±27,64
Диапазон активности (M±2s)	100–1571	558–1323	91–348	17–148

Дифференциальный диагноз проводится также с другими заболеваниями тонкой кишки и должен основываться на исключении симптомов нарушенного всасывания, которые проявляются качественными и количественными нарушениями питания. В ранних стадиях это выражается в снижении веса тела в условиях полноценного питания, в дальнейшем появляются клинические симптомы: полигиповитаминозов, нарушений трофики, минерального, белкового и водного обменов, полигландулярной недостаточности.

Качественные нарушения питания проявляются сухостью и шелушением кожи, изменением ее окраски (своеобразный грязно-серый оттенок), появлением пигментных пятен на лице, кистях и голенях. В углах рта или у крыльев носа могут появляться мокнущие трещины. Ногти становятся тусклыми, истонченными, истерченными, расслаиваются. Иногда возникают нарушения свертываемости крови и появляются кровоизлияния на коже и слизистых. Изменяется язык. Он становится рыхлым, отечным, иногда малиново-красным с гипертрофированными сосочками и глубокими бороздами. В других случаях, наоборот, развивается атрофия сосочков, и поверхность языка становится совершенно гладкой, как бы полированной. При лабораторном исследовании в крови обнаруживается дефицит калия, кальция, железа, холестерина и белка, развивается анемия, чаще железодефицитная, реже — В<sub>12</sub> и фолиеводефицитная. Метаболические нарушения могут, кроме заболеваний тонкой кишки, развиваться при язвенном колите и болезни Крона, злокачественных новообразованиях кишечника.

Необходимо проводить дифференциальный диагноз СРК с вторичной лактазной недостаточностью, которая часто протекает с СРК-подобными клиническими проявлениями. Диагностика осуществляется с помощью дыхательного водородного теста с нагрузкой лактозой или непосредственно в биоптатах слизистой оболочки 12-перстной кишки при использовании цветового экспресс-теста.

Дифференциальный диагноз с заболеваниями толстой кишки может быть проведен с помощью лабораторных и инструментальных исследований, так как клиническая картина различных заболеваний толстой кишки, особенно в начальных стадиях, имеет много общего с функциональным заболеванием кишечника. Основную роль в дифференциальной диагностике играют рентгенологическое исследование тонкой и толстой кишок и эндоскопические методы с биопсией. Они позволяют исключить дивертикулярную болезнь, псевдомембранозный колит, антибиотик-ассоциированную диарею, полипы толстой кишки, доброкачественные и злокачественные опухоли, неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, микроскопический колит, эндометриоз толстой кишки и болезнь Гиршпрунга, а также другие аномалии развития, например, неполный поворот кишечника (мальротация). Повторные исследования кала на простейшие и яйца глистов дают возможность исключить глистные и паразитарные инвазии. Для диагностики лямблиоза дополнительно назначается исследование крови на содержание титров антител. Таким образом, гастроэнтерологи должны стремиться у каждого больного СРК установить нозологический, а не синдромный диагноз.

## **10. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ**

Комплексная терапия включает: назначение лечебного питания в зависимости от клинической формы заболевания; подбор спазмолитиков для купирования болевого синдрома; коррекцию микрофлоры кишечника при наличии дисбактериоза; назначение психофармакологических препаратов при развитии психосоматических нарушений [11,12].

### **10.1. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ**

Общие принципы питания при СРК не зависимо от клинических проявлений включают следующие требования: регулярный прием пищи, без длительных перерывов

и переяданий; отказаться от сухоядения. Лечебное питание показано больным в периоды обострения СРК и во время развития ремиссии заболевания. Выбор диеты зависит от клинических проявлений СРК

## 10.2.ДИЕТА FODMAP ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ДИАРЕЕЙ.

При СРКд больным показана диета FODMAP с низким содержанием олиго- и олиго-моносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола), которая улучшает течение заболевания. Диета FODMAP назначается на 6- 8 недель и при развитии ремиссии заболевания пищевой рацион больных постепенно расширяется [13]. Ниже приводятся списки продуктов с низким и высоким содержанием короткоцепочечных продуктов ( таблица 8,9).

Таблица 8. Список продуктов, разрешенных диетой FODMAP.

Овощи	Морковь, огурцы, болгарский перец, баклажаны, салат, фасоль, картофель, редис, томаты, шпинат, морские водоросли, кабачки, тыква
Фрукты	Клюква, черника, цитрусовые, бананы, киви, виноград, клубника, нектарин, лимон
Крупы, злаки	Кукуруза, рис, гречка, овсянка
Мясные изделия	Говядина, телятина, мясо кролика, нежирная баранина, моллюски
Мясо птицы	Курица, индейка, перепел
Рыба	Нежирные сорта рыбы( треска, хек, минтай, ледяная, окунь и др.)
Напитки	Чай, кофе, морс, фруктовые и овощные домашние соки
Молочные продукты	Твердые сыры(пармезан, чеддер, швейцарский и др) Мягкие сыры (Бри, моцарелла и др)
Альтернатива молока	Рисовое молоко, миндальное, соевое, безлактозное молоко
Масло и жиры	Все растительные жиры и животные масла

Разрешаются яйца всмятку, блюда из мяса и птицы, из нежирных сортов рыбы; гарниры из картофеля и овощей готовят в отварном виде или на пару (таблица 8).

Согласно диете FODMAP, из рациона больных необходимо исключить ряд продуктов, которые могут спровоцировать или усилить болевой синдром, процессы брожения в кишечнике (таблица 9).

Таблица 9. Список продуктов запрещенных диетой FODMAP.

Овощи	Чеснок, лук, артишок, спаржа, авокадо, фасоль, свекла, брюссельская и цветная капуста, горох, зеленый перец, чечевица, лук порей, горох
Фрукты	Яблоки, персики, абрикосы, ежевика, вишня, черешня, сливы (также сушеные), арбуз
Зерновые продукты	Продукты, содержащие пшеницу, ячмень и рожь, макароны, мука, отруби, пирожные, манка, сдобное печенье.
Орехи	Миндаль, фундук, арахис, кешью, нут
Продукты	Полуфабрикаты мясные и рыбные, консервы из птицы
Напитки	Фруктовые консервированные соки, газированные напитки, пиво, ром, вино, кокосовая водка
Сладости и подсластители	Фруктоза, глюкозо-фруктозный сироп, мед, изомальт, сорбит, мальтит, маннит, ксилит
Молочные продукты	Коровье и козье молоко, йогурты, творог, сливки, мороженое, молочная сыворотка
Напитки	Напитки, подслащенные сиропом глюкоза-фруктоза, напитки, подслащенные фруктозой, напитки, подслащенные другими подсластителями, фруктовый сок, пиво, сладкие вина

### 10.3. ДИЕТА ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ЗАПОРАМИ

Назначается диета № 3, разработанная М.И.Певзнером, с повышенным содержанием механических стимуляторов эвакуаторной функции кишечника и с исключением блюд, усиливающих брожение и гниение в кишечнике. Рекомендуется хлеб пшеничный из муки грубого помола или с добавлением пшеничных отрубей, свекла, морковь, помидоры, листовный салат, кабачки, тыква, цветная капуста. Овощи в отварном или тушеном виде. Салаты из свежих овощей с растительным маслом. Фрукты и ягоды только спелые, разрешаются в сыром виде, а также в виде соков. Из сушеных фруктов показан чернослив, курага, урюк, инжир. Молоко разрешается в блюдах не более 1 стакана в день; без ограничения кисломолочные продукты (ацидофилин, простокваша, йогурты, кефир и ряженка). Творог свежий, некислый в натуральном виде и в блюдах (запеканки, ватрушки, вареники), сыр не острый, сметана не кислая в качестве приправы. Разрешаются каши (за исключением рисовой) на молоке с добавлением кураги, чернослива, тыквы; отварная вермишель, макароны, яйца всмятку, паровые омлеты. Кисели, желе, муссы из сладких сортов ягод и фруктов. Из напитков рекомендуется чай некрепкий, кофе суррогатный, отвар шиповника, домашние морсы. Исключаются тугоплавкие жиры (свиное, говяжье и баранье сало). Не рекомендуются: редис, чеснок, щавель.

#### 10.4. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Основным диагностическим критерием СРК является болевой синдром. Для купирования болевого синдрома при СРК с успехом применяются спазмолитики различных групп: ингибиторы фосфодиэстеразы типа 4 – папаверин (120мг/сут), дротаверина гидрохлорид 20-40мг 2-3 раза в сутки; нейротропные (антихолинергические) средства — гиосцин бутил-бромид 10мг 2-3раза в сутки и дицикломин гидрохлорид 10-20мг в инъекциях при развитии кишечной колики; блокаторы кальциевых каналов-пинаверия бромид (100мг 3 раза в сутки) и отилония бромид(40мг 3р/сут); блокаторы натриевых каналов -мебеверин 200мг 3 р/сут. Регулятор моторики тримебутина малеат 100мг 3 р/сут, стимулирует энкефалиновые рецепторы, показан как при поносах, так и при запорах [11,12].

Комбинированные препараты: Альверин цитрат 60мг в сочетании с симетиконом. Оказывает спазмолитическое действие и подавляет газообразование в кишечнике. Назначается по 1 кап 3 раза в сутки; фитопрепарат – STW5: настойка из 9 видов трав, назначается по 20 кап 3р/сут. Оказывает спазмолитическое действие, противовоспалительное, подавляет газообразование в кишечнике. Отечественный препарат –колофорт содержит комбинацию антителей: к мозгоспецифическому белку S-100, к гистамину и к фактору некроза опухоли. Оказывает спазмолитическое, противовоспалительное действие; обладает анксиолитическим и антидепрессивным эффектом. Назначается по 1-2табл 2-3 р/сут, рассасывать [14].

#### 10.5. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ДИАРЕЕЙ

Для снижения пропульсивной активности кишечника хороший эффект достигается от назначения агониста  $\mu$ -опиоидных рецепторов. – лоперамид 2-6мг/сут внутрь или сочетание лоперамида с симетиконом в виде жевательных таблеток. Препарат назначается коротким курсом 2-14 дней или по требованию -при эпизодах диареи[11,12].

Кишечные антисептики. С целью подавления роста условно-патогенной микрофлоры показаны кишечные антисептики : рифаксимин 200-400мг 3р/сут , нифураксозид 200мг 3 раза в день, фуразолидон 0,1г - 3р/сут, сульфагуанидин 0.5 г- по 1-2 табл 3р/сут, фталилсульфатиазол - 0, 5г по 1-2 табл/сут. Кишечные антисептики назначаются коротким курсом 7-10 дней, при необходимости курс повторяют. Антибактериальные препараты: метронидазол 0, 5г – 3р/сут, ко-тримоксазол по 480мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней [11,15].

Препараты ацетилсалициловой кислоты, по данным клинических исследований, оказывают противовоспалительный эффект и могут быть назначены в качестве резервной линии терапии при ПСРК с диареей при недостаточном эффекте от кишечных антисептиков и пробиотиков. Месалазин в дозе 2-3г в течение 1-1, 5 месяцев с постепенной отменой препарата [11].

Адсорбенты, вяжущие и обволакивающие: смектит диоктаэдрический 3,0 (1 пакетик) x 3 р/сут до еды; кальций карбонат 0, 5г3р/сут, дерматол 0,5 x 3 р/сут – до оформления стула. Коротким курсом 5- 7 дней назначаются полиметилсилоксана полигидрат ( энтеросгель) по 1 стол ложке 2-3 раза в день, кремния диоксид коллоидный( полисорб) по 1 стол ложке 2- 3р/сут.

Энтеросорбенты: лигнин гидролизный 400-800мг 3р/сут, лигнин гидролизный в комбинации с лактулозой по 2-3 табл/сут длительность терапии 2-3 недели.

Пробиотики – лекарственные препараты или пищевые добавки созданные на основе нормофлоры ( лакто- и бифидобактерии), оказывающие положительное действие на микробный пейзаж кишечника. К ним относятся монокомпонентные средства ( содержат 1 штамм бифидо- или лактобактерий): бифидумбактерин 5-10 доз 3 раза в сутки, лактобактерин 5-10 доз в сутки. Длительность курса лечения 1- 2 месяца. Монокомпонентный пробиотик на основе *Saccharomyces boulardii* 250мг ( 1капусла) по 1-2 кап 2-3р/сут 7-14 дней при диарее с последующим переходом на традиционный пробиотик на основе бифидо- и лактобактерий. Наилучший эффект достигается при назначении мультиштаммовых пробиотиков, содержащих 2 и более штаммов, в высокой концентрации- $10^9$  КОЕ. Поликомпонентные пробиотики быстро восполняют дефицит нормофлоры и оказывают выраженное антагонистическое действие в отношении условно-патогенной и патогенной микрофлоры.

*Метабиотики*- лекарственные средства на основе продуктов метаболизма бифидо- и лактобактерий. К ним относятся продукты обмена веществ *Escherichia coli* DSM 4087, *Lactobacillus acidophilus* DSM 4149, *Lactobacillus helveticus* DSM 4183, *Enterococcus faecalis* DSM 4086- по 30-40 кап 2- 3 р/сут 2-3 месяца. Масляная кислота по 250-500мг 2- 3р/сут. Комплекс аминокислот и органических кислот( янтарная молочная, муравьиная) по 2 мл 2-3р/сут. По окончании курса пробиотиков или совместно с ними назначаются метабиотики на 2-3 месяца [15,16,17].

## 10.6. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ЗАПОРом

Согласно Римским критериям IV, включение в комплексную терапию отрубей у большинства больных приводят к ухудшению состояния (усиление болевого синдрома и вздутия живота), поэтому их назначение возможно только при хорошей индивидуальной переносимости: пшеничные или ржаные отруби, семя льна назначаются по 1-3 стол ложки 2-3р/сут ) или микрокристаллическая целлюлоза по 1-2 таблетки 2-3 раза в сутки после еды, запивать водой в количестве 250- 350 мл [6,11]. При СРКз хороший эффект достигается при назначении пребиотиков.

*Пребиотики*- это компоненты пищи или синтезированные вещества, которые не перевариваются и не усваиваются в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, но ферментируются микрофлорой толстого кишечника человека и стимулируют её рост и жизнедеятельность. К ним относятся отруби пшеничные или ржаные, биологически активные добавки на основе специально обработанных отрубей для уменьшения вздутия живота ( рекицен, стимбифид и др.), синтетический аналог клетчатки- лактулоза ( по 20-40мл в сутки). Препараты на основе оболочки семян подорожника- псиллиум по 1 пакетику 3 раза в день- растворять в воде. В рацион необходимо включать достаточный объем жидкости до 1, 5 литров в сутки. Пребиотики рассчитаны на длительный прием, сочетаются с пробиотиками [ 6,13 ].

*Осмотические слабительный*: Макроголь 4000 по 4-8г (1-2 пакетика, на ночь, 2 -4недели), растворять в 100мл воды. Лактулоза обладает осмотическим и пребиотическим действием; может вызвать вздутие живота и болевой синдром. Назначается при хорошей индивидуальной переносимости по 20-40мл на ночь -4 недели или более длительно. Лактитол моногидрат обладает лучшей переносимостью в отличие от лактулозы и назначается по 20г на 1 литр воды- принимать в течение суток. При назначе-

нии осмотических слабительных необходимо соблюдать питьевой режим и включать не менее 1,5 л жидкости в сутки [11,12].

*Регуляторы моторики:*  
тримебутин малеат- нормализует моторику кишечника и повышает порог болевой чувствительности, назначается по 100мг 3 р/сут. Для стимуляции перистальтической активности кишечника -бисакодил по 5-10мг однократно, в течение 10-14 дней; прукалоприд- агонист 5-НТ4, по 1-2мг в сутки и длительность лечения 2-6 недель; пикосульфат натрия по 15-30 кап 1- 2раза в день – 10-14 дней.

*Для стимуляции акта дефекации показана местная терапия – рег rectum:* микроклизмы комбинированного препарата (сорбитол, натрия цитрат, натрия лаурилсульфоацетат) по 5мл; свечи с глицерином или с бисакодилом по 1 свече в прямую кишку.

Минеральные воды, содержащие катионы магния оказывают хороший эффект при СРК-3. Назначаются по 1-2 стакану утром натощак ( без газа) и на ночь в подогретом виде- курсами по 1-2 месяца. Препараты сенны больным СРК противопоказаны, в связи с усилением клинических проявлений заболевания и развитием приступов «кишечных коликов»[6,11].

### **10.7. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕТЕОРИЗМЕ**

При метеоризме оптимальным выбором являются препараты, содержащие симетикон по 30-40 капель на прием или 3-4 капсулы на высоте вздутия живота. Возможно назначение активированного угля 4-6 таблеток на прием или белый уголь ( диоксид кремния и микрокристаллическая целлюлоза ). Комбинированный ферментный препарат, состоящий из: симетикона, активированного угля, грибковой диастазы, никотинамида и назначается по 1-2 табл в сутки. Возможно назначать комбинацию панкреатина в сочетании с диметиконом по 1 табл 3 раза в сутки. Среди спазмолитиков препаратом выбора является комбинированный препарат (альверин цитрат 60мг в сочетании с симетиконом -300мг) по 1 кап 3 раза в день.

### **10.8. ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ**

Исследования иммунного статуса больных ПСРК в сочетании с дисбактериозом, проведенные в НИИ Гастроэнтерологии показали, что рост условно-патогенной микрофлоры или длительная персистенция маркеров кишечных инфекций развивается на фоне нарушений клеточного иммунитета: снижается показатель зрелых нейтрофилов и макрофагов. Для данной группы больных характерно рецидивирующее течение дисбактериоза кишечника. С целью достижения стойкой ремиссии ПСРК рекомендуется назначать иммуномодуляторы: препараты женьшеня, китайского лимонника, мумие, зверобоя, эхинацеи пурпурной; иммунал по 20- 40 капель 2-3 раза в день; имунофан 0,005% 1 мл в\м, 5-10 инъекций; продукты пчеловодства- прополис. Иммуномодулирующий эффект оказывает синтетический пептид, состоящий из 14 аминокислотных остатков(гепон). Препарат назначается ректально в виде микроклизм (1 флакон 0,002г на 40 мл физиологического раствора), либо сублингвально, предварительно растворив ампулу в 10-15 мл воды. Длительность курса лечения определяется индивидуально: от 3 до 5- 7 процедур[7,18].

### **10.9. ПСИХОФАРКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ**

Для больных СРК с биопсихосоциальным вариантом развития заболевания характерно нарушения центральных механизмов болевой чувствительности и моторики кишечника в сочетании с психосоматическими нарушениями и поведенческими расстройствами. Ремиссия заболевания достигается при назначении различных групп психофармологических препаратов, прежде всего, хороший эффект достигается от трициклических антидепрессантов, от селективных ингибиторов обратного захвата серо-

тонина (СИОЗС). В последние годы для коррекции психосоматических нарушений у больных СРК с успехом применяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Антидепрессанты назначаются психиатром, который осуществляет контроль эффективности и длительности терапии.

Трициклические антидепрессанты : дезипрамин по 25–100 мг, amitриптилин 10–50- 70мг мг) курс лечения индивидуален.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: пароксетин (10–40 мг 1 р/сут), Сертралин (25–100 мг 1 р/сут), Циталопрам (10–40 мг 1 р/сут).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина- дулоксетин 30-60мг/сут. Обладает центральным механизмом подавления болевого синдрома, хорошо себя зарекомендовал в терапии «тревожного» синдрома, депрессии [19,20].

## 11. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ

В качестве дополнения к медикаментозной терапии, больным СРК может быть назначена нетрадиционная терапия: психотерапия, массаж биологически активных точек; акупунктура, аутоотренинг, занятия лечебной гимнастикой и плаванием; физиотерапия (водные процедуры, электрофорез с новокаином, папаверином, хлористым кальцием, сернокислым цинком; импульсные токи Бернара и массаж живота для повышения тонуса мышц передней брюшной стенки и мускулатуры кишечника). Занятия с психологом (обучение техники релаксации, когнитивно-поведенческая терапия, сеансы гипнотерапии). Фитотерапия. Санаторно-курортное лечение может быть рекомендовано, как завершающий этап комплексной терапии больных СРК с целью их полной реабилитации.

## 12. ПРОГНОЗ

Прогноз заболевания благоприятный, при адекватно проведенной терапии у больных СРК развивается ремиссия. Риск развития колоректального рака такой же, как и в общей популяции населения. У большинства пациентов СРК трудоспособность сохранена, но может быть значительно снижена при развитии биопсихосоциального варианта СРК с тяжелыми психосоматическими нарушениями. Специфических мер профилактики СРК не существует. Учитывая доброкачественное течение СРК, больные в диспансерном наблюдении не нуждаются за исключением пациентов, находящихся на терапии антидепрессантами под наблюдением психиатра.

## 13. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СРК относится к функциональным заболеваниям кишечника, характеризуется длительным течением со стереотипными обострениями. В патогенезе заболевания играет роль снижение порога висцеральной чувствительности и нарушения моторной функции кишечника. Распространенность заболевания достаточно высока и в среднем составляет 15-20% среди трудоспособного населения в возрасте от 20 до 40 лет.

СРК мультитаргетное заболевание, в его развитии большое значение отводится стрессовым ситуациям, которые приводят к формированию биопсихосоциальной модели СРК, сопровождающейся внекишечными проявлениями (миалгия, нарушение сна, снижение трудоспособности, эмоциональная лабильность, чувство «затруднения» вдоха, «ком в горле», симптомы гиперреактивного мочевого пузыря, нарушения в сексуальной сфере и др.). Для достижения положительной динамики в течении стресс-индуцированного СРК показаны психофармакологические препараты (антидепрессанты) под контролем психотерапевта.

Приблизительно у 30% больных в формировании СРК играют роль перенесенные кишечные инфекции, которые после завершения инфекционного процесса приводят к стойким нарушениям микробиоты и развитию функционального заболевания кишечника. Ремиссия заболевания достигается назначением препаратов, регулирую-

щих микробиоценоз кишечника (кишечные антисептики, про- и пребиотики, метабиотики). Купирование болевого синдрома осуществляется с помощью спазмолитиков. Диагностика СРК основана на клинических Римских критериях IV 2016г, позволяющих практическому врачу без назначения дорогостоящих исследований заподозрить СРК и назначить адекватную терапию. Симптомы «тревоги» являются основанием для назначения обследования ЖКТ с целью выявления заболеваний органов пищеварения. Больные СРК с внекишечными проявлениями нуждаются в междисциплинарном ведении с привлечением врачей смежных специальностей (урологов, гинекологов, инфекционистов, ревматологов, психотерапевтов, неврологов, психологов). Надеемся, что дальнейшее внедрение Римских критериев IV в практическую деятельность врачей будет способствовать снижению диагностических ошибок и улучшению результатов лечения больных СРК

## Литература:

1. Drossman D. A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV // *Gastroenterology*. 2016. Feb 19, pii: S0016–5085 (16)00223–7.
2. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol* 2014; 6: 71–80.
3. Парфенов А.И., Албулова Е.А., Ручкина И.Н. Синдром раздраженного кишечника в свете Римского консенсуса III (2006 г.): 10 лет спустя. *Терапевтический архив*. 2016;88 (2):4-9.
4. Drossman D. A., Hasler W. L. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction // *Gastroenterology*. 2016,150 (6), P.1257–1261.
5. Маев И.В., С.В. Черёмушкин, Ю.А. Кучерявый Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. О роли висцеральной гиперчувствительности и способах ее коррекции. Пособие для врачей Москва 2016г,64 с.
6. Ивашкин В. Т., Шелыгин Ю.А, Баранская Е.К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника. *РЖГТК* 2017; 27(5):76-93.
7. Парфенов А. И., Ручкина И. Н., Атауллаханов Р. И. и др. Постинфекционный синдром раздраженного кишечника. *Тер. арх.* 2009; 81 (2): 39–45.
8. Парфенов А.И., Ручкина И.Н. Постинфекционный синдром раздраженного кишечника. *Лечащий врач*. 2010;7:16-19
- 9 Dahlqvist A. Assay of intestinal disaccharidases. *Anal.Biochem*. 1968 Jan;22 (1):99–107. PubMed PMID: 6719024
10. Trinder P. Determination of glucose in blood using glucosaoxidase with an alternative oxygen acceptor. *J. Ann. Clin. Biochem.*; 1969, 6, P.24-25.
11. Вялов С.С. Сравнительная эффективность лечения различных клинических вариантов синдрома раздраженного кишечника в реальной практике. *РМЖ «Медицинское обозрение»* 2018; 1(7):26-32.
12. Malagelada J.R, Malagelada C. Mechanism-Oriented Therapy of Irritable Bowel Syndrome. *Adv. Ther* 2016, V. 33, Issue 6, pp 877–893.
- 13 Staudacher HM, Whelan K. Altered gastrointestinal microbiota in irritable bowel syndrome and its modification by diet: probiotics, prebiotics and the low FODMAP diet *J Gastroenterol Hepatol*. 2017 Mar;32 Suppl 1:64-68.
14. Маев И.В., Самсонов А.А., Яшина А.В. Казюлин А.В., Шестаков В.А. Новые возможности в лечении синдрома раздраженного кишечника: эффективный подход и коррекция качества жизни *Фарматека* 2016;15(328):12-19
15. Iacob T, Țățulescu DF, Dumitrașcu DL. Therapy of the postinfectious irritable bowel syndrome: an update *Clujul Med*. 2017; 90(2): 133–138.
16. Rusu F1, Mocanu L1, Dumitrașcu DL1. Phenotypic features of patients with post-infectious irritable bowel syndrome. *Med Pharm Rep*. 2019 Jul;92(3):239-245.
17. Moraes-Filho JP, Quigley EMM. The intestinal microbiota and the role of probiotics in irritable bowel syndrome: a review. *Arq Gastroenterol*. 2015;52:331–338.
18. Парфенов А.И., Ручкина И.Н. Активатор местного иммунитета Гепон в комплексной терапии дисбиоза кишечника. – *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2003;3: 66–69.
19. Дюкова Г.М., Погромов А.П., Леонова М.Л. Эффективность антидепрессанта двойного действия в терапии функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. *Журнал «Медицинский совет»* 2014; 3: 78-80
20. Kaplan A1, Franzen MD, Nickell PV, Ransom D, Lebovitz PJ. An open-label trial of duloxetine in patients with irritable bowel syndrome and comorbid generalized anxiety disorder. Format: AbstractSend to Int. *J.Psychiatry Clin Pract*. 2014 Jan;18(1):11-5.