

# Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV

И.В.Маев<sup>1</sup>, С.В.Черемушкин<sup>1,2</sup>, Ю.А.Кучерявый<sup>1,2</sup>, Н.В.Черемушкина<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова Минздрава России. 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1;

<sup>2</sup>НУЗ Центральная клиническая больница №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД». 129128, Россия, Москва, ул. Будаевская, д. 2

Обзор литературы посвящен выходу в свет очередных Римских критериев диагностики и лечения функциональных расстройств органов пищеварения IV пересмотра с акцентом на наиболее часто встречаемую и трудно курабельную патологию – синдром раздраженного кишечника (СРК). Приведены новые диагностические критерии, отмечены важные отличия от предшествующей редакции. Обращено внимание читателей на особенности патофизиологии СРК и связанные с недопониманием в этой области частые ошибки в ведении таких пациентов. Представлен современный взгляд на фармакотерапию СРК, основанный на доказательных клинических исследованиях, дан краткий критичный анализ наиболее частых ошибок в выборе лекарственных и иных средств в лечении данного заболевания.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, Римские критерии IV, патофизиология, диагностика, лечение.

✉svch555362@yandex.ru

**Для цитирования:** Маев И.В., Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А., Черемушкина Н.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. Consilium Medicum. 2016; 18 (8): 79–85.

## Irritable bowel syndrome. Rome criteria IV

I.V.Maev<sup>1</sup>, S.V.Cheremushkin<sup>1,2</sup>, Yu.A.Kucheryavy<sup>1,2</sup>, N.V.Cheremushkina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>A.I.Evdokimov Moscow State University Medicine and Dentistry of the Ministry of Health of the Russian Federation. 127473, Russian Federation, Moscow, ul. Delegatskaia, d. 20, str. 1;

<sup>2</sup>N.A.Semashko Central Clinical Hospital №2 of JSC "Russian Railways". 129128, Russian Federation, Moscow, ul. Budaiskaia, d. 2

The following review of the literature is devoted to the publication of the next Rome criteria for the diagnosis and treatment of functional disorders of the digestive system. IV review focuses on the most frequently encountered and difficult curable pathology – Irritable bowel syndrome (IBS). We present the new diagnostic criteria, observed important differences from the previous version. The attention of readers to the peculiarities of the pathophysiology of IBS and related misunderstanding in this area frequent errors in the conduct of such patients. Submitted by the modern view of the IBS drug therapy based on evidence-based clinical trials, a brief critical analysis of the most common mistakes in choosing drugs and other agents in the treatment of this disease.

**Key words:** Irritable bowel syndrome, Rome IV criteria, pathophysiology, diagnosis, treatment.

✉svch555362@yandex.ru

**For citation:** Maev I.V., Cheremushkin S.V., Kucheryavy Yu.A., Cheremushkina N.V. Irritable bowel syndrome. Rome criteria IV. Consilium Medicum. 2016; 18 (8): 79–85.

### Введение

Функциональные заболевания кишечника (ФЗК) составляют часть большой группы заболеваний, относящихся к функциональной патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), и очень широко распространены во всем мире. Эти расстройства затрагивают все слои общества, независимо от пола, возраста, расы, вероисповедания, цвета кожи или социально-экономического статуса. Актуальность не прекращающегося на протяжении последних десятилетий активного процесса изучения этих нозологических форм диктуется не только существенным снижением качества жизни пациентов, но и значительным ущербом глобальной системе здравоохранения за счет прямых и косвенных расходов на их лечение. Достигнутые успехи фундаментальной и клинической науки за истекшие 10 лет в изучении эпидемиологии, этиологии, патофизиологии, диагностики и терапии ФЗК обусловили необходимость пересмотра существовавших с 2006 г. Римских критериев III [1]. В мае 2016 г. мировое гастроэнтерологическое сообщество на Американской гастроэнтерологической неделе познакомилось с Римскими критериями IV, основные положения консенсуса уже опубликованы [6]. С сожалением необходимо отметить, что возлагаемые надежды на существенный научный прорыв в отношении понимания сути функциональной патологии ЖКТ не совсем оправдались и практикующие гастроэнтерологи мира все еще не имеют в своих руках уни-

версальных инструментов для курации подобных пациентов. Тем не менее с выходом в свет обновленных критериев в арсенале интернистов имеются современные, не прекращающиеся адаптироваться клинические рекомендации, определяющие вектор клинического мышления в случаях как постановки диагноза, так и выбора методов терапии.

Функциональные заболевания кишечника по-прежнему включают такие клинические нозологии, как синдром раздраженного кишечника (СРК), функциональный запор, функциональная диарея, функциональное абдоминальное вздутие и неспецифические функциональные расстройства кишечника (табл. 1). СРК неизменно сохраняет в этом списке первую позицию по праву наибольшей распространенности и изученности. В отличие от предыдущей классификации в разделе функциональных заболеваний кишечника появилась новая форма – опиоидиндуцированный запор, призванная обратить внимание клиницистов на резко возросшую частоту применения опиатов и связанное с этим большое количество побочных эффектов при их применении. Римский комитет призывает не рассматривать эту форму как отдельное заболевание, а классифицировать развившуюся клиническую картину как опиоидиндуцированные неблагоприятные последствия.

### Дефиниция СРК и эпидемиология

Сегодня СРК – это хроническое функциональное расстройство ЖКТ, при котором пациенты испытывают боль в животе в непрерывной ассоциации с изменением кишечной функции, проявляющейся либо преобладанием диареи (СРК-Д), либо запоров (СРК-З) или их чередованием (СРК-С – смешанный вариант). Сложность изучения этого заболевания, особенно с позиций эпидемиологии, заключается в отсутствии до сих пор универсального и специфического биологического маркера, что позволяет диагностировать СРК только лишь клинически.

**Таблица 1. Римские критерии IV. Раздел С. «Функциональные расстройства кишечника»**

- C1. Синдром раздраженного кишечника
- C2. Функциональный запор
- C3. Функциональная диарея
- C4. Функциональное вздутие
- C5. Неспецифическое функциональное кишечное расстройство
- C6. Опиоидиндуцированный запор

А.Мэннинг (1978 г.) [18]	Рим I (1989 г.) [23]	Рим II (1999 г.) [25]	Рим III (2006 г.) [15]
<p>Два или более из следующих симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• вздутие живота</li> <li>• облегчение боли при дефекации</li> <li>• частый стул с болью</li> <li>• жидкий стул в начале болей</li> <li>• пассаж слизи</li> <li>• ощущение неполного опорожнения</li> </ul>	<p>По крайней мере 3 мес непрерывной или рецидивирующей боли в животе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• облегчение при дефекации или</li> <li>• связь с изменением консистенции стула</li> </ul> <p>Как минимум 2 из следующих симптомов, по крайней мере 25% дней:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• изменение частоты стула</li> <li>• изменение формы стула</li> <li>• изменение пассажа стула</li> <li>• пассаж слизи</li> <li>• вздутие живота или его растяжение</li> </ul>	<p>По крайней мере 12 нед за последние 12 мес непрерывной или рецидивирующей абдоминальной боли или дискомфорта</p> <p>По крайней мере 2 из следующих симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• облегчение при дефекации</li> <li>• изменение частоты стула</li> <li>• изменение формы стула</li> </ul> <p>Появление симптомов более чем за 12 мес до постановки диагноза</p>	<p>По крайней мере 3 дня в месяц за последние 12 нед непрерывной или рецидивирующей абдоминальной боли или дискомфорта</p> <p>По крайней мере 2 из следующих симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• облегчение при дефекации</li> <li>• изменение частоты стула</li> <li>• изменение формы стула</li> </ul> <p>Появление симптомов более чем за 6 мес до постановки диагноза</p>

Согласно метаанализу, опубликованному в 2012 г., в который по довольно строгим критериям отбора вошло 80 клинических исследований с общим числом пациентов 260 960, распространенность СРК в мире составляет 11,2% (95% доверительный интервал – ДИ 9,8–12,8) [16]. Ранее эта цифра была необоснованно завышена примерно в 2 раза. Заболеваемость оценивается как 1,35–1,5%, основана на 2 отдельных длительностью 10 и 12 лет популяционных исследованиях [9, 11]. Встречаемость СРК среди женщин остается более высокой, чем среди мужчин. Молодые люди более подвержены развитию заболевания, нежели лица старше 50 лет. Любой случай манифестации клинической картины СРК у пациентов более старшей возрастной категории должен настораживать интерниста в отношении исключения органической патологии.

**Этиопатогенез** СРК очень сложен и до сих пор до конца не изучен. В концепции формирования заболевания, очевидно, имеет значение не один, а сразу несколько этиологических факторов, запускающих также не один, а несколько патофизиологических механизмов. И сложность курации подобных больных заключается в том, что в каждом конкретном случае сочетание этиопатогенетических механизмов индивидуально. Среди них сегодня особой актуальностью обладают: социально-экономический статус, генетическая предрасположенность, возможность формирования заболевания у ребенка родителями, страдающими СРК, психологические аспекты, висцеральная гиперчувствительность, нарушения моторики ЖКТ, изменения в нейроэндокринной системе (ось головной мозг–кишка), low-grade-воспаление, концепция постинфекционного СРК, дисбаланс микробиоты и, наконец, факторы питания, подробное описание которых можно найти в нашем последнем методическом пособии [4].

### Эволюция критериев диагностики СРК. Долгий путь к Римским критериям IV

Самые ранние научные публикации, описывающие СРК, относятся к началу XX в. [8]. В то время диагноз устанавливался только на основании исключения опухолевых, воспалительных или инфекционных заболеваний после выполнения всеобъемлющего обследования больных, а в ряде случаев после выполнения «обширных необоснованных операций» [14]. И к 1970-м годам СРК оставался «слишком часто неправильно диагностируемым и плохо понятным состоянием» с сохранением явной главной проблемы этого заболевания, актуальной и в наши дни, – выполнением таким больным неудачных или ненужных операций [12].

В попытке повлиять на эту ситуацию, стандартизировать диагностику СРК и сократить количество выполняемых необоснованных операций этим пациентам А.Мэннинг создал первый набор формальных критериев, которые позволили с определенной долей достоверности диагностировать синдром без необходимости обширного

Таблица 3. Римские диагностические критерии СРК IV

Рецидивирующая абдоминальная боль, в среднем как минимум 1 день в неделю за последние 3 мес, ассоциированная с 2 и более следующими симптомами:

- связанная с дефекацией
- ассоциированная с изменением частоты стула
- ассоциированная с изменением формы стула

Критерии валидны при условии их наличия в течение последних 3 мес с началом симптомов не менее 6 мес назад!

дорогостоящего обследования [18]. И этот набор симптомов лег в основу разработки Римских диагностических критериев СРК в существовавшей до недавнего времени III редакции [15].

В большинстве клинических и эпидемиологических исследований, заслуживающих внимания с точки зрения доверия к их результатам, использовались либо критерии А.Мэннинга, либо Римские критерии II или III (табл. 2) [7].

Современные Римские диагностические критерии СРК в IV редакции представлены в табл. 3 [6].

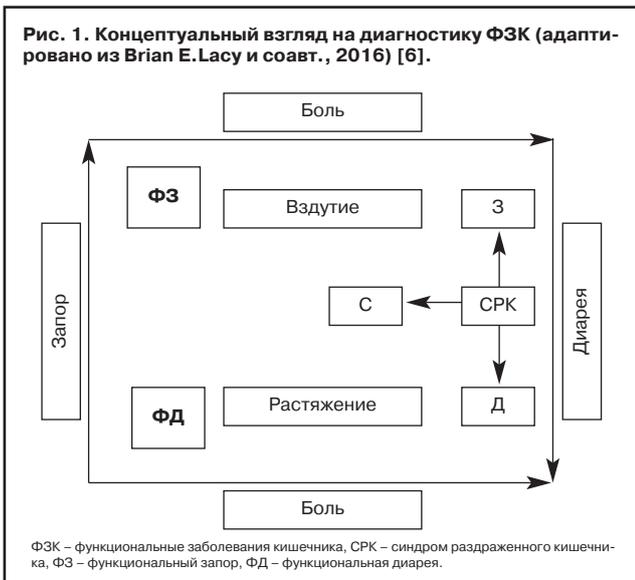
Необходимо подчеркнуть ряд принципиально важных нюансов новых критериев, позволяющих отличать функциональную патологию ЖКТ от других расстройств. К этим нюансам относятся: анамнез (начало клинических проявлений в течение не менее 6 мес до постановки диагноза), текущая активность (наличие симптомов в течение последних 3 мес), частота (указанные в критериях симптомы присутствуют не реже 1 раза в неделю в отличие от 3 дней в месяц, как предлагалось в Римских критериях III). И все это – при отсутствии очевидных анатомических и физиологических отклонений при проведении рутинного клинического обследования по показаниям, иными словами, отсутствии симптомов тревоги.

Кроме того, в отличие от предыдущих редакций Римских критериев из текущего определения исключен термин «дискомфорт», на том основании, что, во-первых, не все языки мира имеют в арсенале данное слово, а во-вторых, и это, пожалуй, главное, различная и неопределенная трактовка понятия «дискомфорт» пациентами часто приводит к ошибочному диагнозу. И этот последний факт был документально подтвержден в клиническом исследовании [21].

Таким образом, сегодня главный симптом СРК – боль в животе, связанная с дефекацией в неразрывной ассоциации с нарушением кишечной привычки, а не дискомфорт, вздутие, растяжение или какие-либо другие ощущения больного. И эта концепция, отражающая современный взгляд на диагностику ФЗК, наглядно представлена на рис. 1.

Еще одной отличительной чертой обновленных рекомендаций является замена фразы «облегчение после дефекации» на «связанную с дефекацией», так как мировой клинический опыт показывает, что у довольно значительной части больных этого облегчения не происходит, более того, ряд пациентов с СРК отмечают ухудшение после дефекации.

Рис. 1. Концептуальный взгляд на диагностику ФЗК (адаптировано из Brian E. Lacy и соавт., 2016) [6].

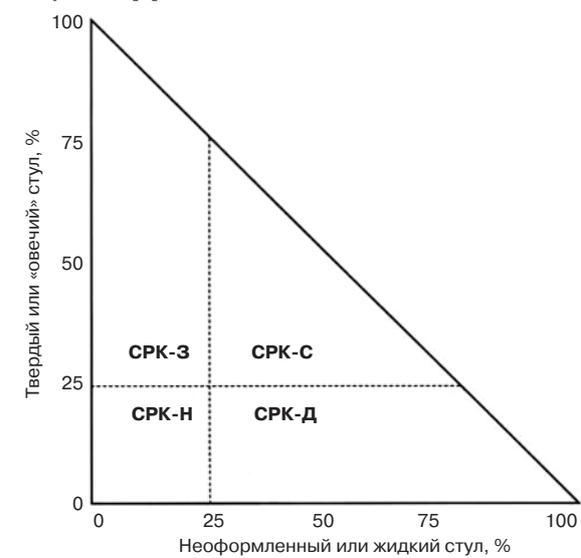


Мы полагаем, что все эти нюансы нового взгляда на СРК позволят существенно снизить количество ложных диагнозов и, наоборот, его гипердиагностики.

После того как диагноз СРК предположен, необходимо классифицировать больного по преобладающему симптому, чтобы в дальнейшем правильно определить лечебную стратегию. Однако и здесь можно столкнуться с трудностями интерпретации жалоб больного и пойти по ложному диагностическому пути. Так, стул может быть твердым, а дефекации частыми, что имеет место при так называемой псеводиарее, а необходимость значительного напряжения при дефекации может наблюдаться при мягком или даже водянистом кале. Для того чтобы избежать ошибочной трактовки жалоб больного, исследователи и практические врачи в своей практике должны опираться на Бристольскую шкалу формы стула (табл. 4) [19], тип 1 и 2 которой будет свидетельствовать о запоре, а тип 6 и 7 – помогать в идентификации диареи. Более того, использование Бристольской шкалы формы стула позволит не только избежать диагностической ошибки, но и значительно сократить время приема пациента, что в современных условиях работы поликлинического врача является чрезвычайно полезным.

Таким образом, как это было и ранее, опираясь на описанную шкалу, принимая во внимание частоту встречаемости того или иного типа, врачом устанавливается форма СРК (рис. 2). При этом надо понимать, что один и тот же пациент в ходе естественного течения своего заболевания может переходить из одного варианта СРК в другой.

Рис. 2. Принцип классификации СРК по подтипам, основанный на длительности преобладания тех или иных форм стула по времени [2].



#### Этапы диагностики и дифференциальная диагностика СРК

Как уже не раз говорилось, любая функциональная патология является диагнозом исключения. И, когда жалобы и анамнез больного позволяют предположить, например, СРК, следующим обязательным этапом диагностики, равно как и в любом другом случае, является физикальный осмотр, который позволяет успокоить пациента и предположительно исключить или заподозрить органическую патологию.

Следующим шагом в диагностике СРК является выполнение лабораторных тестов и инструментального обследования, если таковые не проводились ранее или к ним есть определенные показания. Они включают в себя оценку клинического анализа крови, маркеров воспаления, в частности С-реактивного белка крови, эндоскопическое исследование (колоноскопию) всем лицам старше 50 лет либо во всех случаях семейного анамнеза колоректального рака, имеющегося гематохезиса, подозрения на микроскопический колит вне зависимости от возраста. Кроме того, по показаниям необходимо выполнять серологическую диагностику целиакии у пациентов с преобладанием диареи и при смешанном варианте, особенно у тех, кто не ответил на инициированную эмпирическую терапию, оценивать маркеры функции щитовидной железы при

Таблица 4. Бристольская шкала формы стула

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	

Таблица 5. Дифференциальная диагностика СРК

**Целиакия**

- 1) хроническая диарея
- 2) утомляемость, отставание в развитии (у детей)
- 3) IgA-тканевые трансклотаминазные антитела (IgАТТГ)
- 4) IgA-антиглиадиновые антитела (IgA АГА)
- 5) IgG-антиглиадиновые антитела (IgG АГА)
- 6) эндоскопия с биопсией тонкого кишечника в сочетании с положительными лабораторными тестами на целиакию дают основание поставить диагноз

**Лактазная недостаточность**

- 1) появление характерных симптомов (вздутие, метеоризм, диарея) напрямую связано с потреблением молочных продуктов
- 2) определение содержания водорода, метана или меченого  $^{14}\text{C}$   $\text{CO}_2$  в выдыхаемом воздухе после дозированной нагрузки обычной или меченой лактозой

**Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит)**

- 1) упорный характер диареи более 2 нед
- 2) ректальное кровотечение
- 3) воспалительные изменения в клинических анализах, снижение массы тела, перианальные боли, лихорадка

**Колоректальный рак**

- 1) пожилые пациенты, у которых впервые возникли СРК-подобные симптомы
- 2) примесь крови в кале
- 3) необъяснимое снижение массы тела
- 4) анемический синдром, как первый клинический признак заболевания, при поражении правой половины ободочной кишки, симптомы нарушения пассажа – при локализации в левой половине ободочной кишки

**Лимфоцитарный и коллагенозный колит**

- 1) выявляется приблизительно у 20% больных с необъяснимой диареей в возрасте старше 70 лет
- 2) характерно отсутствие болевого синдрома
- 3) значительно чаще встречается у женщин (М:Ж=1:15)
- 4) диагностируется только морфологически (биопсия при колоноскопии)

**Острая инфекционная диарея**

- 1) острое начало диареи
- 2) бактериологическое исследование кала, дуоденальная биопсия

**Синдром избыточного бактериального роста**

- 1) характерные симптомы мальдигестии и мальабсорбции
- 2) постпрандиальное вздутие через 30–120 мин после приема пищи
- 3) синдром имеет общие клинические черты и может лежать в основе СРК

**Дивертикулит**

- 1) боли, как правило, в проекции нисходящей ободочной кишки
- 2) лихорадка
- 3) данные дополнительных методов исследования

**Эндометриоз**

- 1) цикличность болевого синдрома, локализованного преимущественно внизу живота
- 2) данные вагинального и других методов исследования

**Воспалительные заболевания органов малого таза**

- 1) тупые боли внизу живота
- 2) лихорадка
- 3) данные вагинального и других методов исследования

**Рак яичников (комбинация первых трех симптомов выявляется у 43% пациенток с установленным диагнозом рака яичников против 8% здоровых женщин)**

- 1) увеличение живота в объеме
- 2) вздутие
- 3) срочные позывы на мочеиспускание
- 4) тазовые боли

клинических подозрениях на ее патологию, исключить инфекционную природу диареи, синдром мальабсорбции желчных кислот, панкреатическую недостаточность, дыхательные тесты, *Clostridium difficile*-ассоциированную болезнь и др.

Перечень нозологий, с которыми должна проводиться дифференциальная диагностика, и их характерные черты представлены в табл. 5 [2]. Объем исследования больного с СРК, в итоге, безусловно, зависит от уровня профессионализма врача и должен быть регламентирован показаниями.

**Лечение** больных с СРК зачастую остается очень сложной задачей. Это связано с многообразием факторов, приводящих к развитию заболевания, часто возникающими расстройствами психоэмоциональной сферы, наличием в большинстве случаев коморбидности за счет сопутствующих заболеваний и так называемого синдрома перекреста функциональных заболеваний, наиболее частым из которых является перекрест СРК и функциональной диспепсии, что вызывает необходимость одновременного назначения нескольких лекарственных препаратов [10, 13]. В свою очередь фармакологические средства могут вызывать побочные реакции.

Не прекращающиеся до настоящего времени попытки разработать эффективную схему терапии СРК с пролонгированным действием пока не дали результата ни для одного варианта течения заболевания. Очевидно, это связано с тем, что проблема поиска и объективной оценки эффективности того или иного препарата очень непростая из-за сложности и многокомпонентности патофизиологии СРК, отсутствия биологического маркера и достаточно высокого эффекта плацебо у «функциональных» пациентов в целом.

Согласно Римским рекомендациям IV лекарственную терапию, так же как и в предыдущих редакциях, предлагается назначать по принципу преобладающего симптома (табл. 6).

Из приведенной табл. 6 видно, что часть из предложенных препаратов либо вообще не зарегистрирована в России, либо имеет определенные побочные эффекты, что, безусловно, ограничивает терапевтические возможности врача, столкнувшегося с проблемой лечения пациента с СРК. И сегодня, на фоне недобросовестной рекламы некоторых фармацевтических компаний, анализ фармакотерапии пациентов с СРК на уровне практического звена демонстрирует ужасающую полипрагмазию.

Эффективность многих лекарственных средств, применяемых при СРК и представленных на российском фармацевтическом рынке, оценить невозможно, в связи с чем необходимо постоянно обращаться к доказательной базе, сформированной высококачественными рандомизированными контролируемые исследованиями (РКИ), систематическими обзорами и метаанализами РКИ, для внесения ясности в этом вопросе в помощь интернисту.

Более того, изучая табл. 6, можно отметить появление группы пробиотиков. Здесь имеется диссонанс между обширной представленностью различных пробиотиков в Российской Федерации и их изученной эффективностью в клинических исследованиях при СРК. Дело в том, что практически ни один штамм, прошедший в западных странах научную оценку возможности применения при СРК, не зарегистрирован в РФ. И мы полагаем, что экстраполировать эффективность этих штаммов на все препараты с пробиотическими свойствами, представленными в широкой российской аптечной сети, неправомерно и ошибочно.

В связи с таким многообразием указанных проблем необходимо отметить растущий интерес к изучению влияния на клинику СРК так называемой комплементарной и альтернативной медицины и, в частности, фитотерапии, в качестве дополнительной терапии заболевания, но все также с позиции доказательности [3, 20].

Первым таким комбинированным препаратом, привлечшим к себе интерес со стороны клинических исследователей и пациентов, является Иберогаст® (Iberogast®), смесь экстрактов девяти травяных растений, который изначально в основном использовался для лечения функциональной диспепсии в Германии [22, 26]. Продукт существует на европейском рынке уже более 30 лет и представляет собой фиксированную комбинацию растительных компонентов – препарат SWT 5 (Иберогаст®). В его состав входят 15 мл экстракта иберийки горькой (1:2, экстрагент

**Таблица 6. Препараты для возможного купирования преобладающего симптома СРК, рекомендованные Римским консенсусом IV**

Симп-том	Терапия	Доза	Комментарии	
Диарея	Лоперамид	2–4 мг по требованию, максимально до 16 мг/сут	Снижает частоту стула, не влияет на симптомы СРК, нельзя принимать длительно, ситуационный прием	
	Диета	С низким содержанием глютена или безглютеновая, с низким содержанием FODMAP-углеводов		
	Секвестранты желчных кислот:			Недоступны в РФ сегодня (ранее был зарегистрирован)
	• Холестирамин	9 г 2–3 раза в сутки		
	• Колестипол	2 г 1–2 раза в сутки		
	• Колесевелам	625 мг 1–2 раза в сутки		
	Пробиотики, содержащие отдельные штаммы микроорганизмов или их комбинацию	Согласно инструкции		Исследованные штаммы не зарегистрированы в РФ
	Рифаксимин	550 мг 3 раза в сутки, курс 14 дней		С осторожностью, избегать повторных назначений – антибиотикорезистентность!
	Антагонисты 5-HT <sub>3</sub> -серотониновых рецепторов:			Не зарегистрированы в РФ. Назначение возможно только врачами, аккредитованными в специальной программе
	• Алосетрон	0,5–1 мг 2 раза в сутки		
	• Ондасетрон	4–8 мг 3 раза в сутки		
	• Рамосетрон	5 мг 1 раз в сутки		
	Элюксадолин (комбинированный агонист $\mu$ -опиоидных рецепторов/антагонист $\delta$ -опиоидных рецепторов)	100 мг 2 раза в день		Не зарегистрирован в РФ
Запор	Псиллиум	Максимально до 30 г в день, отдельный прием	Доступен в РФ. Эффективность отмечена в РКИ и метаанализе	
	Полиэтиленгликоль	17–34 г/сут	Возможно уменьшение дозы в 2 раза при хорошем эффекте. Предполагается эффект последствия (так называемого обучения кишки) после курсового лечения	
	Любипростон	8 мг 2 раза в сутки	Не зарегистрирован в РФ	
	Линаклотид	290 мг 1 раз в сутки	Не зарегистрирован в РФ	
Абдоминальная боль	Гладкомышечные миорелаксанты	Согласно инструкции	В РФ доступны для длительного применения: пинаверия бромид, гиосцина бутилбромид, тримебутин, альверина цитрат, мебеверин	
	Масло мяты перечной	Кишечнорастворимые капсулы 250–750 мг 2–3 раза в день	Не зарегистрированы в РФ	
	Трициклические антидепрессанты	Стартовая доза 10–50 мг, далее коррекция дозы	Антихолинергические побочные эффекты	
	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Начало с малых доз, постепенное увеличение дозы	Возможны побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнота, рвота, диарея	
	Любипростон	8 мг 2 раза в сутки	Не зарегистрирован в РФ	
	Линаклотид	290 мг 1 раза в сутки	Не зарегистрирован в РФ	
	Алосетрон	0,5–1 мг 2 раза в сутки	Не зарегистрирован в РФ	

этанол 50%) и экстракты (1:3, экстрагент этанол 30%) корня дягиля лекарственного (10 мл), расторопши пятнистой (10 мл), плодов тмина обыкновенного (10 мл), чистотела майского (10 мл), ромашки аптечной (20 мл), солодки голой (10 мл), Melissa лекарственной (10 мл) и мяты перечной (5 мл) на 100 мл раствора [24].

Клинические свойства Иберогаста были изучены в США у 208 пациентов с СРК с разными вариантами течения синдрома в соответствии с современными стандартами проведения клинических исследований. Это было 4-недельное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование. В этой работе продемонстрировано, что применение препарата значительно улучшало качество жизни пациентов с СРК и существенно влияло на болевой абдоминальный синдром, уменьшая его [17]. И этот клинический эффект был объяснен влиянием Иберогаста на серотониновые (5-HT<sub>3</sub> и 5-HT<sub>4</sub>), мускариновые (M<sub>3</sub>) и опиоидные рецепторы желудочно-кишечного тракта [24].

Американская коллегия гастроэнтерологов признала возможность применения препарата Иберогаст® при СРК

в качестве потенциальной дополнительной терапии для достижения купирования всего спектра симптомов заболевания [5].

Сегодня стало очевидным, что у данной категории больных необходимо избегать стремления «лечить симптомы», а при выборе лечебной стратегии использовать рациональные комбинации препаратов, способные охватить различные патофизиологические звенья как СРК, так и всех других участников перекреста. Одной из главных мишеней терапии при СРК является висцеральная гиперчувствительность.

Существующие сегодня фармакологические препараты не являются универсально эффективными – часто, помогая одним больным, они оказываются неэффективными у других. При СРК препараты различных групп могут использоваться курсами (особенно если учесть «любовь» российского пациента к курсовому лечению) или по необходимости, в последнем случае это рекомендуется пациентам с периодически возникающими симптомами и разной их интенсивностью. У большинства больных целесо-

образно рациональное сочетание препаратов с различным механизмом действия. Более того, к сожалению, не все из рекомендованных лекарственных средств доступны к применению в России. Все перечисленное требует от врача дифференцированного подхода в выборе препарата или комбинации препаратов, учитывая их стоимость, в том числе, чтобы добиться комплаентности (приверженности, дисциплинированности) со стороны пациента и тем самым – успеха в его лечении.

#### Литература/References

1. Маев И.В., Черемухин С.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.)*. 2007; 1: 29–33. / Maev I.V., Cheremushkin S.V. Sindrom razdrzhenogo kischechnika. Rimskie kriterii III. *Consilium Medicum. Gastroenterology (Suppl.)*. 2007; 1: 29–33. [in Russian]
2. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Черемухин С.В. Эволюция представлений о синдроме раздраженного кишечника. Методическое пособие для врачей. М., 2013. / Maev I.V., Kucheriavii Yu.A., Cheremushkin S.V. Evoliutsiia predstavlenii o sindrome razdrzhenogo kischechnika. Metodicheskoe posobie dlia vrachei. M., 2013. [in Russian]
3. Маев И.В., Черемухин С.В., Кучерявый Ю.А. и др. Многоцелевая терапия синдрома раздраженного кишечника: современный взгляд на решение проблемы. *Фарматека*. 2015; 10 (303): 20–5. / Maev I.V., Cheremushkin S.V., Kucheriavii Yu.A. i dr. Mnogotsелеvaia terapiia sindroma razdrzhenogo kischechnika: sovremennii vzgliad na reshenie problemy. *Farmateka*. 2015; 10 (303): 20–5. [in Russian]
4. Маев И.В., Черемухин С.В., Ю.А.Кучерявый. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. О роли висцеральной гиперчувствительности и способах ее коррекции. Методическое пособие. М., 2016. / Maev I.V., Cheremushkin S.V., Yu.A.Kucheriavii. Sindrom razdrzhenogo kischechnika. Rimskie kriterii IV. O roli vistseral'noi giperchuvstvitel'nosti i sposobakh ee korrektsii. Metodicheskoe posobie. M., 2016. [in Russian]
5. Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009; 104 (1): 1–35.
6. Lacy BE, Fermin Mearin, Lin Chang et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393–407.
7. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol* 2014; 6: 71–80.
8. Chaudhary NA, Trulove SC. The irritable colon syndrome. A study of the clinical features, predisposing causes, and prognosis in 130 cases. *Q J Med* 1962; 31: 307–22.
9. Ford AC, Forman D, Bailey AG et al. Irritable bowel syndrome: a 10-yr natural history of symptoms and factors that influence consultation behavior. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 1229–39.
10. Ford AC et al. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of irritable bowel syndrome in individuals with dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8 (5): 401–9.
11. Halder SL, Locke GR 3rd, Schleck CD et al. Natural history of functional gastrointestinal disorders: a 12-year longitudinal population-based study. *Gastroenterology* 2007; 133: 799–807.
12. Irritable bowel syndrome. *Br Med J* 1972; 1 (5794): 197–8. Noauthorslisted.
13. Kim HG et al. G-Protein Beta3 Subunit C825T Polymorphism in Patients With Overlap Syndrome of Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome. *J Neurogastroenterol Motil* 2012; 18 (2): 205–10.
14. Kruse FH. Functional disorders of the colon: the spastic colon, the irritable colon, and mucous colitis. *Cal West Med* 1933; 39 (2): 97–103.
15. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130 (5): 1480–91.
16. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10: 712–21.
17. Madisch A, Holtmann G, Plein K, Hotz J. Treatment of irritable bowel syndrome with herbal preparations: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled, multi-centre trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 271–9.
18. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978; 2 (6138): 653–4.
19. O'Donnell LJD, Virjee J, Heaton KW. Detection of pseudodiarrhoea by simple clinical assessment of intestinal transit rate. *Br Med J* 1990; 300: 439–40.
20. Oliver Grudmann and Saunjo L. Yoon Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: An integrative view. *World J Gastroenterol* 2014; 20 (2): 346–62.
21. Palsson O, Heymen S, Whitehead WE. Abdominal pain versus abdominal discomfort: implications for diagnostic assessment of irritable bowel syndrome (IBS). *United Eur Gastroenterol J* 2014; 2: 405.
22. Rösch W, Vinson B, Sassin I. A randomised clinical trial comparing the efficacy of a herbal preparation STW 5 with the prokinetic drug cisapride in patients with dysmotility type of functional dyspepsia. *Z Gastroenterol* 2002; 40: 401–8.
23. Saito YA, Locke GR, Talley NJ et al. A comparison of the Rome and Manning criteria for case identification in epidemiological investigations of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000; 95 (10): 2816–24.
24. Simmen U, Kelber O, Okpanyi SN et al. Binding of STW 5 (Iberogast) and its components to intestinal 5-HT, muscarinic M3, and opioid receptors. *Phytomedicine* 2006; 13 (Suppl. 5): 51–5.
25. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 (Suppl. 2): II43–II47.
26. Von Arnim U, Peitz U, Vinson B et al. STW 5, a phytopharmakon for patients with functional dyspepsia: results of a multicenter, placebo-controlled double-blind study. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 1268–75.

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Маев Игорь Вениаминович** – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

**Черемухин Сергей Викторович** – канд. мед. наук, доц. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, зав. отд-нием гастроэнтерологии и паллиативной терапии НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД» E-mail: svch555362@yandex.ru

**Кучерявый Юрий Александрович** – канд. мед. наук, доц. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, консультативно-диагностическое отд-ние НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД»

**Черемухина Наталья Васильевна** – канд. мед. наук, ассистент каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова