

ПЕРЕВОД ИЗ THE LANCET

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖКТ

ДОСТИЖЕНИЯ В ПОНИМАНИИ И ЛЕЧЕНИИ

*Эти состояния относят к нарушениям взаимодействия кишечника и мозга.*

*Часто встречаются сопутствующие (коморбидные) психические состояния, однако неясно, предшествуют ли они симптомам или обусловлены ими*

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ДОСТИЖЕНИЯ В ПОНИМАНИИ И ЛЕЧЕНИИ

Перевод: Koyaanis Katsi  
Редакция: Елена Попова, Дарья Филатова  
Оформление: Никита Родионов  
Верстка: Cornu Ammonis

Веб-версия от 18.05.2021 | Оригинал

Симптомы нарушения функции желудочно-кишечного тракта встречаются очень часто, однако у многих людей они не сопровождаются какой-либо органической патологией. У большинства из этих людей будет диагностировано какое-либо функциональное желудочно-кишечное расстройство: синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия или функциональный запор. Эти состояния затрагивают до 40 % людей в любой момент времени, при этом две трети из них будут иметь нестабильные хронические симптомы. Патофизиология функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта сложна, но включает в себя двунаправленное нарушение регуляции взаимодействия кишечника и мозга (через ось «кишечник-мозг»), а также дисбиоз микробиома в кишечнике, изменение иммунной функции слизистой оболочки, висцеральную гиперчувствительность и аномальную моторику желудочно-кишечного тракта. Таким образом, эти состояния относят к нарушениям взаимодействия кишечника и мозга. Часто встречаются сопутствующие (коморбидные) психические состояния, однако неясно, предшествуют ли они симптомам или обусловлены ими. Пациенты с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта могут чувствовать стигматизацию, нередко при этом диагнозе отсутствует эффективная коммуникация с врачами, и не проводится обучение. Своевременное выявление и лечение этих состояний крайне важно, поскольку они оказывают значительное влияние на систему здравоохранения и общество в целом из-за неоднократных консультаций, ненужных исследований и операций, выписки рецептурных и использования безрецептурных лекарств, а также ухудшения качества жизни и трудоспособности. Для постановки диагноза используются критерии, основанные на симптомах, при разумном применении отдельных методов обследования для некоторых пациентов. Общие принципы лечения основаны на понимании биопсихосоциальных основ состояния и включают лечение физических симптомов и (в случае наличия) сопутствующих (коморбидных) психических состояний. В будущем подходы к лечению функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, вероятно, станут более персонализированными, основанными не только на симптомах, но и патофизиологии и психологии в их основе.

## ВВЕДЕНИЕ

Спектр симптомов, связанных с нарушением функции желудочно-кишечного тракта, включает боли в животе, диарею, запоры, вздутие живота, чувство переполнения в животе после приема пищи, тошноту и рвоту. Эти симптомы являются общими для широкого спектра органической патологии, включая рак органов желудочно-кишечного тракта, воспалительные заболевания кишечника, целиакию, язвенную болезнь и нарушения моторики, такие как парез желудка. Тем не менее, хорошо известно, что в случае значительного числа пациентов проведенное обследование не выявляет никаких структурных аномалий, способных объяснить наблюдаемые симптомы, которые в этом контексте часто называют функциональными. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ФН ЖКТ), такие как синдром раздраженного кишечника (СРК), функциональ-

ная диспепсия или функциональный запор, недостаточно изучены и имеют сложную патофизиологию; при этом на них приходится не менее трети обращений в гастроэнтерологические клиники [1]. Из-за типа вовлеченной патофизиологии и стигмы, связанной с термином «функциональный», эти состояния получили новое определение — нарушения взаимодействия между кишечником и мозгом, что лучше отражает их научное обоснование [2]. Диагностику и классификацию ФН ЖКТ осуществляют с использованием стандартизированных критериев, рекомендованных Римским фондом (Rome Foundation). Современные подходы к лечению направлены на борьбу с преобладающими желудочно-кишечными и психическими симптомами, а не на выявление и устранение конкретных патофизиологических механизмов, лежащих в основе нарушения. Почти половина всего населения в любой момент времени будет иметь сим-

птомы, удовлетворяющие критериям ФН ЖКТ [3], при этом нередко у одного человека может наблюдаться несколько таких состояний [4]. Более двух третей людей обращались к врачу за предыдущие 12 месяцев, 40 % регулярно принимали лекарства, а треть перенесли потенциально ненужную операцию на брюшной полости по поводу своих симптомов, такую как гистерэктомия или холецистэктомия [4]. Наряду с тем фактом, что лечение этих состояний обходится дорого, а сами они влияют на качество жизни в той же степени, что и органические поражения желудочно-кишечного тракта [4], это подчеркивает фундаментальную важность ФН ЖКТ как для систем здравоохранения, так и для общества. Тем не менее, исследования ФН ЖКТ не являются приоритетом для финансирования [5]. Данная статья является первой в серии из трех. В двух дополнительных статьях подробно обсуждаются два наиболее распространенных ФН ЖКТ: СРК и функциональная диспепсия.

## ВЗГЛЯД СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТА

Диагноз ФН ЖКТ имеет значение для пациента из-за стигмы, которая его часто сопровождает. Эти расстройства не имеют структурно-органических особенностей, поэтому многие врачи считают их незначительными и негативно воспринимают пациентов с такими состояниями, часто считая их страдающими психическими расстройствами [7]. Такое отношение может нанести пациенту как физический, так и эмоциональный вред [8] и может привести к возникновению чувства стигматизации и стыда. В свою очередь, эта стигматизация может подорвать способность пациента адекватно выражать свои мысли и чувства медицинским работникам, заставляя его преуменьшать тяжесть своих симптомов и влияние, оказываемое ими на качество его жизни [8, 9]. Пациенты боятся, что их сочтут страдающими психическим расстройством, поэтому некоторые из них предпочитают страдать, избегая любых медицинских вмешательств, в конечном итоге теряя надежду на восстановление качества своей жизни или, наоборот, фактически еще более активно используя медицинские услуги в поисках ответов. Этот процесс может заставить пациентов отвергнуть диагноз из-за подозрения, что врач сдался и прекратил поиск истинной причины симптомов. Даже если пациент принимает диагноз, у него может развиваться чувство обвинения самого себя за наличие состояния, которое врачи не считают реальным [10]. Половина всех пациентов с ФН ЖКТ не информируют о диагнозе даже членов своей семьи и друзей из-за страха, что их неправильно поймут или не поверят [11].

Таким образом, что можно сделать, чтобы изменить восприятие этих расстройств и этих пациентов, а также обеспечить более адекватное информирование о диагнозе и эффективную помощь? Нужно начать с врачей, осуществляющих диагностику и лечение. Разочарование многих врачей заключается в том, что ФН ЖКТ не так легко вылечить, необходим постоянный контроль за симптомами, а следовательно, частые посещения и последующее наблюдение. Этот аспект заболевания может привести к разочарованию, когда пациент сообщает об отсутствии улучшения состояния, и может способствовать выгоранию врача.

Во-первых, врачи должны знать, как поставить точный диагноз ФН ЖКТ, используя основанные на симптомах Римские критерии, и как эффективно сообщить этот диа-

Панель 1 | Римские критерии IV пересмотра: Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта взрослых (нарушения взаимодействия между кишечником и мозгом) [14].

### А: Расстройства функции пищевода

- A1: Функциональная загрудинная боль пищевода происхождения
- A2: Функциональная изжога
- A3: Гиперсенситивный рефлюксный синдром
- A4: Ком в пищеводе (Globus)
- A5: Функциональная дисфагия

### В: Гастродуоденальные расстройства

- V1: Функциональная диспепсия
- V1a: Постпрандиальный дистресс-синдром
- V1b: Синдром эпигастральной боли
- V2: Расстройства, сопровождающиеся отрыжкой
- V2a: Чрезмерная супрагастральная отрыжка (аэрофагия)
- V2b: Чрезмерная неспецифическая отрыжка
- V3: Расстройства, сопровождающиеся тошнотой и рвотой
- V3a: Хронический синдром тошноты и рвоты
- V3b: Синдром циклической рвоты
- V3c: Каннабиноид-индуцированный рвотный синдром
- V4: Синдром руминации у взрослых

### С: Расстройства функции кишечника

- C1: Синдром раздраженного кишечника (СРК)
- C1a: СРК с преобладанием запора
- C1b: СРК с преобладанием диареи
- C1c: СРК, смешанный вариант
- C1d: СРК неклассифицируемый
- C2: Функциональный запор
- C3: Функциональная диарея
- C4: Функциональное вздутие живота
- C5: Неспецифическое функциональное кишечное расстройство
- C6: Опиоид-индуцированный запор

### Д: Расстройства центрального генеза, проявляющиеся абдоминальной болью

- D1: Болевой абдоминальный синдром центрального генеза
- D2: Опиоидная дисфункция кишечника или опиоид-индуцированная гастроинтестинальная гипералгезия

### Е: Расстройства функции желчного пузыря и сфинктера Одди

- E1: Билиарная боль
- E1a: Функциональные расстройства желчного пузыря
- E1b: Функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди
- E2: Функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди

### Ф: Аноректальные расстройства

- F1: Недержание кала

гноз пациенту, обосновав свои выводы и четко, лаконично обозначив расстройство. При постановке диагноза очень важно использование профессионального языка. Врач не должен говорить пациенту: «Мы думаем, что у вас СРК», вместо этого необходимо сформулировать диагноз так: «У вас СРК». Использование более определенных формулировок может улучшить принятие диагноза пациентом, уменьшить его опасения и обеспечить основу для соблюдения рекомендаций по лечению и режима приема лекарств, а также для положительных отношений между пациентом и лечащим врачом [12]. Во-вторых, пациенты должны быть пра-

вильно информированы о своем состоянии и принимать активное участие в процессе принятия решения о лечении. Пациенты лучше реагируют на четкую, краткую обучающую информацию с использованием изображений и диаграмм для закрепления сложных концепций, таких как ось «кишечник-мозг» или контроль «ворот боли», что не позволяет им обращаться к неквалифицированным источникам, которые могут содержать неточную информацию. Наконец, пациенты должны чувствовать и понимать, что они вправе задавать вопросы обо всем, что им неясно, честно говорить о тяжести своей болезни и ее влиянии на качество их жизни и ощущать значимость пережитого опыта. Когда все эти элементы обеспечены опытным клиницистом, и пациент, и врач могут получить положительные эмоции, эффективные результаты лечения и длительные доверительные взаимоотношения [13].

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Возможность правильно классифицировать пациентов с ФН ЖКТ является ключевой не только для облегчения диагностики и лечения, но и для исследования этиологии этих состояний. За последние 30 лет Римский фонд гастроэнтерологов и ученых в смежных областях, чьи работы касаются здоровья желудочно-кишечного тракта, создал и обновил стандартизированные методы диагностики и классификации ФН ЖКТ на основе консенсуса экспертных заключений и со ссылкой на имеющиеся в настоящее время данные. Римские диагностические критерии, которые были впервые предложены в 1990 году и затем подверглись трем пересмотрам, определяют каждое состояние в соответствии с определенной группой симптомов, на которые жалуются пациенты. Иногда для диагностики дополнительно исполь-

Таблица 1 | Определения некоторых наиболее распространенных ФН ЖКТ у взрослых согласно Римским критериям IV пересмотра, распространенность этих состояний среди населения в целом и подтверждающие исследования, необходимые для постановки этих диагнозов.

Название	Определение	Распространенность*	Исследования, необходимые для подтверждения†
Функциональная дисфагия	Ощущение ненормального прохождения пищевого болюса через пищевод при отсутствии структурных и моторных нарушений или аномалии слизистых оболочек.	3,2 %	Эндоскопия и биопсия, рентгенологическое исследование с бариевой взвесью и манометрия пищевода высокого разрешения
Функциональная изжога	Жжение, дискомфорт или боль за грудиной, которые не поддаются лечению оптимальной кислотоподавляющей терапией при отсутствии гастроэзофагеального рефлюкса, гистопатологических аномалий слизистой оболочки, значительных моторных нарушений или структурных аномалий.	1,1 %	Эндоскопия и биопсия, а также суточная рН-метрия и импедансометрия
Функциональная загрудинная боль пищевода происхождения	Рецидивирующая необъяснимая загрудинная боль предполагаемого пищевода происхождения, которая отличается от изжоги и не объясняется рефлюксной болезнью, аномалиями слизистой оболочки или моторными нарушениями.	1,4 %	Кардиологическое обследование, эндоскопия и биопсия, суточная рН-метрия и импедансометрия
Функциональная диспепсия	Характеризуется одним или несколькими симптомами, включая чувство переполнения в животе после приема пищи, раннее насыщение, боль или жжение в эпигастрии, которые не объясняют результаты обычного клинического исследования.	7,2 %	Эндоскопия и биопсия при наличии тревожных симптомов
Синдром руминации	Повторяющееся непринужденное отрыгивание недавно проглоченной пищи с последующим повторным пережевыванием и глотанием или изгнанием пищевого комка.	2,8 %	Манометрия пищевода высокого разрешения
Синдром циклической рвоты	Стереотипные эпизоды рвоты с острым началом и продолжительностью менее одной недели при отсутствии рвоты между эпизодами.	1,2 %	Анамнез обычно типичен, но в случае нетипичного анамнеза следует рассмотреть эндоскопию, компьютерную томографию головного мозга и скрининг на порфирию
Функциональный запор	Симптомы тяжелой, редкой или неполной дефекации, не соответствующие критериям синдрома раздраженного кишечника; хотя может присутствовать боль в животе со вздутием живота или без него, этот симптом не является преобладающим.	11,7 %	Общий анализ крови, исследования функции щитовидной железы и анализ кальция сыворотки; колоноскопия только в том случае, если пациент старше 50 лет
Синдром раздраженного кишечника	Рецидивирующие боли в животе, не реже одного дня в неделю, связанные с дефекацией или изменением частоты и характера стула.	4,1 %	Общий анализ крови, С-реактивный белок, серологические исследования на целиакию и анализ на кальпротектин в кале (при диарее); колоноскопия только в том случае, если пациент старше 50 лет или при наличии тревожных или нетипичных симптомов

Таблица 1 | Продолжение

Название	Определение	Распространенность*	Исследования, необходимые для подтверждения†
Функциональная диарея	Рецидивирующий жидкий или водянистый стул, не соответствующий критериям синдрома раздраженного кишечника; хотя может присутствовать боль в животе со вздутием или без него, этот симптом не является преобладающим.	4,7 %	Общий анализ крови, С-реактивный белок, исследования функции щитовидной железы, серологические исследования на целиакию, анализ на кальпротектин и эластазу в кале; колоноскопия только в том случае, если пациент старше 50 лет или при наличии тревожных симптомов
Функциональное вздутие живота	Субъективные симптомы переполнения живота, давления или ощущение газа в животе (вздутия живота) и объективно измеряемое увеличение обхвата живота, не соответствующие критериям какого-либо другого функционального расстройства кишечника (хотя одновременно может наблюдаться легкая боль в животе или незначительные изменения частоты и характера стула).	3,5 %	Общий анализ крови, серологические исследования на целиакию и антиген СА-125 (только для женщин)
Неспецифическое функциональное кишечное расстройство	Симптомы со стороны кишечника, не связанные с органической причиной и не соответствующие диагностическим критериям синдрома раздраженного кишечника, функционального запора, функциональной диареи или функционального вздутия живота с увеличением обхвата живота или без него.	11,0 %	Учитывая, что этот диагноз ставится пациентам, для которых исключены такие состояния как функциональный запор, синдром раздраженного кишечника, функциональная диарея или функциональное вздутие живота с увеличением обхвата живота или без него, необходимо провести всеисследования, указанные для этих расстройств
Преходящая прокталгия	Внезапная сильная боль в области прямой кишки, продолжающаяся от нескольких секунд до нескольких минут, а затем полностью исчезающая.	5,9 %	Аноректальная манометрия и МРТ таза

ФН ЖКТ = Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта

\* Общая доля людей, сообщивших о симптомах, совместимых по крайней мере с одним ФН ЖКТ, в глобальном исследовании бремени заболеваний, проведенном Римским фондом, составила 42,7 % [3], но комбинированная частота встречаемости, указанная в таблице 1, составляет более 50 %, поскольку разные ФН ЖКТ часто встречаются совместно [4]. Одновременное наличие нескольких состояний усиливает негативное влияние на качество жизни и психическое здоровье, а также повышает вероятность обращения за медицинской помощью, усиливает необходимость терапии и повышает вероятность ненужного хирургического вмешательства [4].

† Многие из этих исследований доступны только в рамках специализированной медицинской помощи. Врач общей практики с большей вероятностью поставит диагноз на основании клинических данных и назначит лечение, или же в случае неопределенности в диагнозе направит к более узкому специалисту.

зуют ограниченное число исследований. У взрослых, согласно классификации по анатомическому расположению, существует 33 ФН ЖКТ (панель 1), каждое из которых имеет подтвержденные и подробно описанные критерии, основанные на симптомах [14]. Римские критерии IV (последнего пересмотра), опубликованные в 2016 году, призывают переосмыслить эти состояния как нарушения взаимодействия кишечника и мозга, признавая сложное взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов в их патогенезе [2]. Это изменение также отражает тот факт, что термин «функциональный» является неспецифическим и, как следствие, пациенты могут чувствовать стигматизацию диагностическим ярлыком — «функциональное состояние» считается менее обоснованным или важным, чем органическое заболевание, несмотря на то что в обоих случаях симптомы почти идентичны и в равной степени реальны и неприятны [2]. Однако в определении некоторых диагнозов термин «функциональный» сохраняется для идентификации тех пациентов, у кого отсутствуют физиологические маркеры или корреляция с физиологией.

Недавний глобальный интернет-опрос 54 127 взрослых в сообществах 26 стран, проведенный Римским фондом, показал, что 23 112 человек (43 %) подходят по критериям наличия по крайней мере одного ФН ЖКТ [3]. Эти люди активнее прибегали к медицинским услугам и говорили о более низком качестве жизни, чем те, кто не соответствовал этим

критериям. В одном шведском исследовании [15] с последующим наблюдением в течение 7 лет только 232 (42 %) из 547 респондентов в общей популяции не имели симптомов на протяжении всего исследования. Некоторые из наиболее распространенных ФН ЖКТ, согласно Римским критериям IV, их предполагаемая частота среди населения в целом в глобальном обследовании Римского фонда [3], а также подтверждающие исследования, необходимые для постановки этих диагнозов, описаны в таблице 1 [16–21]. СРК, функциональная диспепсия и функциональный запор относятся к числу наиболее распространенных ФН ЖКТ и являются предметом особого внимания исследователей в этой области. Однако другие расстройства, которые менее хорошо изучены и для которых не хватает доказательных методов лечения, такие как руминация и функциональная дисфагия, также встречаются чаще, чем считалось ранее.

Женщины, как правило, страдают от ФН ЖКТ чаще, чем мужчины [22–24]. Действительно, глобальное исследование Римского фонда показало, что 49 % женщин сообщили о наличии хотя бы одного ФН ЖКТ по сравнению с 37 % мужчин [3]. Эпидемиологические исследования [25, 26] показали повышенный риск развития при ФН ЖКТ как атопических, так и аутоиммунных заболеваний. Курение также является фактором риска [27], а внекишечные симптомы, такие как усталость или другие хронические болевые синдромы, перекрываются в большей степени, чем можно бы-

ло бы ожидать случайно [28, 29]. Что касается географии, то исследования постоянно показывают различия в распространенности ФН ЖКТ между странами, хотя эти состояния наблюдаются во всем мире [3, 22–24, 30, 31]. Эта вариативность может частично объясняться различиями в методологии проведения исследований [31]. Однако она может также отражать различия в генетике, культуре, образе жизни и традициях питания, существующие между нациями [32, 33].

## ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

По определению, ФН ЖКТ не объясняются какими-либо структурными аномалиями. На основе биопсихосоциальной модели, разработанной Энгелем (Engel) [34] и адаптированной Дроссманом (Drossman) [35, 36], они характеризуются не как заболевания, а как сложные двунаправленные нарушения регуляции взаимодействия между кишечником и мозгом через ось «кишечник-мозг» (рисунок 1). Общеизвестно, что свой вклад в патогенез ФН ЖКТ на про-

тяжении десятилетий вносят висцеральная гиперчувствительность, аномальная моторика (перистальтика) желудочно-кишечного тракта и психические расстройства, однако совсем недавно при ФН ЖКТ были выявлены неспецифическое воспаление кишечника, повышенная проницаемость кишечника, активация иммунитета и нарушения в микробиоме, что бросает вызов представлениям о полном отсутствии структурных изменений при ФН ЖКТ [37, 38].

Интегрированная модель патогенеза заболевания могла бы объяснить все известные явления, встречающиеся при ФН ЖКТ, и, что важно, обеспечила бы новое, экспериментально проверяемое понимание их причин (рисунок 2) [27, 39]. Важно, что биопсихосоциальная модель определяет болезнь как целостную и многофакторную и подчеркивает существование тесной связи между разумом и телом, которой способствует признанный факт двунаправленной связи между мозгом и кишечником при ФН ЖКТ [34, 35, 40]. Каковы бы ни были основные причины и патогенез ФН ЖКТ, для субъективного восприятия симптомов пациентом необходима обработка болевых и других сигналов от ки-

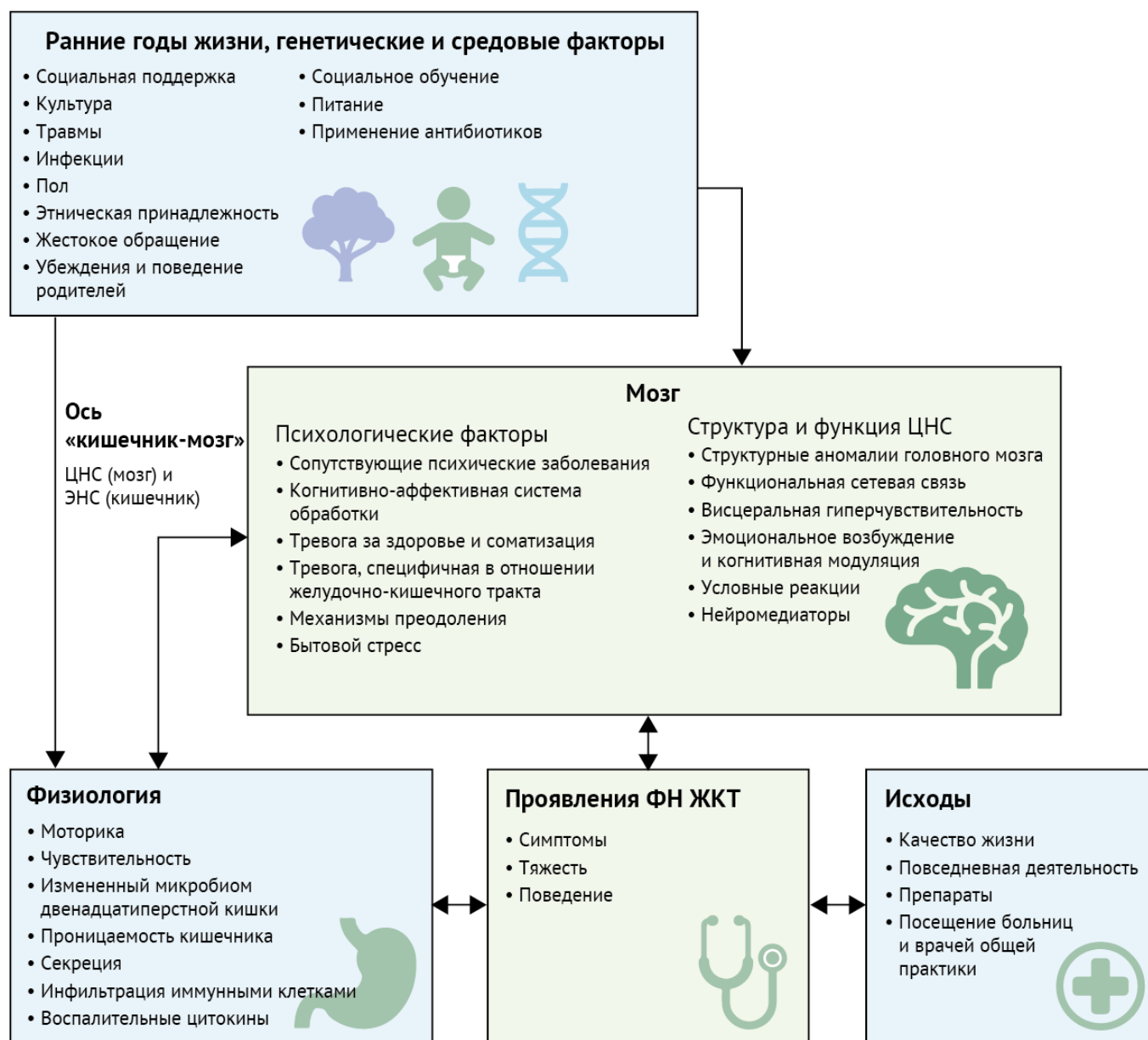
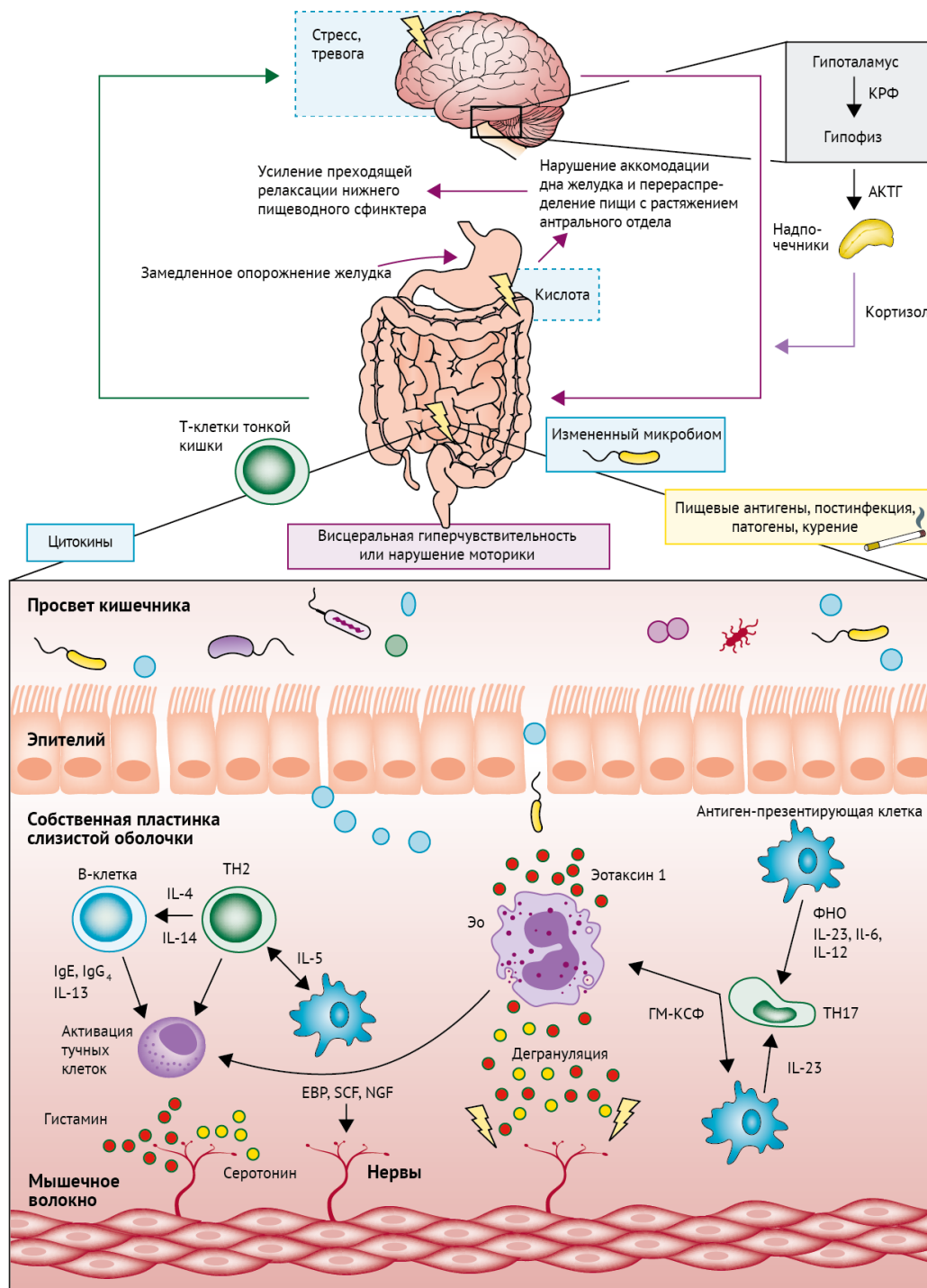


Рисунок 1 | Биопсихосоциальная модель функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта  
ФН ЖКТ = функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. ЭНС = энтеральная нервная система.  
Адаптировано из van Oudenhove с соавт. [35].



**Рисунок 2 | Модель активации иммунной системы кишечника при функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта**  
 Предполагается, что после первичного контакта хозяина с антигеном факторы окружающей среды вызывают активацию его иммунной системы. Презентация Т-лимфоцитам антигенов из просвета кишечника, таких как патогены или пищевые пептиды, стимулирует созревание наивных Т-лимфоцитов до Т-хелперов 2 (ТН2). Высвобождение ассоциированных цитокинов (IL-4, IL-5 и IL-14) способствует активации и привлечению эозинофилов, В-лимфоцитов и тучных клеток. В дополнение к традиционному ТН2-пути секреция IL-23 антиген-презентирующими клетками, такими как дендритные клетки, В-лимфоциты и макрофаги, способствует дифференцировке Т-хелперов 17 (ТН-17). Продукция ГМ-КСФ Т-хелперами ТН-17 дополнительно стимулирует привлечение эозинофилов. Дегрануляция тучных клеток и эозинофилов приводит к высвобождению медиаторов воспаления, которые могут повреждать кишечный барьер, а также стимулировать и повреждать нервные волокна кишечника, что приводит к висцеральной гиперчувствительности и нарушению моторики, вызывающим желудочно-кишечные симптомы. Т-клетки кишечника,  $\alpha 4\beta 7$ , являются маркером воспаления кишечника как при функциональной диспепсии,

так и при синдроме раздраженного кишечника, и их уровень коррелирует с задержкой опорожнения желудка. Моторная дисфункция двенадцатиперстной кишки также может нарушать клиренс кислоты, вызывая кишечно-желудочные рефлексорные реакции, которые нарушают аккомодацию дна желудка и усиливают переходящую релаксацию нижнего пищеводного сфинктера, что приводит к желудочно-кишечному рефлюксу. Сигнальные каскады, стимулирующие дальнейшее высвобождение цитокинов, могут привести к появлению внекишечных симптомов, таких как беспокойство и усталость. Место и степень активации иммунной системы кишечника могут определять тип возникшего нарушения (например, поражение проксимального отдела кишечника может вызывать функциональную изжогу или диспепсию, более дистальное поражение — синдром раздраженного кишечника, функциональный запор или функциональную диарею).

КРФ = кортикотропин-рилизинг фактор, АКГГ = адренокортикотропный гормон, Ig = иммуноглобулин, IL = интерлейкин, ТН = Т-хелперная клетка.

Адаптирована из работы Talley и Talley [27, 39].

шечника центральной нервной системой. Это участие центральной нервной системы подтверждается объективными данными, в том числе доказательствами существования нескольких областей аномальной мозговой активности, связанной с висцеральной гиперчувствительностью, а также с тревогой и депрессией у пациентов с ФН ЖКТ [41, 42]. В данных исследованиях нельзя определить причинно-следственные связи, однако они не имеют значения, когда патофизиология понимается с точки зрения взаимодействующих систем.

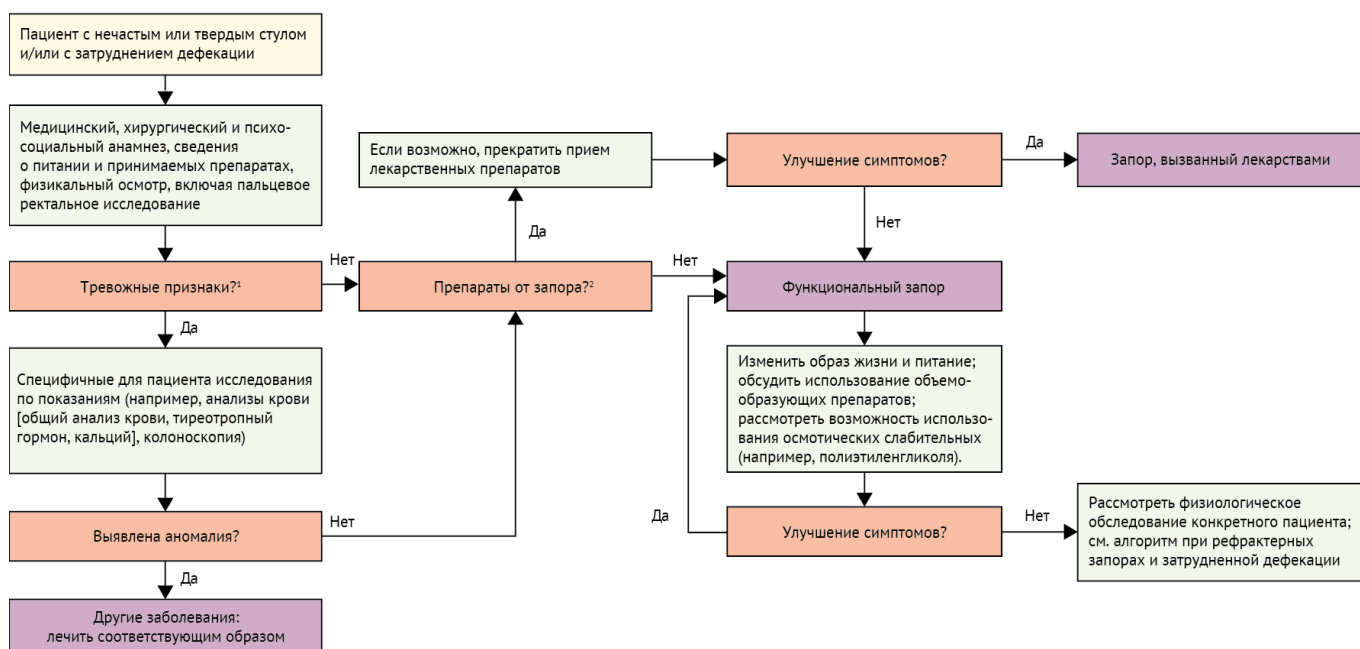
Новые данные ставят под сомнение концепцию о том, что пути «кишечник-мозг» действуют одинаково у всех пациентов с ФН ЖКТ. Независимые эпидемиологические исследования [43–45] показывают, что в 50 % случаев ФН ЖКТ начинаются с психологического стресса, за которым следуют желудочно-кишечные симптомы, в то время как в других 50 % случаев сначала возникает дисфункция кишечника, а затем наступает психологический стресс. Это наблюдение привело к гипотезе о том, что у некоторых пациентов патологический процесс начинается в желудочно-кишечном тракте и в первую очередь управляется им, что впоследствии вызывает системные проявления, включая психологическую дисфункцию как неотъемлемую часть патологического процесса. Кроме того, были определены вероятные микробные причины; *Helicobacter pylori* является общепризнанной причиной функциональной диспепсии, поскольку у некоторых пациентов излечение заболевания занимает длительное время после успешной эрадикации инфекции [46], а после гастроэнтерита может возникать или сохраняться впервые возникший СРК и/или функциональная диспепсия [47, 48], хотя гастроэнтерит как провоцирующий фактор выявляется в анамнезе лишь в редких случаях [49, 50].

## ДИАГНОСТИКА

ФН ЖКТ имеют определенные клинические признаки, но, в отличие от воспалительных заболеваний кишечника или других структурно обусловленных заболеваний, не имеют характерной морфологии или биомаркеров, позволяющих поставить диагноз. Клинические симптомы пациентов, определяемые этими стандартизированными критериями, гомологичны, что позволяет исследователям включать в исследования схожих субъектов, а клиницистам — выбирать пациентов для специфического лечения.

Диагностика ФН ЖКТ требует соответствия критериям, основанным на симптомах, и экономически эффективного исключения других специфических состояний, имеющих сходные клинические проявления, например, путем физикального обследования (включая пальцевое ректальное исследование), лабораторных исследований и визуализации (таблица 1). Для исследовательских целей важно исключить четко определенные нарушения моторики, такие как хроническая псевдообструкция кишечника или гастропарез, или даже другие ФН ЖКТ. Поэтому в клиническое исследование СРК не будут включены пациенты, которые соответствуют критериям СРК, но также имеют функциональную диспепсию. Однако в клинической практике хорошо известно, что нарушения моторики и другие ФН ЖКТ часто сосуществуют; оба диагноза распознаются и поддаются лечению.

Ценность выявления других диагнозов, таких как целиакия или воспалительные заболевания кишечника, которые могут проявляться сходными симптомами, заключается в том, что для разных состояний эффективны совершенно разные методы лечения. Тем не менее, процесс дифференциальной диагностики требует хорошей клиниче-



**Рисунок 3 | Диагностические алгоритмы для пациента с неисследованными симптомами по типу запора [61, 62]**  
Алгоритмы были утверждены и стандартизированы Римским фондом. Фиолетовый цвет обозначает клинические состояния (диагнозы), оранжевый — поле для принятия решения (с вариантами «да» и «нет» на выходе), а зеленый — поле действия (требуется диагностический тест или терапевтическое действие).

<sup>1</sup> Возраст старше 50 лет, неожиданная потеря веса (> 10 % от идеальной массы тела), наличие в семейном анамнезе рака толстой кишки, ночные симптомы, недавнее изменение характера или частоты стула, ректальное кровотечение (не вызванное геморроем или трещинами заднего прохода).

<sup>2</sup> Опиаты, блокаторы кальциевых каналов, холинолитики, препараты железа.



ской оценки с учетом риска, связанного с избыточным исследованием [13]. Опытные клиницисты могут определить, какие пациенты нуждаются в дальнейшем обследовании. Например, для студента колледжа, пришедшего в клинику первичной медицинской помощи с эпизодом спазмов в животе и диареей перед выпускными экзаменами, достаточно минимального обследования, или же врач может вообще не назначать обследования и только наблюдать за динамикой симптомов. И наоборот, пожилому пациенту с похожими симптомами, которые в течение нескольких месяцев усиливаются и сопровождаются потерей веса, потребуются дополнительное обследование, например колоноскопия, в т. ч. с визуализацией. Кроме того, характер обследования будет зависеть от имеющихся клинических признаков; при преобладающем болевом синдроме необходим иной набор исследований, чем при хронической диарее или рвоте.

Наилучший способ провести экономически эффективное и целенаправленное диагностическое обследование — изначально учитывать конкретные клинические параметры. Факторы, которые могут привести к дополнительному обследованию, включают пожилой возраст (например, после 50 лет назначают колоноскопию), другие сопутствующие заболевания, более короткую продолжительность симптомов или ухудшение тяжести и течения болезни, отсутствие информации о предыдущих исследованиях или наличие тревожных симптомов или так называемых «красных флагов». Тревожные симптомы в определенной степени зависят от анатомической области и рассматриваемого диагноза; к ним относят потерю веса, рвоту кровью, постоянную рвоту, кровь в стуле, воспалительное заболевание кишечника или рак в семейном анамнезе, отклонения от нормы при физикальном обследовании или аномальные результаты лабораторных исследований, такие как анемия. Когда симптомы носят хронический характер, необходимость в повторном обследовании определяется появлением новых или изменением характера имеющихся клинических признаков или тревожных симптомов, а не увеличением частоты жалоб на симптомы. Одним из методов решения этих проблем является использование алгоритмов диагностики, разработанных Римским фондом [61]. В качестве примера на рисунке 3 представлен рекомендуемый алгоритм обследования пациентов с симптомами запора [61, 62].

## ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

ФН ЖКТ — это хронические заболевания. Хотя их симптомы переменчивы и часто связаны с приемом пищи [56, 57], частота жалоб на симптомы, как правило, остается неизменной с учетом того, что число людей, чьи симптомы исчезают, совпадает с числом людей, у которых развиваются новые симптомы [63–65]. Развитие впервые возникших симптомов у людей, которые симптомов ранее не имели, может указывать на двунаправленность путей «кишечник-мозг»; при этом более высокий уровень тревоги и депрессии связан с развитием СРК и функциональной диспепсии в ходе последующего наблюдения [44, 45, 66]. Тем не менее, в последующих продольных исследованиях среди пациентов, у которых симптомы сохранялись, также наблюдался переход между различными ФН ЖКТ [65, 67, 68]. Действительно, шведское исследование [15] показало, что симптомы варьировали у 40–60 % пациентов, в течение се-

ми лет жаловавшихся на СРК, диспепсию, симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса или незначительные симптомы, не отвечающие критериям ФН ЖКТ. Не менее часто наблюдается совпадение симптомов, так что у одного пациента с ФН ЖКТ могут наблюдаться как другие (два и более) ФН ЖКТ [69–71], так и другие необъяснимые с медицинской точки зрения состояния, такие как синдром хронической усталости [72] или фибромиалгия [73]. Распространенность тревоги и депрессии нарастает с увеличением числа одновременно присутствующих у пациента ФН ЖКТ, а также с частотой и тяжестью желудочно-кишечных симптомов [74]. Также часто встречается нарушение сна [75, 76], распространенность которого, похоже, также повышается с увеличением числа одновременно присутствующих у пациента ФН ЖКТ [75].

Тревогу вызывает тот факт, что около трети пациентов с ФН ЖКТ из-за наличия абдоминальных симптомов будут подвергаться ненужным хирургическим вмешательствам, включая холецистэктомию и гистерэктомию [4]. В одном из опросов 51 (23 %) из 223 пациентов с функциональной диспепсией сообщили о том, что перенесли хирургические операции, проведенные специально для изучения их симптомов, в том числе диагностические вмешательства [77]. Многомерный анализ с поправкой на множественные вмешивающиеся факторы, проведенный для изучения частоты хирургических операций среди пациентов с СРК, показал, что наличие СРК в три раза повышает шансы на проведение холецистэктомии, в два раза — аппендэктомии и гистерэктомии, а также на 50 % — операции на поясничном отделе позвоночника [78]. Такие вмешательства в сочетании с тем фактом, что две трети пациентов обращались к врачу в течение предыдущих 12 месяцев, и 40 % пациентов принимают лекарства от своих симптомов [4], значительно повышают и без того значительные затраты здравоохранения на лечение ФН ЖКТ [77, 79–81]. Хотя наличие функционального запора было связано с повышением риска смертности примерно на 20–30 % [82, 83], это, по-видимому, не относится к другим ФН ЖКТ. Тем не менее, частота этих состояний поражает. Пациенты говорят о негативном влиянии заболеваний на их трудоспособность, указывают на большое количество вынужденных невыходов на работу или снижение продуктивности труда ввиду болезни, а также на ухудшение способности к социализации [81]. Таким образом, мы видим существенное негативное воздействие ФН ЖКТ на качество жизни [3, 81].

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Общие принципы лечения основаны на биопсихосоциальном понимании состояний [36] и связаны с нарушением регуляции оси «кишечник-мозг». ФН ЖКТ определяются любой комбинацией нарушения моторики, висцеральной гиперчувствительности, иммунной функции и изменений слизистой оболочки, микробиоты кишечника и обработки сигналов в ЦНС [20]. Таким образом, симптомы пациентов, соответствующие Римским критериям IV для ФН ЖКТ, могут быть переменчивыми и находиться под влиянием различных комбинаций этих факторов. Так, например, у пациента, отвечающего критериям наличия СРК, может быть вздутие живота, связанное с неправильным перевариванием пищевых компонентов, таких как ферментируемые олигосахариды, дисахариды или моносахариды и по-

**Повысьте удовлетворенность пациента и улучшите взаимодействие с ним**

Удовлетворенность связана с восприятием пациентом гуманности врача, его компетентности, интереса к психосоциальным факторам и предоставления соответствующей медицинской информации. Взаимодействие опирается на невербальное общение, включающее хороший зрительный контакт, утвердительные кивки, мягкий тон голоса, близкую межличностную дистанцию и создание сотрудничества.

**Соберите анамнез с помощью опроса — свободного, не осуждающего и ориентированного на пациента**

Этот процесс включает активное выслушивание и вопросы о мыслях, чувствах и переживаниях пациента; он не проводится на основе персонального или заранее определенного списка вопросов.

**Установите непосредственную причину визита пациента и оцените вербальную и невербальную коммуникацию пациента**

Спросите пациента: «Что привело Вас ко мне в это время?». Причины визита пациента могут включать следующие: новые или усугубляющие факторы, включая изменение рациона питания, сопутствующие заболевания и побочные эффекты новых лекарств; личное беспокойство по поводу тяжелого заболевания; личные или семейные стрессовые факторы, включая недавнюю смерть, или годовщину смерти, или другую серьезную утрату, жестокое обращение в данный момент или в прошлом; обострение или развитие сопутствующих психических заболеваний, включая депрессию или тревожность; нарушение ежедневной деятельности (недавно возникшая неспособность работать или общаться); или скрытые мотивы, такие как злоупотребление наркотическими средствами или слабительными, незавершенный судебный процесс или установление инвалидности.

**Проведите тщательный медицинский осмотр и экономически эффективное обследование**

Хорошо проведенный медицинский осмотр имеет ценность для лечения [86].

**Установите понимание пациентом болезни и опасений**

Задавайте следующие вопросы: «Как Вы думаете, что вызывает у Вас симптомы?» или «Какие опасения или беспокойства Вы испытываете по поводу своего состояния?»

**Выясните понимание пациентом симптомов (схемы болезни) и дайте объяснение, учитывающее убеждения пациента**

Примером объяснения может быть: «Я понимаю, что Вы считаете, что у Вас недиагностированная инфекция. Мы понимаем, что инфекция прошла, но она затронула Ваши нервы, поэтому Вы чувствуете, как будто она все еще там, как фантомная конечность».

**Определите ожидания пациента относительно улучшения состояния и реалистично реагируйте на них**

Спросите: «Как, по-вашему, я могу быть Вам полезен?».

**По возможности укажите связь между стрессовыми факторами и симптомами, которые согласуются с убеждениями пациента**

Многие пациенты не могут связать стресс с болезнью. Однако большинство из них понимает, как болезнь влияет на их эмоциональное состояние. Врач может сказать: «Я понимаю, что Вы не считаете стресс причиной вашей боли, но Вы упомянули, насколько эта боль сильна и мешает Вам. Как вы думаете, в какой степени она вызывает у Вас эмоциональные страдания?».

**Установите последовательные ограничения**

Например, объясните: «Я понимаю, насколько сильной может быть боль, однако даже в этом случае мы не можем назначить наркотические анальгетики, поскольку они могут быть вредными».

**Привлеките пациента к участию в лечении**

Врач может сказать: «Позвольте мне предложить Вам несколько вариантов лечения... Что Вы думаете об этих вариантах?»

**Дайте рекомендации в соответствии с интересами пациента**

Например, «Нейромодуляторы можно использовать при депрессии, но они также используются для выключения боли и могут быть полезны в более низкой дозировке, чем та, что используется при депрессии».

**Помогите установить постоянные отношения с пациентом или в сотрудничестве с врачом первичного звена**

Например, успокойте пациента: «Каким бы ни был результат этого лечения, я готов рассмотреть другие варианты и продолжу работать с Вами в этом направлении».

лиолы (FODMAP), боль и диарея, связанные с висцеральной гиперчувствительностью, нарушение иммунной регуляции слизистой оболочки после бактериальной инфекции (постинфекционный СРК) или тревога и боль, вызванные центральной дисрегуляцией боли и связанные с посттравматическим стрессовым расстройством, возникшим после сексуальной или физической травмы. Поскольку клинический профиль и степень тяжести могут меняться с течением времени, проницательный врач должен определить, какие из этих факторов по отдельности или в комбинации являются целями для лечения. Есть несколько принципов, которые следует учитывать при начале лечения.

**Отношения между пациентом и медицинским работником**

Хорошо известно, что эффективные отношения между пациентом и медицинским работником повышают удовлетворенность обеих сторон и приверженность пациента лечению, уменьшают выраженность симптомов и улучшают клинические исходы (панель 2). [13, 85, 87].

**Профиль симптомов**

Тип симптомов, их локализация и определяющие физиологические факторы будут влиять на лечение. Некоторым пациентам будет достаточно простых недорогих методов лечения, таких как слабительные или противодиарейные средства, хотя доказательная база для этих методов лечения ограничена. Метаанализы, основанные на исследованиях и базах данных, показали, что при функциональном запоре или СРК с запором эффективны такие препараты, как линаклотид \* или лубипростон \* (действующие как стимуляторы секреции через ионные каналы кишечника) или прокинетики, такие как прукалоприд или тегасерод (действующие через 5-HT<sub>2</sub> серотониновые рецепторы) [88–90]; в случае диареи при СРК полезны рифаксимин (минимально абсорбируемый антибиотик), алосетрон\* или ондансетрон (антагонисты 5-HT<sub>3</sub> серотониновых рецепторов) или элуксадолин (агонист μ- и κ-опиоидных рецепторов и антагонист δ-опиоидных рецепторов) [91, 92]. Однако при силь-

\* В России разрешение на применение не имеет — прим. перев.

Таблица 2 | Клинический профиль тяжести функциональных желудочно-кишечных расстройств [20, 97].

	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Предполагаемая распространенность	40 %	35 %	25 %
Баллы по шкале оценки тяжести симптомов *	Низкие	Средние	Высокие
Физиологические факторы	В первую очередь желудочно-кишечная дисфункция	Желудочно-кишечная дисфункция и нарушение регуляции боли в ЦНС	В первую очередь нарушение регуляции боли в ЦНС
Психосоциальные трудности	Отсутствие или легкий психологический стресс	Умеренный психологический стресс	Серьезный психологический стресс, катастрофизация или пережитое жестокое обращение
Боль в животе	Легкая и преходящая	Несильная и частая	Тяжелая, очень частая или постоянная
Число внекишечных симптомов	Низкое (1–3 симптома)	Среднее (4–6 симптомов)	Большое (7 или более симптомов)
Качество жизни, связанное со здоровьем	Хорошее	Приемлемое	Низкое
Обращения за медицинской помощью	0–1 раз в год	2–4 раза в год	Пять и более раз в год
Ограничение активности	Иногда (0–15 дней в году)	Часто (15–50 дней в году)	Часто или постоянно (более 50 дней в году)
Доля пациентов, сообщающих о нетрудоспособности	< 5 %	6–10 %	11 % или больше

СРК = синдром раздраженного кишечника

\* Например, СРК легкой степени соответствует 75–175 баллов; средней — 176–300, а тяжелой — более 300.

ной сопутствующей боли в животе рекомендовано лечение антидепрессантами или препаратами, направленными на ЦНС, т. н. центральными нейромодуляторами [93, 94]. Если боль локализована в прямой кишке (например, при синдроме мышцы, поднимающей задний проход) возможно лечение с помощью биологической обратной связи [19]. Клиницисту необходимо определить, какие симптомы являются доминирующими и какие методы лечения с наибольшей вероятностью приведут к улучшению.

## Психосоциальные особенности

Ось «кишечник-мозг» является основой двунаправленной взаимосвязи, при которой желудочно-кишечные симптомы влияют на психосоциальное состояние, и наоборот. Таким образом, хроническая боль, тошнота или рвота могут привести к тревоге или депрессии в зависимости от раннего опыта, преодоления трудностей, а также влияния социума и семьи. И наоборот, психосоциальные трудности, включая сопутствующую тревожность, депрессию, серьезную утрату или сексуальную или физическую травму в анамнезе, влияют на болевой порог и моторику желудочно-кишечного тракта. Эта связь оправдывает использование поведенческих методов лечения желудочно-кишечного тракта, таких как когнитивно-поведенческая терапия или гипнотерапия [95].

Хотя сопутствующие психосоциальные заболевания могут определять необходимость поведенческой терапии для лечения желудочно-кишечного тракта, успех лечения определяется осознанием пациентом его ценности и мотивацией к участию [96]. Лучшие кандидаты на поведенческую терапию для заболеваний желудочно-кишечного тракта понимают природу расстройств взаимодействия «кишечник-мозг», открыты для изменения поведения с целью облегчения симптомов, могут установить связь между стрессом/тревогой и симптомами, а также имеют время для участия в терапии. Пациенты с тяжелой психопатологией или расстройством личности, которые плохо понимают взаимодействие кишечника и мозга, которые зациклены на ле-

чении или же которые не могут или не хотят принимать участие в лечении, вряд ли получат пользу от терапии [95].

## Тяжесть симптомов

Степень тяжести — это биопсихосоциальная комбинация жалоб пациента на желудочно-кишечные и внекишечные симптомы, степени боли, инвалидности, психосоциальных нарушений, восприятия болезни и связанных с болезнью поведения и изменения качества жизни [97]. Степень тяжести имеет значение при принятии решения о лечении. Например, пациент, имеющий нечастые слабо выраженные боли в животе без каких-либо других симптомов и без психологического стресса, вряд ли обратится за лечением, и даже в случае обращения его симптомы будут определены как легкие, не требующие лечения. И наоборот, пациент, страдающий сильной болью в животе, наряду с фибромиалгией и мигренью, который не может работать, находится в депрессии и часто обращается за медицинской помощью или же госпитализирован, будет считаться страдающим тяжелыми симптомами и подвергаться лечению поведенческими методами и множественными медицинскими процедурами. Авторы статьи представляют руководство, разработанное рабочей группой Римского фонда, для оказания помощи в классификации степени тяжести ФН ЖКТ (таблица 2) [97].

Таким образом, лечение ФН ЖКТ требует эффективных взаимоотношений между пациентом и медицинским работником, а также мультимодального подхода, который учитывает характер симптомов, их тяжесть, наличие сопутствующих психосоциальных заболеваний и (в сочетании) их воздействие на пациента. Многомерный клинический профиль, предложенный Римским фондом, учитывает эти факторы, чтобы помочь клиницисту оказывать помощь, ориентированную на личные потребности пациента [98, 99]. Пять компонентов этого профиля включают: категориальный диагноз (симптоматические критерии); клинический модификатор (например, СРК с запором, диареей или смешанный вариант, постинфекционная этиология и чувствительность к

FODMAP); влияние на пациента (слабое, умеренное и тяжелое); психосоциальный модификатор (например, диагноз психолога, история потери или травмы); а также физиологическая дисфункция и биомаркеры (при наличии). Хотя в настоящее время эта модель имеет эвристическую ценность и продвигается в клиническом образовании [99], для обеспечения доказательной поддержки необходимы дополнительные исследования.

По мере того, как новые проверяемые модели патофизиологии ФН ЖКТ развиваются и улучшают наше понимание этих состояний, будущие подходы к лечению, вероятно, станут более персонализированными, основанными не только на симптомах, но и на лежащих в их основе патофизиологии и психологии.

Поддержать  
Medach



Наш сайт



Medach в FB

Medach в VK



Medach в Youtube

Medach в Telegram



Сообщество Sons of Medicine

# Функциональная диспепсия

## Факторы риска

Нестероидные противовоспалительные препараты

Сопутствующие психические состояния

Инфекция *Helicobacter pylori*

Острый гастроэнтерит

Женский пол

Курение

## Симптомы

Симптомы должны наблюдаться в течение последних трех месяцев при начале за шесть или более месяцев до диагностики. Результаты эндоскопического обследования должны быть в норме

### Функциональная диспепсия

Изжога Боли в эпигастрии

Чувство переполнения в животе после приема пищи Раннее насыщение

Постпрандиальный дистресс-синдром

Синдром болей в эпигастрии

Сенсорная и моторная дисфункция ЖКТ

Нарушения микробиоты ЖКТ

Дисфункция оси «кишечник-мозг»

## Патофизиология

Дисфункция иммунитета

## Тактика ведения

Возраст  $\geq 55$  лет или наличие тревожных симптомов

Проверка возраста или симптомов

Возраст  $< 55$  лет без тревожных симптомов

### Анализ

**Экстренная эндоскопия:** возраст 55 лет и старше или дисфагия с потерей веса и болью в верхней части живота / рефлюксом / диспепсией  
**Плановая эндоскопия:** рвота с кровью, устойчивая к лечению диспепсия, боль в верхней части живота с низким гемоглобином, повышенное количество тромбоцитов с тошнотой / рвотой / потерей веса / рефлюксом / диспепсией / болью в верхней части живота или тошнота и рвота с потерей веса / рефлюксом / диспепсией / болью в верхней части живота

Неинвазивный тест на *H. pylori*

*H. pylori* (+)

*H. pylori* (-)

Определение антигена в кале / уреазный дыхательный тест 13С-УДТ

Неинвазивный тест на *H. pylori*

Отклонение

Норма

*H. pylori* (+)

*H. pylori* (-)

Лечение соответствующей патологии

Эзофагит, язвенная болезнь или рак желудка/пищевода

Симптомы сохраняются: перепроверить диагноз, рассмотреть возможность эндоскопии

Эрадикационная терапия

Симптомы проходят

### Лечение

Терапия ИПП

Симптомы проходят

Симптомы сохраняются: перепроверить диагноз, рассмотреть возможность эндоскопии

### Качество доказательной базы

Очень низкое Умеренное Высокое

ТЦА или прокинетики

Симптомы проходят

Симптомы сохраняются: перепроверить диагноз, рассмотреть возможность эндоскопии

Прокинетики могут быть более эффективными при постпрандиальном дистресс-синдроме, а ТЦА – при болевом синдроме в эпигастрии

### Тактика ведения

Снизить ИПП до минимально возможной дозы и выписать пациента

Выписать пациента  
Продолжение наблюдения имеет смысл при продолжении применения ТЦА

Рассмотреть возможность психотерапии

Выписать пациента

# Синдром раздраженного кишечника

## Факторы риска



Острая кишечная инфекция в анамнезе

Молодой возраст

Женский пол

Другие функциональные соматические синдромы (фибромиалгия, хроническая усталость)

## Факторы риска, влияющие на тяжесть симптомов

Менее тяжелые, более частые

Более тяжелые, менее частые

- Характер пищи
- Острая желудочно-кишечная инфекция
- Воспаление слизистой оболочки
- Операции на органах брюшной полости или таза
- Менструации

- Стрессовые ситуации
- Соматизация
- Тревога или депрессия
- Низкая стрессоустойчивость
- Плохая социальная поддержка
- Деадаптивные убеждения
- Психологическое и физическое насилие

## Патофизиология



## Диагностика

### • Синдром раздраженного кишечника

#### Повторяющиеся боли в животе

Плюс два или более из следующих критериев:

- + связаны с дефекацией
- + изменение частоты дефекации
- + изменение формы стула



По крайней мере в течение 1 дня/недели за последние 3 месяца; с начала симптомов прошло не менее 6 месяцев.

### • Синдром раздраженного кишечника с...

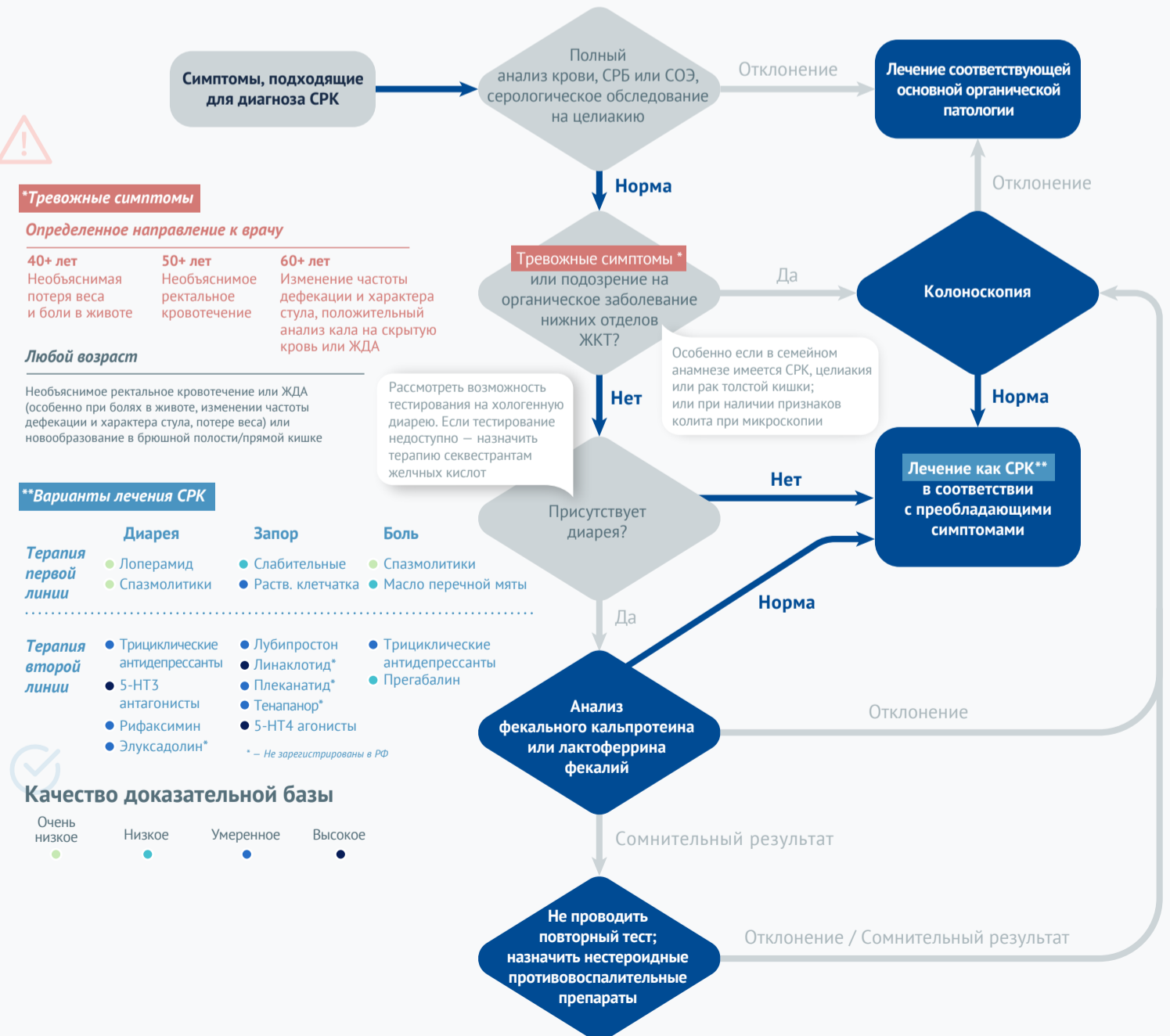
% опорожнений кишечника: Бристольская классификация стула

	1	2	3	4	5	6	7
<b>Запор</b>		≥25%		и			<25%
<b>Диарея</b>		<25%		и			≥25%
<b>Смешанный режим дефекации</b>		≥25%		и			≥25%

Неклассифицир.

удовлетворяющий критериям СРК, но не относящийся ни к одной из трех вышеперечисленных подгрупп

## Тактика ведения



### \*Тревожные симптомы

#### Определенное направление к врачу

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <b>40+ лет</b><br>Необъяснимая потеря веса и боли в животе | <b>50+ лет</b><br>Необъяснимое ректальное кровотечение | <b>60+ лет</b><br>Изменение частоты дефекации и характера стула, положительный анализ кала на скрытую кровь или ЖДА |
|--|--|---|

#### Любой возраст

Необъяснимое ректальное кровотечение или ЖДА (особенно при болях в животе, изменении частоты дефекации и характера стула, потере веса) или новообразование в брюшной полости/прямой кишке

### \*\*Варианты лечения СРК

- |                             | Диарея  | Запор   | Боль   |
|-----------------------------|---|---|--|
| <b>Терапия первой линии</b> | ● Лоперамид<br>● Спазмолитики   | ● Слабительные<br>● Раств. клетчатка  | ● Спазмолитики<br>● Масло перечной мяты          |
| <b>Терапия второй линии</b> | ● Трициклические антидепрессанты<br>● 5-НТЗ антагонисты<br>● Рифаксимин<br>● Элюксадолин* | ● Лубипростон<br>● Линаклотид*<br>● Плеканатид*<br>● Тенапанор*<br>● 5-НТ4 агонисты | ● Трициклические антидепрессанты<br>● Прегабалин |
- \* – Не зарегистрированы в РФ

### Качество доказательной базы

- Очень низкое ● Низкое ● Умеренное ● Высокое ●