

Утверждено:  
Российская  
гастроэнтерологическая  
ассоциация (РГА)

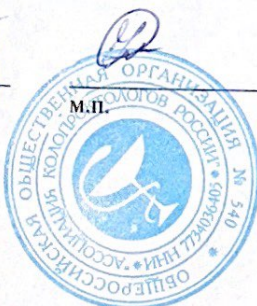
  
М.П.

Утверждено:  
Российское общество  
детских  
гастроэнтерологов,  
гепатологов и  
нутрициологов

Утверждено:  
Научное сообщество по  
содействию клиническому  
изучению микробиома  
человека (НСОИМ)



Утверждено:  
Ассоциация  
колопроктологов  
России (АКР)



Утверждено:  
Союз педиатров России



Клинические рекомендации

## Синдром раздраженного кишечника

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: K52.3, K52.9, K58.0, K58.1, K58.2, K58.3, K58.8, K58.9, K59.1, K59.2, K59.8, K59.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, дети

Пересмотр не позднее: 202

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация «Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация»
- Общероссийская общественная организация «Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека»
- Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»
- Общероссийская общественная организация «Союз педиатров России»
- Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов

## Оглавление

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	4
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ .....	4
1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ИЛИ СОСТОЯНИЮ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) .....	4
1.1 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) .....	4
1.2 ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) .....	4
1.3 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) .....	5
1.4 ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ .....	6
1.5 КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) .....	6
1.6 КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) .....	7
2. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ .....	8
2.1 ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ .....	10
2.2 ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ .....	10
2.3 ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	10

2.4 ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	12
2.5 ИНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	14
3. ЛЕЧЕНИЕ, ВКЛЮЧАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИИ, ДИЕТОТЕРАПИЮ, ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.....	15
3.1 Основные принципы терапии.....	15
3.2 Диетотерапия .....	15
3.3 Медикаментозное лечение .....	16
3.4 Иное лечение.....	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.</b>
4. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСНОВАННЫХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ .....	27
5. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ.....	27
6. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	27
7. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (В ТОМ ЧИСЛЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ).....	30
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	30
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	<b>ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.</b>
ПРИЛОЖЕНИЕ А1. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО РАЗРАБОТКЕ И ПЕРЕСМОТРУ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	34
1. Состав Рабочей группы.....	47
ПРИЛОЖЕНИЕ А2. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	58

ПРИЛОЖЕНИЕ А3. СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ВКЛЮЧАЯ СООТВЕТСТВИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, СПОСОБОВ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА .....	60
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА .....	61
ПРИЛОЖЕНИЕ В. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА.....	61
ПРИЛОЖЕНИЕ Г1-ГN. ШКАЛЫ ОЦЕНКИ, ВОПРОСНИКИ И ДРУГИЕ ОЦЕНОЧНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА, ПРИВЕДЕННЫЕ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ .....	62

## **Список сокращений**

**ВГЧ** – висцеральная гиперчувствительность

**ЖКТ** – желудочно-кишечный тракт

**РКИ** – рандомизированное контролируемое исследование

**СИБР** – синдром избыточного бактериального роста

**СИОЗС** – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

**СРК** – синдром раздраженного кишечника

**СРК-Д** – синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи

**СРК-З** – синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора

**СРК-С** – синдром раздраженного кишечника, смешанный вариант

## **Термины и определения**

**Синдром раздраженного кишечника (СРК)** – хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль в животе связана с дефекацией, изменением частоты и характера стула.

### **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)**

#### **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**Синдром раздраженного кишечника (СРК)** – хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль в животе связана с дефекацией, изменением частоты и характера стула.

#### **1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника изучены недостаточно. Предполагается, что изменение микробного состава ЖКТ в сочетании с повышением проницаемости слизисто-эпителиального барьера приводит к формированию воспалительных

изменений в кишечной стенке. Хроническое воспаление усиливает висцеральную чувствительность, что приводит к гиперактивации высших нервных центров (в первую очередь, лимбической системы) с усилением эфферентной иннервации кишечника, нарушению моторики ЖКТ и формированию симптомов заболевания. Сопутствующие эмоциональные нарушения (тревожность, депрессия, соматизация) способствуют формированию «порочного круга», при котором больной акцентируется на соматических симптомах, что еще в большей степени усиливает их.

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

СРК страдают от 10 до 13% населения. Доля лиц, испытывающих симптомы, соответствующие СРК, вероятно, выше, однако лишь 25-30% из них обращаются за медицинской помощью. Данным заболеванием чаще страдают женщины, а диагноз СРК в большинстве случаев устанавливается в возрасте от 30 до 50 лет. У большей части пациентов с СРК (13-87%) заболевание сочетается с функциональной диспепсией.

Что касается педиатрической популяции, то сообщается, что СРК является одной из самых распространенных форм функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей. Так, согласно одному из мета-анализов, проведенного по результатам эпидемиологических исследований абдоминальной боли за период 1957-2014 гг., показал, что СРК наблюдался у 8,8% детей. Другой систематический обзор и мета-анализ СРК у детей в Азии показали более высокую его распространенность – 12,4% [97]. Несколько исследований, проведенных в Греции, Нигерии, Южной Америке и Шри-Ланке, показали, что СРК является наиболее распространенным заболеванием среди детей и подростков (2.9%, 9.9%, 3.8%-6.4% и 3,6%-7% соответственно) [98,99,100,101,102,103,104,105].

Во многих других исследованиях также сообщалось о высокой распространенности СРК в Китае (13,25%) [106], Нигерии (16%) [107] и Турции (22,6%) [108]. В отличие от этого, исследования, проведенные в США, показали более низкие показатели распространенности СРК (2,8% и 5,1% соответственно) [109,110]. В исследовании, проведенном в Средиземноморском регионе, также сообщалось о наличии СРК у 4% детей и подростков [111, 112].

Подъем заболеваемости СРК у детей приходится на подростковый возраст. Распространенность СРК в Российской Федерации до 14% среди младших школьников и до 35% среди подростков, в равной степени мальчиков и девочек, страдают СРК [113, 114]. По гендерному признаку СРК в детском возрасте чаще отмечается у девочек: соотношение лиц женского и мужского пола, среди педиатрических пациентов, страдающих СРК, составляет 4:1 [134,135,136]

Наличие СРК не сопровождается повышением риска колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника и увеличением смертности. Несмотря на то, что СРК не оказывает влияния на смертность, заболевание может существенно ухудшать качество жизни пациентов [1] и приводит к значительным прямым и косвенным затратам на его лечение и диагностику [2].

#### **1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

K52.3 Неопределенный колит

K52.9 Неинфекционный гастроэнтерит и колит неуточненный

K58.0 Синдром раздражённого кишечника с диареей

K58.1 Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи

K58.2 Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров

K58.3 Синдром раздраженного кишечника со смешанными проявлениями

K58.8 Другой или неуточненный синдром раздраженного кишечника

K58.9 Синдром раздражённого кишечника без диареи

K59.1 Функциональная диарея

K59.2 Неврогенная возбудимость кишечника, не классифицированная в других рубриках

K59.8 Другие уточненные функциональные кишечные нарушения

K59.9 Функциональное нарушение кишечника неуточненное

#### **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

В зависимости от характера изменений стула выделяют четыре возможных варианта СРК: СРК с запором, СРК с диареей, смешанный и неклассифицируемый варианты СРК. В основу данной классификации положена форма стула по Бристольской шкале (Приложение Г), которая легко понимается больными и позволяет быстро идентифицировать характер нарушений стула.

- СРК с запором (СРК-З): более, чем в 25% дефекаций, форма стула 1-2 по Бристольской шкале; менее, чем в 25% дефекаций - 6-7 по Бристольской шкале. Альтернативный вариант постановки диагноза данного варианта заболевания: пациент сообщает, что у него преимущественно запоры (1-2 тип по Бристольской шкале).

- СРК с диареей (СРК-Д): более чем в 25% дефекаций форма стула 6-7 по Бристольской шкале, менее, чем в 25% дефекаций – 1-2 по Бристольской шкале. Альтернативный вариант постановки диагноза данного варианта заболевания: пациент сообщает, что у него преимущественно диарея (6-7 тип по Бристольской шкале).

- Смешанный вариант СРК (СРК-М): более чем в 25% дефекаций форма стула 1-2 по Бристольской шкале, и более, чем в 25% дефекаций – 6-7 по Бристольской шкале. Альтернативный вариант постановки диагноза данного варианта заболевания: пациент сообщает, что у него возникает как запор (более, чем в  $\frac{1}{4}$  всех дефекаций), так и диарея (более, чем в  $\frac{1}{4}$  всех дефекаций). Соответственно тип 1-2 и 6-7 по Бристольской шкале.

- Неклассифицируемый вариант СРК (СРК-Н): жалобы пациента соответствуют диагностическим критериям СРК, но недостаточны для того, чтобы были диагностированы первые три варианта заболевания.

Следует тщательно оценить правильность понимания пациентами терминов «запор» и «диарея». Так, многие больные с СРК, жалующиеся на диарею, имеют в виду частую дефекацию, при которой стул остается оформленным; пациенты с «запором» могут предъявлять жалобы на дискомфорт в аноректальной области при дефекации, а не на редкое опорожнение кишечника или выделение плотных каловых масс.

В детском возрасте отмечается высокая частота кишечных инфекций и СРК часто развивается в исходе острых кишечных инфекций [134, 135]. Поэтому СРК в детском возрасте классифицируется не только по характеру стула, но и по этиологическому фактору:

- постинфекционный СРК (ПИ-СРК) или СРК-подобный синдром;
- связанный с непереносимостью пищевых продуктов СРК;
- классический СРК, индуцированный стрессом.

## **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Жалобы, предъявляемые больными СРК, условно можно разделить на три группы:

- кишечные;
- относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (например, тошнота, изжога) [3,4];
- негастроэнтерологические (диспареуния, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, фибромиалгия, мигрень) [3].



Наличие симптомов, относящихся к другим отделам ЖКТ, а также негастроэнтерологических симптомов делает диагноз функционального расстройства более вероятным.

Кроме того, у больных СРК следует оценить наличие эмоциональных нарушений, таких как тревожное, депрессивное или ипохондрическое расстройство [4,5].

В детском возрасте более характерны кишечные жалобы: абдоминальная боль различной варибельности интенсивности, с отсутствием постоянной локализации; связанная с нарушением стула; метеоризм, нарастающий в течение дня. В качестве дополнительных критериев среди детского возраста выделяют многообразие вегетативных и неврологических жалоб [135, 137].

Кишечные симптомы при СРК имеют ряд особенностей.

- Боль в животе не имеет четкой локализации, но чаще возникает в левых отделах. Обычно боль усиливается после приёма пищи. Важной отличительной особенностью абдоминальной боли при СРК считается ее отсутствие в ночные часы [6]. У женщин боль усиливается во время менструаций [7].

- Ощущение вздутия живота менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после еды [8].

- Диарея возникает обычно утром, после завтрака, частота стула колеблется от 2-х до 4-х и более раз за короткий промежуток времени, часто сопровождается императивными позывами и чувством неполного опорожнения кишечника. Нередко при первом акте дефекации стул более плотный, чем при последующих, когда объём кишечного содержимого уменьшен, но консистенция более жидкая. Общая суточная масса кала не превышает 200 г. Диарея в ночные часы отсутствует.

- При запорах возможно выделение «овечьего» кала, каловых масс в виде «карандаша», а также пробкообразного стула (выделение плотных, оформленных каловых масс в начале дефекации, затем кашицеобразного или даже водянистого кала). Стул не содержит примеси крови и гноя, однако достаточно часто отмечается примесь слизи в кале [9].

Перечисленные выше клинические симптомы нельзя считать специфичными для СРК, так как они могут встречаться и при других заболеваниях кишечника.

- При обследовании больных СРК обращает на себя внимание несоответствие между большим количеством предъявляемых жалоб, длительным течением заболевания и удовлетворительным общим состоянием больного [9]. В детском возрасте при длительном течении СРК сохраняется удовлетворительное физическое развитие ребенка.

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Диагноз СРК устанавливается при соответствии жалоб пациента Римским критериям IV, исключении органических заболеваний ЖКТ и отсутствии «симптомов тревоги».

Согласно **Римским критериям IV**, синдром раздраженного кишечника (СРК) определяется как функциональное заболевание кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более):

1. Связана с дефекацией
2. Связана с изменением частоты стула
3. Связана с изменением формы стула

Эти симптомы должны отмечаться у больного последние 3 месяца при общей продолжительности не менее 6 месяцев.

Как и в случае других функциональных заболеваний ЖКТ, диагноз СРК может быть установлен на основании соответствия симптомов пациента Римским критериям четвертого пересмотра при отсутствии органических причин для их возникновения.

К **«симптомам тревоги»** относятся приведенные ниже симптомы, которые могут быть проявлением органического заболевания и должны служить показанием к углубленному обследованию.

Жалобы и анамнез:

- потеря массы тела
- начало в пожилом возрасте
- ночная симптоматика
- рак толстой кишки, целиакия, язвенный колит и болезнь Крона у родственников
- постоянная боль в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ
- прогрессирующее течение заболевания

Непосредственное обследование:

- лихорадка
- изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.)

Лабораторные показатели:

- снижение уровня гемоглобина
- лейкоцитоз
- повышение СОЭ
- наличие скрытой крови в кале
- изменения в биохимическом анализе крови
- стеаторея и полифекалия [9].

У детей дополнительными «симптомами тревоги» могут быть;

- *отягощенный наследственный анамнез по воспалительным заболеваниям кишечника, целиакии [6];*
- *артрит;*
- *параректальные заболевания;*
- *замедление линейного роста;*
- *задержка полового созревания.*

*В Римских критериях IV пересмотра отмечается, что ряд состояний, к числу которых относятся хронические воспалительные заболевания кишечника, целиакия, непереносимость лактозы и фруктозы, микроскопический колит и др., могут протекать «под маской» СРК, в связи с чем с целью дифференциального диагноза может быть проведен ограниченный круг исследований. По мнению авторов, диагноз СРК должен основываться на четырех составляющих: анамнезе заболевания, непосредственном исследовании больного, минимальных лабораторных исследованиях и – при наличии клинических показаний – результатах колоноскопии.*

*Однако, такой подход чреват серьезными диагностическими ошибками, поскольку целый ряд органических заболеваний, таких как хронические воспалительные заболевания кишечника, микроскопические колиты и даже опухоли толстой кишки, могут протекать с клинической картиной СРК при отсутствии «симптомов тревоги». Поэтому целесообразно рассматривать СРК как диагноз исключения.*

## **2.1 Жалобы и анамнез**

*Характерные для пациентов с СРК жалобы и данные анамнеза указаны в подразделе 1.6.*

## **2.2 Физикальное обследование**

*Физикальное обследование должно быть направлено на исключение органического заболевания и обязательно включать осмотр перианальной области и трансректальное пальцевое исследование [3]. В детском возрасте обязательным является определение параметров физического развития (измерение роста, измерение массы тела) [135].*

## **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

- **Рекомендуется** всем пациентам с подозрением на диагноз СРК проведение общего (клинического) анализа крови, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, анализа крови биохимического общетерапевтического для исключения изменений, характерных для органических заболеваний (снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз, повышение СОЭ и др.) [10-12, 115].

**Для взрослых - Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)**

**Для детей - Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- **Рекомендуется** пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания определение содержания антител к тканевой транслугтаминазе в крови (АТ к tTG) IgA или, при селективном иммунодефиците IgA, IgG для исключения целиакии [13, 115; 112].

**Для взрослых - Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Для детей - Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** *другие подтверждающие исследования проводятся согласно клиническим рекомендациям по целиакии*

- **Рекомендуется** всем взрослым пациентам с подозрением на СРК исследование кала на скрытую кровь для исключения органических заболеваний [9].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- **Рекомендуется** пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания проведение исследования кала с целью исключения инфекционной природы заболевания [3, 10, 14, 115].

**Для взрослых - Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)**

**Для детей - Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарий:** *выбор исследований – в зависимости от клинической ситуации. СРК может возникнуть в течение нескольких месяцев после различных инфекций желудочно-кишечного тракта, включая бактериальные (например, *Campylobacter jejuni* и *Salmonellas pp.*), вирусная (Норфолк) и паразитическая (криптоспоридии или *Giardia [giardia duodenalis* или *Giardia lamblia*]) инфекции [116]. Показано, что, например, тестирование на *Giardia lamblia* (Определение антигенов лямблий (*Giardia lamblia*) в образцах фекалий/ Молекулярно-биологическое исследование фекалий на лямблии (*Giardia lamblia*)/Определение ДНК лямблий*

(*Giardia lamblia*) в фекалиях методом ПЦР) с одновременным исследованием уровня кальпротектина в кале повышает чувствительность и специфичность дифференциальной диагностики инфекционной природы заболевания.

- **Рекомендуется** пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания определение содержания антител к тканевой трансглутаминазе в крови с целью исключения целиакии [3, 10, 14, 115].

Для взрослых - Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Для детей - Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарий:** При определении содержания антител к тканевой трансглутаминазе в крови следует оценивать уровень IgA, а при селективном иммунодефиците IgA - уровень IgG.

- **Рекомендуется** пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридий (*Clostridioides difficile*) с целью исключения антибиотико-ассоциированной диареи и псевдомембранозного колита [15].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания исследование уровня кальпротектина в кале для исключения воспалительных заболеваний кишечника [12, 112, 115].

Для взрослых - Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

Для детей - Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В детском возрасте пациентам с клиническими признаками СРК рекомендуется проведение рутинных тестов – общий (клинический) анализ мочи, копрологическое исследование для исключения органических заболеваний [135]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендуется** пациентам с СРК проведение водородно-метанового дыхательного теста с #декстрозой\*\* или #лактолозой\*\* для выявления синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) [16, 17, 115].

**Для взрослых - Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Для детей - Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** По данным мета-анализа 37 исследований установлено, что у 36.7% (95% CI: 24.2%-44.6%) пациентов с СРК имеет место СИБР [18, 19]. Поскольку симптомы СИБР и СРК во многом совпадают, довольно часто СИБР не диагностируется, что определяет неверную лечебную тактику. СИБР в большинстве случаев успешно излечивается при назначении адекватной терапии [20]. В связи с этим проведение указанных тестов рекомендовано всем пациентам с СРК.

У детей тесты рутинно не проводятся, могут быть рассмотрены при жалобах на изменение характера дефекации, потерю аппетита и отрыжку [115].

- **Рекомендуется** пациентам с подозрением на СРК проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости (комплексного) для исключения органических заболеваний [9, 117, 135].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- **Рекомендуется** детям с подозрением на СРК селективное проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости (комплексное) (с оценкой скорости опорожнения желудка от жидкости и антральной моторики) с целью дополнительной оценки для определения типа СРК [118].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- **Рекомендуется** пациентам с подозрением на СРК проведение эзофагогастродуоденоскопии для исключения органических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта [10, 21].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- **Рекомендуется** пациентам с выявленными АТ к tTG в диагностическом титре или родственникам первой линии больных целиакией биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии кишки для исключения целиакии [13, 112, 115].

**Для взрослых - Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Для детей - Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

- **Рекомендуется** всем взрослым пациентам с СРК проведение колоноскопии с биопсией тонкой кишки эндоскопической (из терминального отдела подвздошной кишки) и биопсией ободочной кишки эндоскопической с последующей гистологической оценкой (патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тонкой кишки,

патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки) для исключения органических заболеваний [10, 22, 23, 24, 25].

#### **Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)**

- В педиатрической популяции колоноскопию (колоноскопию с биопсией тонкой кишки эндоскопической, колоноскопию с биопсией ободочной кишки эндоскопической, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тонкой кишки, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки) для исключения органических заболеваний ввиду имеющихся данных о низкой ее результативности при СРК **рекомендуется** проводить селективно, при наличии «красных флагов», требующих исключения органической патологии с целью минимизации причинения необоснованной боли [112, 120, 121].

#### **Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарий:** Недавний систематический обзор, анализирующий 8 педиатрических исследований, пришел к выводу, что фекальный кальпротектин является ценным тестом для исключения ВЗК и избегания проведения инвазивных исследований, в частности, илеоколоноскопии [122]. Детям не следует выполнять илеоколоноскопию, если уровень фекального кальпротектина  $< 50$  мг/г [123]. При отсутствии «красных флагов» и уровнях фекального кальпротектина  $< 250$  мкг/г в двух отдельных образцах наличие ВЗК маловероятно, и дальнейшие исследования не следует проводить [124]. При этом, если уровни фекального кальпротектина  $> 250$  мкг/г в двух отдельных образцах у детей с симптомами поражения желудочно-кишечного тракта, указывающими на возможное течение ВЗК, подтверждают необходимость выполнения илеоколоноскопии [125].

В детском возрасте спектр дифференциальной диагностики несколько иной. К основным заболеваниям, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику СРК относят воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), гастроинтестинальную форму пищевой аллергии, глистную инвазию, заболевания поджелудочной железы, целиакию, непереносимость углеводов [134].

## **2.5 Иные диагностические исследования**

Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования выполняются преимущественно с целью проведения дифференциальной диагностики с рядом заболеваний.

- Лактазная и дисахаридазная недостаточность, при которой прослеживается связь симптомов с приемом определенных продуктов. Диагностика проводится при помощи дыхательного водородного теста с нагрузкой лактозой или фруктозой [26];

- *Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы [27];*
- *Радиационный (постлучевой) колит;*
- *Колит, ассоциированный с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов;*
- *Ишемическая болезнь органов пищеварения;*
- *Рак толстой кишки;*
- *Лямблиоз [28];*
- *Дивертикулит [29, 30];*
- *Гинекологические заболевания (эндометриоз, воспалительные заболевания, опухоли яичника) [31-33].*

*К редким причинам развития симптомов, характерных для СРК, в первую очередь, диарейного варианта заболевания, относятся болезнь Уиппла, амилоидоз с поражением кишечника, а также вирусные поражения толстой кишки (цитомегаловирус, вирус простого герпеса).*

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

#### **3.1 Основные принципы терапии**

*Создание терапевтического союза между врачом и пациентом включает в себя обций для врача и пациента взгляд на природу симптомов заболевания и диагноз, соглашение в отношении лечебной стратегии (выбор препарата, ожидание формирования эффекта, терпение при смене лекарств, адаптация к нежелательным эффектам), соглашение в отношении границы терапевтических ресурсов [33].*

*В детском возрасте также важно уделять внимание режиму дня ребенка (коррекция режима дня приводит к улучшению психоневрологического статуса пациента) и интенсивности физических нагрузок. Детям и подросткам с СРК следует рекомендовать умеренные физические упражнения, снижение психоэмоционального напряжения, сон не менее 9–10 ч в сутки [135].*

#### **3.2 Диетотерапия**

*Диета пациенту с СРК должна быть подобрана индивидуально путем исключения продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания (элиминационная диета). Несмотря на*



противоречивые данные исследований по оценке эффекта от назначения конкретной диеты, больным с СРК следует:

- Принимать пищу регулярно в специально отведенное для этого время, избегать приема пищи в спешке, в процессе работы.
- Не пропускать приемы пищи и не допускать длительных перерывов между ними.
- Целесообразно «ведение пищевого дневника» для выявления продуктов, употребление которых приводит к усилению симптомов заболевания.
- Пациентам с диарейным и смешанным вариантами СРК возможно назначение аглютиновой диеты [3].

Эффективность диеты с низким содержанием олиго-ди-моносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола) [34] сомнительна [35,36].

Масштабные исследования эффективности увеличения физической активности при СРК не проводились. Тем не менее, пациентам с СРК показаны умеренные физические нагрузки (ходьба, езда на велосипеде, занятия аэробикой), которые приводят к достоверному уменьшению основных симптомов заболевания [37].

Организация диетического лечебного питания пациентов с синдромом раздраженного кишечника при стационарном лечении в медицинских организациях проводится в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания» и от 23 сентября 2020 г. № 1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием».

### **3.3 Медикаментозное лечение**

- Пациентам с СРК при наличии жалоб на боли в животе рекомендуется назначение спазмолитиков (АТХ А03 Препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта) для купирования болевого синдрома [38].

**Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)**

**Комментарии:** Эффективность данной группы препаратов в сравнении с плацебо (58% и 46% соответственно) подтверждена в метаанализе 29 исследований, в которых приняли участие 2333 пациента. Показатель NNT (количество пациентов, которых необходимо пролечить, чтобы добиться положительного результата у одного больного) при применении спазмолитиков оказался равным 7 [38].

Например, высокая эффективность была отмечена при применении гиосцина бутилбромиды, пинаверия бромиды, отилония бромиды (NNT от 3 до 4,5) [39, 40]. По данным

отдельных исследований назначение некоторых спазмолитиков (АТХ А03 Препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта) (например, мебеверин\*\*), наряду с уменьшением боли в животе приводит к достоверному улучшению качества жизни пациентов с различными вариантами СРК [41]. Также мебеверин\*\* обладает высоким профилем безопасности и хорошо переносится при длительном применении [42]. Спазмолитическое действие отилония бромид обусловлено его способностью влиять на транспорт ионов кальция через мембраны клеток гладких мышц пищеварительного тракта, а также блокировать кальциевые каналы, мускариновые и тахикининовые рецепторы. Кроме того, являясь антагонистом тахикининовых рецепторов, отилония бромид снижает висцеральную чувствительность [43]. В рандомизированных двойных слепых плацебо контролируемых исследованиях продемонстрирована эффективность отилония бромид в отношении уменьшения выраженности симптомов заболевания (абдоминальная боль, вздутие живота) и профилактики их рецидивирования [44].

В целом, по данным различных авторов, уровень исследований, в которых подтверждалась эффективность данной группы препаратов, колеблется от 1 до 3, уровень практических рекомендаций – от категории А до С [45].

Гиосцина бутилбромид у детей: назначается с 6 лет – таблетки: по 10-20 мг -3-5 раз/сут. Препарат не должен применяться ежедневно более 3 дней без консультации врача.

Пинаверия бромид не рекомендуется применять у детей в возрасте до 18 лет.

Отилония бромид противопоказан у детей в возрасте до 18 лет.

- Пациентам с СРК рекомендуется прием комбинации спазмолитика и пеногасителя (АТХ А03АХ58 Алверин в комбинации с другими препаратами) – алверин+симетикон (60 мг и 300 мг в капсуле, соответственно) для уменьшения выраженности абдоминальной боли [46, 115].

**Для взрослых - Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Для детей - Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Эффективность препарата для уменьшения выраженности боли в животе была продемонстрирована в рандомизированном двойном-слепом контролируемом исследовании с участием 412 пациентов с СРК, которые принимали препарат или плацебо 3 раза в день на протяжении 4-х недель. Согласно результатам оценки самочувствия по визуально-аналоговой шкале, выраженность абдоминальной боли у пациентов основной группы была достоверно ниже, чем у принимавших плацебо пациентов ( $p=0,047$ )[46].

У детей алверин+симетикон разрешен с 14 лет.

- Взрослым пациентам с СРК рекомендуется назначение мебеверина\*\* для купирования болевого синдрома [47]. Детям #мебеверин\*\* может быть селективно назначен при отсутствии эффекта от других вмешательств [138].

**Для взрослых - Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).**

**Для детей - Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

**Комментарии:** #Мебеверин\*\* может применяться при СРК у детей с возраста 6,5 лет в дозе 135 мг 2 раза в день в течение 4 недель [138].

- Взрослым пациентам с СРК рекомендуется назначение антидепрессантов для уменьшения боли в животе [48, 49].

**Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 1).**

**Комментарии:** в том случае, когда назначение спазмолитиков оказывается неэффективным для лечения боли в животе, рекомендуется назначение неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов (АТХ: N06AA) [50]. К данной группе относится амитриптилин\*\*, — одобренный FDA препарат для лечения депрессии у взрослых. У детей препарат противопоказан до 18 лет. К показаниям, по которым #амитриптилин\*\* может быть назначен за рамками данного заболевания, относится, в том числе, синдром раздраженного кишечника [51]. У взрослых #амитриптилин\*\* продемонстрировал эффективность в поддерживающей дозе - как 10 мг один раз в сутки, так и 75 мг перед сном длительно [52]. Поддерживающая доза в 75 мг достигается путем еженедельного повышения первоначальной дозы #амитриптилина\*\* (25 мг) на 25 мг [53]. Уменьшение клинических симптомов может отмечаться в течение первых 4-х недель лечения, но для достижения максимального эффекта может потребоваться 8 недель.

Лечение неселективными ингибиторами обратного захвата моноаминов может принести пользу пациентам с сопутствующими нейропатиями, фибромиалгией, рецидивирующей мигренью или психическими заболеваниями, учитывая их эффективность при данных нозологических формах [54].

При назначении данной группы препаратов могут возникать такие побочные эффекты как сухость во рту, сонливость, сердцебиение, однако, при проведении плацебо-контролируемых исследований наличие побочных эффектов не приводило к достоверно более частой необходимости их отмены в сравнении с плацебо [48].

Формирование лекарственного курса предполагает индивидуальную титрацию, когда каждое увеличение дозы осуществляется один раз в неделю и обусловлено недостаточной эффективностью в отношении боли в животе. Дозу можно увеличить в зависимости от динамики симптома, хотя увеличение дозы свыше 50 мг в сутки может привести к более высокой частоте развития нежелательных явлений. Формирование устойчивого терапевтического

эффекта реализуется в течение двух-четырёх недель. Затем, рекомендуется не менять дозу, на которой сформируется ремиссия, в течение трёх месяцев, прежде чем будет предпринята попытка отмены лекарственного курса [55].

В группе пациентов, получавших селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) не было выявлено достоверной динамики боли в животе в сравнении с исходным уровнем [48]. Сходные данные о низкой эффективности СИОЗС приводятся также в более ранних публикациях [49].

Тем не менее, согласно Римским критериям IV пересмотра, для уменьшения боли в животе могут назначаться такие антидепрессанты как #пароксетин\*\* 10-40 мг в сутки; #сертралин\*\* 25-100 мг в день; #циталопрам 10-40 мг в сутки [3].

- Детям с СРК рекомендуется с осторожностью назначать антидепрессанты (строго под наблюдением врача-гастроэнтеролога и врача-психиатра) в случае наличия тяжелых симптомов, значительно влияющих на качество жизни, сопровождающихся значительными психологическими сопутствующими заболеваниями – с целью купирования болевых ощущений [115].

#### **Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** после консультирования, предоставленного пациенту и его семье может быть назначен #амитриптилин\*\* 10 мг/сут для пациентов с весом <35 кг или 20 мг/сут для пациентов >35 кг в течение 4 недель [139]. Следует отметить, что необходимы дальнейшие исследования по применению антидепрессантов при СРК у детей.

- Пациентам с СРК рекомендуется назначение лоперамида\*\* для купирования диареи [56, 115].

#### **Для взрослых - Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)**

##### **Для детей - Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Снижая тонус и моторику гладкой мускулатуры ЖКТ, лоперамид\*\* улучшает консистенцию стула, уменьшает количество позывов на дефекацию, однако, не оказывает существенного влияния на другие симптомы СРК, в том числе на абдоминальную боль. В связи с отсутствием проведения рандомизированных клинических исследований (РКИ) по сравнению лоперамида\*\* с другими антидиарейными средствами (АТХ А07 Противодиарейные, кишечные противовоспалительные/противомикробные препараты), уровень доказательности эффективности приема лоперамида\*\* относится ко 2 категории, уровень практических рекомендаций некоторые авторы относят к категории А, некоторые к категории С [39].

Лоперамид\*\* не предназначен для применения у детей до 6 лет. Детям с СРК старше 6 лет – возможно селективное применение препаратов, снижающих моторику желудочно-кишечного тракта (лоперамида\*\*) (рутинно не назначается), при этом следует уточнить, нет ли связи диареи с пищевым триггером (например, лактозой, сорбитолом), кроме того, наличие  $\geq 3$

эпизодов жидкого стула в день у ребенка в течение более двух недель подряд следует расценивать как тревожный симптом, который требует проведения обследования на предмет органической патологии.

- Взрослым пациентам с СРК с диареей рекомендуется назначение смектита диоктаэдрического\*\* для купирования диареи [57].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** В рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании F.Y. Chang и соавторов (2007) оценивалась эффективность применения смектита диоктаэдрического\*\* в течение 8 недель у 104 пациентов с диарейным вариантом СРК. Ежедневный прием препарата (1 пакетик 3 раза в день) способствовал достоверному (по сравнению с данными на начальном этапе исследования и плацебо) улучшению качества жизни больных с СРК, а также уменьшению интенсивности боли в животе и метеоризма [57].

- Пациентам с СРК с диареей рекомендуется назначение #рифаксимины внутрь в дозе 400 мг каждые 12 часов в течение 10 дней для купирования диареи [58].

**Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)**

**Комментарии:** согласно данным мета-анализа 18 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, включающих 1803 пациента СРК с диареей, короткий курс приема невсасывающегося антибактериального препарата #рифаксимины достаточно эффективно купирует диарею, а также способствует уменьшению вздутия живота у таких больных. При этом показатель NNT оказался равным 10,2 [58].

У детей с СРК #рифаксимин применяется в суточной дозе 600 мг, разделенной в 3 приема – курсом 7 дней (с 7 лет) [115, 126, 127].

- Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение слабительных средств, увеличивающих объем кишечного содержимого (АТХ: А06АС) для лечения запоров [39, 59, 112, 121, 128].

**Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** Препараты данной группы увеличивают объем кишечного содержимого, придают каловым массам мягкую консистенцию. Не оказывают раздражающего действия на кишку, не всасываются, не вызывают привыкания.

Для подорожника овального семян оболочка рекомендуемая доза составляет не менее 10 г/сут. Согласно данным 12-недельного рандомизированного плацебо-контролируемого исследования, в которое были включены 275 пациентов, назначение подорожника овального семян оболочка в дозе 10 г/сут приводило к достоверному уменьшению симптомов заболевания уже на протяжении первого месяца лечения; в то время как на фоне включения в рацион отрубей (10 г/сут) отмечалось облегчение симптомов заболевания только к третьему месяцу наблюдения,

при этом число пациентов, отказавшихся от участия в исследовании вследствие усиления интенсивности симптомов было достоверно большим в группе получавших отруби [59].

В целом, несмотря на достаточно длительный период применения пищевых волокон в лечении СРК, их эффективность остается неоднозначной. Назначение подорожника овального семян оболочка приводит к достоверному уменьшению выраженности симптомов заболевания, тогда как нерастворимые пищевые волокна (отруби) эффективны в меньшей степени и могут приводить к усилению симптомов [39].

Применение подорожника овального семян оболочка у детей разрешено с 12 лет.

- Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение осмотических слабительных средств (АТХ: А06АD) для лечения запоров [60, 61].

#### **Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Осмотические слабительные средства. К наиболее изученным представителям данной группы препаратов относятся полиэтиленгликоль (ПЭГ, макрогол\*\*), лактулоза\*\* и лактитол, способствующие замедлению всасывания воды и увеличению объема кишечного содержимого. Не метаболизируются в ЖКТ, не вызывают структурных изменений толстой кишки и привыкания, способствуют восстановлению естественных позывов на дефекацию. Эффективность осмотических слабительных средств была доказана в плацебо-контролируемых исследованиях, включая длительное применение (12 месяцев) и использование в педиатрии. Увеличение частоты и улучшение консистенции стула через три месяца от начала лечения отмечалось у 52% больных СРК с преобладанием запоров на фоне приема ПЭГ и лишь у 11% пациентов, принимавших плацебо. В международных клинических исследованиях была показана возможность длительного применения ПЭГ (до 17 месяцев) [60].

При курсовом назначении ПЭГ был показан эффект последствия – обеспечение нормальной работы кишечника после отмены препарата. Согласно данным Американской Коллегии Гастроэнтерологов (American College of Gastroenterology, ACG) и заключению Американского общества хирургов-колопроктологов (American Society of Colon and Rectal Surgeons, ASCRS), уровень доказательности эффективности данной группы препаратов – I, однако, уровень доказательности практических рекомендаций варьирует: от категории A (по данным ACG), до категории B (по данным ASCRS).

Применение ПЭГ у детей разрешено с 6 месяцев.

С учетом значительного вклада в регуляцию моторики ЖКТ микробиоты кишечника, способствующей формированию каловых масс и выработке различных метаболитов, в первую очередь, короткоцепочных жирных кислот (КЦЖК), возможно назначение препаратов с комплексным механизмом действия, - оказывающих нормализующее влияние как моторику ЖКТ, так и на состав и функции кишечной микробиоты (например, лактитола) [61, 62].

- Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение контактных слабительных средств (АТХ: А06АВ) для лечения запоров [63, 64].

#### **Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** Лекарственные препараты данной группы стимулируют хеморецепторы слизистой оболочки толстой кишки и усиливают её перистальтику. Согласно результатам проведенного исследования, количество самостоятельных актов дефекации у пациентов с хроническим запором на фоне приема бисакодила\*\* увеличивалось с 0,9 до 3,4 в неделю, что было достоверно выше, чем у пациентов, принимавших плацебо (увеличение числа актов дефекации с 1,1 до 1,7 в неделю) [63].

Однако, несмотря на достаточно высокий уровень эффективности и безопасности данной группы препаратов, большинство исследований, проведенных с целью определения данных показателей, были выполнены более 10 лет назад и по уровню доказательности могут быть отнесены к категории 2. Согласно данным АСG, уровень практических рекомендаций относится к категории В, по данным ASCRS – С, что, вероятно, связано с возможностью возникновения боли на фоне приема стимулирующих слабительных средств [65].

Согласно рекомендациям Российской Гастроэнтерологической Ассоциации (РГА), длительность курса лечения препаратами данной группы не должна превышать 10-14 дней.

У детей применение бисакодила\*\* разрешено с 10 лет.

- Взрослым пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение прукалоприда (АТХ: А06АХ05) для лечения запоров при отсутствии эффекта на фоне приема указанных выше слабительных средств [35, 66].

#### **Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 1)**

**Комментарии:** Прукалоприд одобрен с 2009 года в европейских странах для лечения хронических запоров у женщин, в том числе и при обстипационном варианте СРК, когда слабительные средства не обеспечили должного эффекта в устранении симптомов запора [33, 67].

Прукалоприд положительно влияет на все симптомы запора, включая сопутствующие (вздутие, абдоминальную боль), а также улучшает качество жизни и обеспечивает стойкий эффект при длительном применении. Препарат отличается удобство приема и дозирования (1 мг у лиц старше 65 лет или 2 мг у лиц моложе 65 лет однократно в сутки) и предсказуемость эффекта. Побочные эффекты препарата, обычно мягкой степени выраженности (головная боль, тошнота, диарея, боль в животе), отмечаются чаще всего в 1-й день лечения, в большинстве случаев проходят самостоятельно и не требуют отмены препарата. За исключением первого дня приема переносимость прукалоприда идентична плацебо [66].

Применение прукалоприда у детей в возрасте до 18 лет не рекомендуется.

- Пациентам с СРК рекомендуется назначение штаммоспецифических пробиотиков (A07FA: Бифидобактерии лонгум + Энтерококкус фэциум; A07FA02: Сахаромицеты буларди) для уменьшения выраженности симптомов заболевания [68-78].

#### **Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)**

**Комментарии:** Пробиотики – живые микроорганизмы, которые приносят пользу здоровью хозяина при введении в адекватных количествах [68].

В недавнем мета-анализе 22 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований с участием 3144 испытуемых с СРК было продемонстрировано, что пробиотики уменьшают выраженность симптомов заболевания (ОР=1,50; 95% ДИ 1,23–1,83), при этом показатель NNT оказался равным 5. Отдельно отмечена эффективность пробиотиков при СРК для уменьшения выраженности абдоминальной боли (мета-анализ 18 РКИ с участием 2766 пациентов, стандартизированная средняя разница (ССР) составила -0,31; 95% ДИ от -0,45 до -0,17) и вздутия живота (мета-анализ 15 РКИ с участием 2283 пациентов, ССР=-0,20; 95% ДИ от -0,38 до -0,01) по сравнению с плацебо [69].

Эффективность пробиотиков при СРК зависит от входящих в их состав бактериальных или грибковых штаммов, которые продемонстрировали свой потенциал в определенных дозах, форме выпуска и режиме приема [70]. Зарегистрированные на территории РФ пробиотические составы, доказавшие свою эффективность при СРК в надлежащих клинических исследованиях (в составе лекарственных средств) приведены в таблице ниже (Таблица 1) [71-78].

**Таблица 1**

#### **Пробиотики (лекарственные средства - АТХ А07FA: Бифидобактерии лонгум + Энтерококкус фэциум; А07FA02: Сахаромицеты буларди), эффективные для лечения СРК у взрослых**

МНН/состав штаммов	Режим приема	Комментарий	Источник
<b>A07FA: Бифидобактерии лонгум + Энтерококкус фэциум</b> ( <i>Enterococcus faecium</i> ENCfa-68, <i>Bifidobacterium longum</i> BB-46)	2×10 <sup>7</sup> КОЕ 3 раза в день, 14 дней, вместе с лечением	Улучшение самочувствия у пациентов с ПИ-СРК (КР МЗ РФ)	[77]
<b>A07FA02: Сахаромицеты буларди</b> ( <i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745)	5×10 <sup>9</sup> КОЕ 2 раза в день, 28 дней, монотерапия	Снижение выраженности абдоминальной боли и вздутия живота, повышении качества жизни у больных СРК	[78]

**Примечание:** ПИ-СРК - СРК постинфекционного генеза; СРК/ФД - СРК в сочетании с функциональной диспепсией; КР МЗ РФ - диагноз СРК установлен согласно Клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации

- Пациентам с СРК рекомендуется назначение тримебутина для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула [79-82].



## **Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** Помимо препаратов, оказывающих влияние на какой-либо определенный симптом заболевания – абдоминальную боль, диарею или запор, в лечении пациентов СРК применяются также лекарственные средства, которые, с учетом механизма своего действия, способствуют как уменьшению боли в животе, так и нормализации частоты и консистенции стула.

Так, для лечения абдоминальной боли и нарушений стула у пациентов, страдающих СРК, с успехом применяются синтетические холиноблокаторы — эфиры с третичной аминогруппой, нормализующие двигательную активность кишечника, и, кроме того, повышающие порог болевой чувствительности за счет воздействия на глутаматные рецепторы синапсов задних рогов спинного мозга [79].

Препарат данной группы – тримебутин – безопасен при длительным применении, а также эффективен для лечения сочетанных функциональных заболеваний (в частности, при сочетании синдрома функциональной диспепсии и СРК [80]. Уровень доказательности эффективности применения тримебутина соответствует 2 категории, уровень практических рекомендаций – категории В.

Согласно результатам клинических исследований, схемы лечения, в которые был включен тримебутин, демонстрируют бóльшую эффективность по сравнению со схемами с назначением спазмолитиков в отношении уменьшения выраженности симптомов СРК и функциональной диспепсии [81], за исключением запора и нарушения консистенции стула (твердый стул) – в отношении этих симптомов эффективность схем с тримебутином оказалась сравнимой с таковой в схемах с включением спазмолитиков [82].

Тримебутин разрешен к применению у детей в виде таблеток или порошка, или гранул для приготовления суспензии для приема внутрь: в возрасте с 3 до 5 лет по 25 мг 3 раза/сут, с 5 до 12 лет по 50 мг 3 раза/сут, с 12 лет по 100-200 мг 3 раза/сут. Курс лечения 1 месяц.

- Пациентам с СРК рекомендуется включение в схему лечения биологически активной добавки к пище, содержащей масло мяты перечной, масло имбиря и оливковое масло, для уменьшения выраженности симптомов заболевания [83].

## **Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** В двойном слепом плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании было показано, что содержащая масло мяты перечной, масло имбиря и оливковое масло биологически активная добавка к пище достоверно превосходит плацебо по снижению выраженности симптомов заболевания у пациентов с СРК при включении в схему лечения ( $p = 0.009$ ). В суточной дозе данной добавки содержалось стандартизированное количество гингерола (7 мг), ментола (80 мг) и D-лимонена (5 мг).

- Взрослым пациентам с СРК рекомендуется назначение Колофорта для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула [84-86].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** *Данный препарат оказывает спазмолитическое, противовоспалительное и анксиолитическое действие. Эффективность препарата была доказана в рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях [84-86]. Курс лечения 1-3 месяца; при необходимости курс лечения можно продлить до 6 месяцев и/или повторить через 1-2 месяца. Препарат применяется как в виде монотерапии, так и в комбинации со спазмолитиками и другими лекарственными средствами.*

*Применение Колофорта у детей в возрасте до 18 лет противопоказано.*

- Взрослым пациентам с СРК рекомендуется назначение Иберогаста для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула [87-89].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** *к препаратам комбинированного действия растительного происхождения относится Иберогаст, полученный путем спиртовой экстракции из девяти лекарственных растений (иберийка горькая, дягиль лекарственный, ромашка аптечная, тмин обыкновенный, расторопша пятнистая, мелисса лекарственная, мята перечная, чистотел большой, солодка голая). Иберогаст является одним из наиболее изученных растительных лекарственных средств [87, 88]. В экспериментальных и клинических исследованиях было установлено многоцелевое (мультиадресное) действие Иберогаста, заключающееся в нормализации моторики различных отделов ЖКТ, снижении висцеральной чувствительности и повышенного газообразования, противовоспалительном и антиоксидантном действии [89]. Как свидетельствуют результаты плацебо-контролируемых рандомизированных исследований, у пациентов с СРК Иберогаст эффективно уменьшает выраженность симптомов заболевания (боль в животе, диарея, запоры.) Частота нежелательных явлений по данным исследований более 46 000 пациентов не превышала 0,04% [87].*

*При предположительном диагнозе функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника, а также их сочетании Иберогаст может назначаться сразу, до получения результатов полного обследования, для уменьшения выраженности симптомов [66].*

*Применение Иберогаста у детей в возрасте до 18 лет противопоказано.*

- Взрослым пациентам с СРК рекомендуется рассмотреть назначение #ребамипида, нормализующего проницаемость слизисто-эпителиального барьера, в дозе 100 мг 3 раза в сутки на 8 недель [90, 91].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** *в результате проведенных исследований были получены данные о повышении проницаемости слизисто-эпителиального барьера ЖКТ и существенной роли данных*

изменений в формировании симптомов у пациентов с СРК, что служит обоснованием для назначения препаратов, её нормализующих. Согласно результатам отдельных исследований, включение в схему лечения #ребамипида позволяет достичь более эффективного купирования симптомов СРК и снизить частоту рецидивов [90-92].

*Применение ребамипида у детей в возрасте до 18 лет противопоказано.*

### **3.4 Иное лечение**

- Пациентам с СРК рекомендован прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный при неэффективности проводимого лечения, а также при наличии значимых для повседневной жизни жалоб на расстройства настроения, тревогу, нарушения в контроле импульсивного поведения, при согласии пациента [94].

**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** При оценке психотерапевтических методик оказалось, что успешными оказались когнитивная поведенческая терапия (NNT=3), гипнотерапия (NNT=4), мультикомпонентная психотерапия (NNT=4), при проведении методики по телефону - NNT=5, динамическая психотерапия (NNT=3,5).

*Не было достигнуто достоверного улучшения в самочувствии пациентов при проведении релаксационной терапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, бихевиоральной психотерапии, проводимой онлайн, психотерапии, направленной на управление факторами стресса, медитативных психотерапевтических практик.*

*Однако, в целом, доказательная база эффективности и наличия нежелательных эффектов, связанных с поведенческими методиками – недостаточна [39, 93].*

*В педиатрической популяции данные о возможности применения йоги неоднозначны. С одной стороны, было показано, что кратковременное вмешательство является возможным и безопасным дополнительным лечением для подростков с СРК, с другой - не было обнаружено никакой разницы в успешности лечения при сравнении йоги с отсутствием вмешательств [129,130]. Метод релаксации Бенсона может быть нефармакологическим решением для снижения тяжести симптомов и улучшения качества жизни детей с СРК [131].*

*Как и у взрослых, различные психологические вмешательства, такие как когнитивно-поведенческая терапия и гипнотерапия, показали эффективность у детей с СРК, которая может сохраняться в течение многих лет после прекращения терапии [132, 133].*

#### **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

*Специфические меры реабилитации пациентов с СРК отсутствуют. Согласно имеющимся публикациям, эффективными при СРК являются когнитивная поведенческая терапия, гипнотерапия и психологическая поддержка [81, 95].*

#### **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

*Специфических мер профилактики СРК не существует. Являясь доброкачественным заболеванием, не повышающим риск органических заболеваний ЖКТ, СРК не требует дополнительного планового диспансерного наблюдения и контрольных обследований. Решение о повторном обследовании принимается индивидуально при появлении новых симптомов, в первую очередь, симптомов тревоги, а также при резистентном к терапии течении заболевания.*

##### **Вакцинация**

СРК не является противопоказанием к проведению вакцинации с использованием вакцин любого типа [Приказ Минздрава России от 06.12.2021 №1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», Методические указания МУ 3.3.1.1095—02. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок], а также для вакцинации против коронавирусной инфекции нового типа (COVID-19), в соответствии с инструкциями к препаратам

#### **6. Организация оказания медицинской помощи**

Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи в рамках клинической апробации, в соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 47 25.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», организуется и оказывается:

1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2) в соответствии с порядками оказания помощи по профилям «гастроэнтерология», «колопроктология», обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

3) на основе настоящих клинических рекомендаций;

4) с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-гастроэнтерологом, врачом-колопроктологом и иными врачами-специалистами в медицинских организациях, имеющих лицензию на оказание соответствующие виды медицинской деятельности. При подозрении или выявлении у пациента СРК врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют пациента на консультацию в медицинскую организацию, имеющую в своем составе кабинет врача-гастроэнтеролога, врача-колопроктолога, амбулаторный гастроэнтерологический центр (отделение), амбулаторный колопроктологический центр (отделение), для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи. Консультация в указанных структурных подразделениях медицинской организации должна быть проведена не позднее 30 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию. Врач-гастроэнтеролог, врач-колопроктолог медицинской организации, имеющей в своем составе кабинет врача-гастроэнтеролога, врача-колопроктолога, амбулаторный гастроэнтерологический центр (отделение), амбулаторный колопроктологический центр (отделение), организуют выполнение диагностических исследований, необходимых для установления диагноза. В случае невозможности выполнения диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, а также при наличии показаний для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, пациент направляется лечащим врачом в гастроэнтерологическое отделение, колопроктологическое отделение или иную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях пациентам по профилю «гастроэнтерология», «колопроктология». Врач-гастроэнтеролог, врач-колопроктолог медицинской организации, имеющей в своем составе кабинет врача-гастроэнтеролога, врача-колопроктолога, амбулаторный гастроэнтерологический центр (отделение), амбулаторный колопроктологический центр (отделение) направляет пациента в медицинские организации, имеющие для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в своем составе гастроэнтерологическое отделение и/или колопроктологическое отделение для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи) и оказания специализированной медицинской помощи. Срок начала оказания специализированной медицинской помощи определяется по решению комиссии по отбору

пациентов для госпитализации. Срок не должен превышать 30 календарных дней с даты выдачи направления на госпитализацию.

Специализированная медицинская помощь при СРК оказывается врачами-гастроэнтерологами, врачами-колопроктологами в медицинских организациях, имеющих в своем составе гастроэнтерологическое отделение и/или колопроктологическое отделение, имеющих лицензию, необходимую материально-техническую базу, сертифицированных специалистов, в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение СРК, а также медицинскую реабилитацию.

Показания для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь при СРК, определяются консилиумом врачей-гастроэнтерологов и/или врачей-колопроктологов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме является:

- 1) необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара;

- 2) наличие показаний к специализированному лечению СРК, требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара.

Показанием к выписке пациента из медицинской организации является:

- 1) завершение курса лечения или одного из этапов оказания специализированной медицинской помощи, в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;

- 2) отказ пациента или его законного представителя от специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей лечение СРК при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;

- 3) необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи.

Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или предварительного осмотра пациента врачами специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.

Медицинская помощь детям с СРК может оказываться амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

Виды медицинской помощи: плановая, неотложная, экстренная.

Дети с впервые выявленным СРК с яркой клинической симптоматикой должны пройти обследование и лечение в условиях отделений гастроэнтерологического или педиатрического профиля, в остальных случаях – амбулаторно.

**Комментарии:** *Длительность пребывания в стационаре определяется индивидуально. Стационарное лечение пациентов с СРК вне клинических проявлений, как правило, нецелесообразно.*

Дети со слабо- или умеренно выраженными проявлениями СРК подлежат консервативному лечению в амбулаторно-поликлинических условиях.

Дети без клинической симптоматики СРК наблюдаются в амбулаторных условиях.

Детей с СРК наблюдает врач-гастроэнтеролог или врач-педиатр (врач общей практики (семейный врач)), при необходимости осуществляется консультация/лечение врачом-детским хирургом.

Показания для стационарного лечения:

- 1) СРК при наличии выраженных клинических проявлений обострения (выраженный болевой абдоминальный синдром, диспепсические жалобы, диарейный синдром, длительные запоры);
- 2) Сочетание СРК с соматической патологией, в том числе желудочно-кишечного тракта;
- 3) Необходимость проведения дифференциальной диагностики с органической патологией желудочно-кишечного тракта.

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

*Имеющиеся данные о прогнозе течения СРК неоднозначны. Согласно наиболее масштабному исследованию, у большинства пациентов с СРК симптомы, несмотря на проводимое лечение, сохраняются, но не усиливаются [96]. Вероятность купирования симптомов СРК при наблюдении в течение 12-20 месяцев составляет 38%. К факторам, оказывающим негативное влияние на прогноз заболевания, относятся нежелание получать лечение, тревожность по поводу рисков, связанных с заболеванием, нарушение повседневных функций в результате СРК, длительный анамнез СРК, хронический стресс, а также наличие сопутствующих психиатрических заболеваний.*

*Приводятся научные данные об эффективности и безопасности применения следующих пробиотических штаммов и составов у пациентов с СРК (Таблица 2).*

**Таблица 2.**

## Пробиотические штаммы и составы, эффективные при СРК у взрослых

Состав штаммов	Режим приема	Комментарий	Источник
<i>Bifidobacterium longum (infantis)</i> 35624	1×10 <sup>9</sup> КОЕ 1 раз в день, ≥28 дней, монотерапия	Уменьшение выраженности симптомов у пациентов с СРК (ROME IV)	[71]
<i>Bifidobacterium animalis subsp. lactis</i> CNCM I-2494 (DN-173 010), Bioregularis	≥1.25×10 <sup>10</sup> КОЕ 2 раза в день, 42 дня, монотерапия	Уменьшение вздутия живота и улучшение качества жизни, увеличение кратности дефекации у пациентов с СРК-3 (ROME II)	[72]
	≥1.25×10 <sup>10</sup> КОЕ 2 раза в день, 28 дней, монотерапия	Уменьшение выраженности абдоминальной боли у пациентов с СРК-3 (ROME III)	[73]
<i>Lactobacillus plantarum</i> CECT 7484, <i>L. plantarum</i> CECT 7485, <i>Pediococcus acidilactici</i> CECT 7483	3×10 <sup>9</sup> КОЕ 1 раз в день, 42 дня, монотерапия	Улучшение качества жизни у пациентов с СРК (ROME III)	[74]
<i>Bifidobacterium longum</i> CBT BG7, <i>B. lactis</i> CBT BL3, <i>B. bifidum</i> CBT BF3, <i>Lactobacillus acidophilus</i> CBT LA1, <i>L. rhamnosus</i> CBT LR5, <i>Streptococcus thermophilus</i> CBT ST3 + ФОС 175 мг + #аскорбиновая кислота 12 мг	5×10 <sup>9</sup> КОЕ 1 раз в день, 21 день, монотерапия	Уменьшение выраженности диареи, симптомов диспепсии и абдоминальной боли у пациентов с СРК-Д (КР МЗ РФ)	[75]
<i>Lactobacillus paracasei</i> CNCM I 1572 (DG) + ФОС 5,2 г	5×10 <sup>9</sup> КОЕ 1 раз в день, 28 дней, вместе с лечением	Уменьшение выраженности симптомов у пациентов с СРК-3 (ROME-IV), принимающих мебеверин**	[76]

ФОС - фруктоолигосахариды; СРК-3 - СРК с преобладанием запора; СРК-Д - СРК с преобладанием диареи; КР МЗ РФ - диагноз СРК установлен согласно Клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации; ROME - диагноз СРК установлен согласно Клиническим рекомендациям Римским критериям диагностики функциональных расстройств ЖКТ

### Критерии оценки качества медицинской помощи

#### Критерии оценки качества медицинской помощи у взрослых с СРК

№	Критерии качества	Отметка о выполнении
1.	Выполнена колоноскопия с биопсией тонкой кишки эндоскопической (из терминального отдела подвздошной кишки) и биопсией ободочной кишки эндоскопической с	Да/нет



	патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала тонкой кишки и патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала толстой кишки	
2.	Назначены спазмолитики (препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта)	Да/нет
3.	При СРК с преобладанием диареи назначены лоперамид**, и/или смектит диоктаэдрический**, и/или #рифаксимин, и/или пробиотики (АТХ А07FA: Бифидобактерии лонгум + Энтерококкус фэциум, А07FA02: Сахаромицеты буларди)	Да/нет
4.	В случае СРК с преобладанием запора назначены слабительные средства и/или прукалоприд	Да/нет

#### Критерии оценки качества медицинской помощи у детей с СРК

№	Критерии качества	Отметка о выполнении
1.	Назначены спазмолитики (препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта) (в зависимости от медицинских показаний и противопоказаний)	Да/нет
2.	При СРК с преобладанием диареи назначены лоперамид**и/или #рифаксимин, и/или пробиотики (АТХ А07FA: Бифидобактерии лонгум + Энтерококкус фэциум, А07FA02: Сахаромицеты буларди)	Да/нет

3.	В случае СРК с преобладанием запора назначены слабительные средства (в зависимости от медицинских показаний и противопоказаний)	Да/нет
----	---	--------

### **Область применения рекомендаций**

Данные клинические рекомендации применимы при осуществлении медицинской деятельности в рамках Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля, а также в рамках Порядка оказания медицинской помощи лицам с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля.

## Список литературы

1. El Serag HB, Olden K, Bjorkman D, El Serag HB, Olden K, and Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review, *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 2002, 16(6):1171-1185.
2. Akehurst RL, Brazier JE, Mathers N, O'Keefe C, Kaltenthaler E, Morgan A, Platts M, and Walters SJ. Health-related quality of life and cost impact of irritable bowel syndrome in a UK primary care setting, *Pharmacoeconomics*, 2002, 20(7):455-462.
3. Brian E. Lacy, Fermín Mearin, Lin Chang, William D. Chey, Anthony J. Lembo, Magnus Simren, Robin Spiller. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1393–1407.
4. C.K. Nagasako, Garcia Montes C, Silva Lorena SL, Mesquita MA. Irritable bowel syndrome subtypes: Clinical and psychological features, body mass index and comorbidities. *RevEspEnfermDig*. 2016 Feb;108(2):59-64.
5. Cho HS, Park JM, Lim CH, Cho YK, Lee IS, Kim SW, Choi MG, Chung IS, Chung YK. Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut Liver*, 2011 Mar;5(1):29-36.
6. Corsetti M, Whorwell PJ. Managing irritable bowel syndrome in primary care. *Practitioner*. 2015 Jun;259 (1783):21-4, 2-3.
7. Bharadwaj S, Barber MD, Graff LA, Shen B. Symptomatology of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease during the menstrual cycle. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2015 Aug;3(3):185-93.
8. Issa B, Morris J, Whorwell PJ Abdominal distension in health and irritable bowel syndrome: The effect of bladder filling. *Neurogastroenterol Motil*. 2018 Nov;30(11)
9. «Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения» Руководство для практикующих врачей. под общей ред. В.Т.Ивашкина. Москва. «Издательство Литерра» 2003 год, стр. 523-524
10. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(11):2812–2819.
11. Menees ST, Kurlander J, Goel A, et al. Meta-analysis of the utility of common serum and fecal biomarkers in adults with IBS. *Gastroenterology* 2014;146 (Suppl):S194.
12. Menees SB, Powell C, Kurlander J, et al. A Meta-Analysis of the Utility of C-Reactive Protein, Erythrocyte Sedimentation Rate, Fecal Calprotectin and Fecal Lactoferrin to Exclude Inflammatory Bowel Disease in Adults With IBS. *Am J Gastroenterol* 2015; 110(3):444–454.
13. Irvine AJ, Chey WD, Ford AC. Screening for Celiac Disease in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2016; 112(1):65–76.

14. Koh SJ, Lee DH, Lee SH, et al. Incidence and Risk Factors of Irritable Bowel Syndrome in Community Subjects with Culture-proven Bacterial Gastroenteritis. *Korean J Gastroenterol* 2012; 60(1):13-18.
15. Longstreth GF, Chen Q, Wong C, Yao JF. Increased Systemic Antibiotic Use and *Clostridium difficile* Infection Among Outpatients With Irritable Bowel Syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2018;16(6):974–976.
16. Ford AC, Spiegel BR, Talley NJ, Moayyedi P. Small Intestinal Bacterial Overgrowth in Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7(12):1279–1286.
17. Кучумова С.Ю. Патогенетическое и клиническое значение кишечной микрофлоры у больных с синдромом раздраженного кишечника. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2016 г.
18. Ghoshal UC, Nehra A, Mathur A, Rai S. A meta-analysis on small intestinal bacterial overgrowth in patients with different subtypes of irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020 Jun;35(6):922-931. doi: 10.1111/jgh.14938
19. Efremova I, Maslennikov R, Poluektova E, Vasilieva E, Zharikov Y, Suslov A, Letyagina Y, Kozlov E, Levshina A, Ivashkin V. Epidemiology of small intestinal bacterial overgrowth. *World J Gastroenterol*. 2023 Jun 14;29(22):3400-3421. doi: 10.3748/wjg.v29.i22.3400
20. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Зольникова О.Ю., Корочанская Н.В., Медведев О.С., Полуэктова Е.А., Симаненков В.И., Трухманов А.С., Хлынов И.Б., Цуканов В.В., Шифрин О.С., Ивашкин К.В., Лапина Т.Л., Масленников Р.В., Фадеева М.В., Ульянин А.И. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по диагностике и лечению синдрома избыточного бактериального роста у взрослых. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2022;32(3):68-85. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-3-68-85>
21. de Bortoli N, Tolone S, Frazzoni M, et al. Gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: common overlapping gastrointestinal disorders. *Ann Gastroenterol* 2018;31(6):639-648.
22. Chey WD, Nojkov B, Rubenstein JH, et al. The Yield of Colonoscopy in Patients With Non-Constipated Irritable Bowel Syndrome: Results From a Prospective, Controlled US Trial. *Am J Gastroenterol* 2010;105(4):859–865.
23. Patel P, Bercik P, Morgan DG, et al. Prevalence of organic disease at colonoscopy in patients with symptoms compatible with irritable bowel syndrome: cross-sectional survey. *Scand J Gastroenterol* 2015;50(7):816–823.

24. Guagnozzi D, Arias Á, Lucendo AJ. Systematic review with meta-analysis: diagnostic overlap of microscopic colitis and functional bowel disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016 Feb 24.
25. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Галимова С.Ф., Юрманова Е.Н. Микроскопический колит: клинические формы, диагностика, лечение. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2006, Т.16, № 6, С. 56-60.
26. Jian-Feng Yang, Mark Fox, Hua Chu, Xia Zheng, Yan-Qin Long, Daniel Pohl, Michael Fried, Ning Dai. Four-sample lactose hydrogen breath test for diagnosis of lactose malabsorption in irritable bowel syndrome patients with diarrhea. *World J Gastroenterol.* 2015 Jun 28; 21(24): 7563–7570.
27. Leeds JS, Hopper AD, Sidhu R, Simmonette A, Azadbakht N, Hoggard N, Morley S, Sanders DS. Some patients with irritable bowel syndrome may have exocrine pancreatic insufficiency. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010 May;8(5):433-8.
28. Chachu KA, Osterman MT. How to Diagnose and Treat IBD Mimics in the Refractory IBD Patient Who Does Not Have IBD. *Inflamm Bowel Dis.* 2016 May;22(5):1262-74.
29. Longstreth GF, Tieu RS. Clinically Diagnosed Acute Diverticulitis in Outpatients: Misdiagnosis in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Dig Dis Sci.* 2016 Feb;61(2):578-88.
30. Cuomo R, Barbara G, Andreatozzi P et.al. Symptom patterns can distinguish diverticular disease from irritable bowel syndrome. *Eur J Clin Invest.* 2013 Nov;43(11):1147-55.
31. Wu CY, Chang WP, Chang YH, Li CP, Chuang CM. The risk of irritable bowel syndrome in patients with endometriosis during a 5-year follow-up: a nationwide population-based cohort study. *Int J Colorectal Dis.* 2015 Jul;30(7):907-12.
32. Mathur R, Ko A, Hwang LJ, Low K, Azziz R, Pimentel M. Polycystic ovary syndrome is associated with an increased prevalence of irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci.* 2010 Apr;55(4):1085-9.
33. Leyer P., Andresen V., Pehl C., et al. Guideline Irritable Bowel Syndrome: Definition, Pathophysiology, Diagnosis and Therapy. Joint Guideline of the German Society for Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) and the German Society for Neurogastroenterology and Motility (DGNM). *Z Gastroenterol* 2011; 49:237-93.
34. Moayyedi P, Quigley EM, Lacy BE, et al. The effect of dietary intervention on irritable bowel syndrome: a systematic review. *Clin Transl Gastroenterol* 2015:e107.
35. Usai-Satta P, Bellini M, Lai M, Oppia F, Cabras F. Therapeutic Approach for Irritable Bowel Syndrome: Old and New Strategies. *Curr Clin Pharmacol.* 2018;13(3):164-172;
36. Danilo Paduano, Arianna Cingolani, Elisabetta Tanda and Paolo Usai. Effect of Three Diets (Low-FODMAP, Gluten-free and Balanced) on Irritable Bowel Syndrome Symptoms and Health-Related Quality of Life. *Nutrients* 2019, 11, 1566

37. Johannessson E, Ringström G, Abrahamsson H, Sadik R. Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. *World J Gastroenterol*. 2015 Jan 14;21(2):600-8.
38. Ruepert et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. The Cochrane Collaboration The Cochrane Library 2013, Issue 3
39. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, et.al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2014 Aug;109 Suppl 1:S2-26.
40. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis [published correction appears in *BMJ*.2009;338:b1881]. *BMJ*. 2008;337:a2313. Published 2008 Nov 13. doi:10.1136/bmj.a2313
41. Hou X, Chen S, Zhang Y, Sha W, Yu X, Elsayah H. et al. Quality of life in patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS), assessed using the IBS-Quality of Life (IBS-QOL) measure after 4 and 8 weeks of treatment with mebeverine hydrochloride or pinaverium bromide: results of an international prospective observational cohort study in Poland, Egypt, Mexico and China. *Clin Drug Investig*. 2014;34(11):783-93.
42. Boisson J, Coudert Ph, Dupuis J, Laverdant Ch, Toulet J Tolerance de la mebeverine a long terme. *Act Ther* 1987;16(4):289-92.
43. Triantafillidis JK, Malgarinos G. Long-term efficacy and safety of otilonium bromide in the management of irritable bowel syndrome: a literature review. *Clin Exp Gastroenterol*. 2014;7:75-82. Published 2014 Apr 7. doi:10.2147/CEG.S46291
44. Clavé P, Tack J. Efficacy of otilonium bromide in irritable bowel syndrome: a pooled analysis. *Therap Adv Gastroenterol*. 2017 Mar;10(3):311-322. doi: 10.1177/1756283X16681708. Epub 2017 Jan 16. PMID: 28246548; PMCID: PMC5305018.
45. Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А. Сравнительная оценка американских, немецких, французских и российских рекомендаций по ведению больных с синдромом раздраженного кишечника. РЖГГК он-лайн – [www.gastro-j.ru](http://www.gastro-j.ru).
46. Wittmann, T., Paradowski, L., Ducrotté, P., Bueno, L., & Andro Delestrain, M. C. (2010). Clinical trial: the efficacy of alverine citrate/simeticone combination on abdominal pain/discomfort in irritable bowel syndrome--a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 31(6), 615–624. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2009.04216.x>
47. Daniluk J., Malecka-Wojcieszko E., Skrzydło-Radomska B., Rydzewska G. The Efficacy of Mebeverine in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome-A Systematic Review. *J Clin Med*. 2022 Feb 17;11(4):1044. doi: 10.3390/jcm11041044. PMID: 35207315; PMCID: PMC8879004.

48. Xie C, Tang Y, Wang Y, Yu T, Wang Y, Jiang L, Lin L. Efficacy and Safety of Antidepressants for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Meta-Analysis. PLoSOne. 2015 Aug 7;10(8):e0127815.eCollection 2015.
49. A.W. Bundeiff, Woodis CB. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. The Annals of pharmacotherapy. 2014;48(6):777–84.
50. Black CJ, Ford AC. Best management of irritable bowel syndrome. Frontline Gastroenterol. 2020;12(4):303-315. Published 2020 May 28. doi:10.1136/flgastro-2019-101298
51. Trinkley KE, Nahata MC. Medication management of irritable bowel syndrome. Digestion. 2014;89(4):253-67. doi: 10.1159/000362405. Epub 2014 Jul 2. PMID: 24992947
52. Chao GQ, Zhang S. A meta-analysis of the therapeutic effects of amitriptyline for treating irritable bowel syndrome. Intern Med. 2013;52(4):419-424. doi:10.2169/internalmedicine.52.9147.
53. Rahimi R, Nikfar S, Rezaie A, Abdollahi M. Efficacy of tricyclic antidepressants in irritable bowel syndrome: a meta-analysis. World J Gastroenterol. 2009;15(13):1548-1553. doi:10.3748/wjg.15.1548.
54. Schneider J, Patterson M, Jimenez XF. Beyond depression: Other uses for tricyclic antidepressants. Cleve Clin J Med. 2019 Dec;86(12):807-814. doi: 10.3949/ccjm.86a.19005. PMID: 31821138.
55. Duval F, Lebowitz BD, Macher JP. Treatments in depression. Dialogues Clin Neurosci. 2006;8(2):191-206. doi: 10.31887/DCNS.2006.8.2/fduval. PMID: 16889105; PMCID: PMC3181767.
56. Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. Ann Intern Med. 2000 Jul 18;133(2):136-47.
57. Chang F.Y., Lu C.L., Chen C.Y., Luo J.C. Efficacy of dioctahedral smectite in treating patients of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – Vol. 22 (12). – P. 2266-72.
58. Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, Chey WD. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis // Am J Gastroenterol. 2012 Jan;107(1):28-35.
59. Tack J, Fried M, Houghton LA, Spicak J, Fisher G. Systematic review: the efficacy of treatments for irritable bowel syndrome--a European perspective. Aliment Pharmacol Ther. 2006 Jul 15;24(2):183-205. doi: 10.1111/j.1365-2036.2006.02938.x. PMID: 16842448.
60. Tack J, Müller-Lissner S et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation – a European perspective. // NeurogastroenterolMotil. 2011 Aug;23(8):697-710.
61. Ивашкин В.Т., Алексеенко С.А., Колесова Т.А., Корочанская Н.В., Полуэктова Е.А., Симаненков В.И., Ткачев А.В., Трухманов А.С., Хлынов И.Б., Шептулин А.А., Шифрин О.С. Резолюция Экспертного совета, посвященного проблемам диагностики и лечения

функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. РЖГГК. - 2016. - Т.26. - №4. - С.109-110.

62. Miller LE, Tennilä J, Ouwehand AC, et al. Efficacy and tolerance of lactitol supplementation for adult constipation: a systematic review and meta-analysis. Clin Exp Gastroenterol 2014 Jul 12;7:241-8.

63. Mueller-Lissner S, Kamm MA et al. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation // Am J Gastroenterol. 2010 Apr;105(4):897-903.

64. Paré P, Fedorak RN. Systematic review of stimulant and nonstimulant laxatives for the treatment of functional constipation. Can J Gastroenterol Hepatol. 2014 Nov;28(10):549-57. doi: 10.1155/2014/631740. PMID: 25390617; PMCID: PMC4234355.

65. Bengtsson M, Ohlsson B. Psychological well-being and symptoms in women with chronic constipation treated with sodium picosulphate. // Gastroenterol Nurs. 2005 Jan-Feb;28(1):3-12.

66. Muhammad S Sajid, Madhu Hebbar, Mirza K Baig, Andy Li, Zinu Philipose. Use of Prucalopride for Chronic Constipation: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Randomized, Controlled Trials J Neurogastroenterol Motil. 2016 Apr 29

67. А.А. Шептулин. Прукалоприд в лечении хронических запоров функциональной природы. РЖГГК – 2012. - Т. 22 - №1. - С.9-13.

68. World Gastroenterology Organisation. Probiotics and prebiotics. 2023. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english>

69. Sun JR, Kong CF, Qu XK, Deng C, Lou YN, Jia LQ. Efficacy and safety of probiotics in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. Saudi J Gastroenterol. 2020;26(2):66-77. doi:10.4103/sjg.SJG\_384\_19

70. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Абдулганиева Д.И., Алексеенко С.А., Горелов А.В., Захарова И.Н., Зольникова О.Ю., Ивашкина Н.Ю., Корочанская Н.В., Маммаев С.Н., Полуэктова Е.А., Трухманов А.С., Усенко Д.В., Успенский Ю.П., Цуканов В.В., Шифрин О.С., Бережная И.В., Ивашкин К.В., Лапина Т.Л., Масленников Р.В., Николаева С.В., Сугян Н.Г., Ульянин А.И. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков и обогащенных ими функциональных пищевых продуктов для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у детей и взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(2):65-91. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-2-65-91>



71. McFarland LV, Karakan T, Karatas A. Strain-specific and outcome-specific efficacy of probiotics for the treatment of irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2021;41:101154. Published 2021 Oct 18. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101154
72. Guyonnet, D., Chassany, O., Ducrotte, P., Picard, C., Mouret, M., Mercier, C. H., & Matuchansky, C. (2007). Effect of a fermented milk containing *Bifidobacterium animalis* DN-173 010 on the health-related quality of life and symptoms in irritable bowel syndrome in adults in primary care: a multicentre, randomized, double-blind, controlled trial. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 26(3), 475–486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2007.03362.x>
73. Agrawal, A., Houghton, L. A., Morris, J., Reilly, B., Guyonnet, D., Goupil Feuillerat, N., Schlumberger, A., Jakob, S., & Whorwell, P. J. (2009). Clinical trial: the effects of a fermented milk product containing *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 on abdominal distension and gastrointestinal transit in irritable bowel syndrome with constipation. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 29(1), 104–114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03853.x>
74. Lorenzo-Zúñiga V., Llop E., Suárez C., Álvarez B., Abreu L., Espadaler J., Serra J. I.31, a new combination of probiotics, improves irritable bowel syndrome-related quality of life. *World J Gastroenterol* 2014; 20(26): 8709-8716. DOI: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i26.8709>
75. Дроздов В.Н., Ших Е.В. Астаповский А.А. Халаиджева К.Н., Соловьева С.А., Дорогун О.Б. Клиническая эффективность современного пробиотика для коррекции кишечной микрофлоры у пациентов с синдромом раздраженного кишечника с диареей и с антибиотик-ассоциированной диареей//Вопросы питания. 2023. Т.92, №4. С.92-103. DOI: <https://doi.org/10.33029/0042-8833-2023-92-4-92-103>
76. Khlinov I. B., Khlynova R. I., Voronova E. I., Garanina E. V., Gurikova I. A., Kobzar T. I., Loseva M. E., Odinets S. V., Ryabinina O. A., Sagutdinova L. T., Freze E. B. Efficacy and safety of *Lactobacillus paracasei* CNCM I-1572 and fructooligosaccharides in the treatment of patients with irritable bowel syndrome with constipation. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;190(6): 57–62. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-190-6-57-62
77. Akhmedov V. A., Gaus O. V. Possibilities of modern probiotic therapy in the treatment of patients with post-infectious irritable bowel syndrome // *Lechaschi Vrach*. 2022; 2 (25): 32-35. DOI: 10.51793/OS.2022.25.2.005
78. Ivashkin V.T., Maev I.V., Alekseeva O.P., Alekseenko S.A., Korochanskaya N.V., Poluektova E.A., Simanenkov V.I., Trukhmanov A.S., Khlynov I.B., Tsukanov V.V., Shifrin O.S., Lapina T.L., Maslennikov R.V., Ulyanin A.I. Determination of Probiotics Prescription Indications in Patients with Irritable Bowel Syndrome (Materials of the Expert Council and Literature Review). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2022;32(2):9-18. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-2-9-18>

79. Delvaux M, Wingate D. Trimebutine: mechanism of action, effects on gastrointestinal function and clinical results // J Int Med Res.1997 Sep-Oct;25(5):225-46.

80. Zhong YQ et al. A randomized and case-control clinical study on trimebutine maleate in treating functional dyspepsia coexisting with diarrhea-dominant irritable bowel syndrome // ZhonghuaNeiKeZaZhi.2007 Nov;46(11):899-902.

81. В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, Е.А. Полуэктова, Д.В. Рейхарт, А.В. Белостоцкий, А.А. Дроздова, В.С. Арнаутков. Возможности применения Опросника «7×7» (7 симптомов за 7 дней) для оценки динамики симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. РЖГГК. - 2016. - Т.26. - №3. - С.24.

82. В.Т.Ивашкин, Е.А.Полуэктова, Д.В.Рейхарт, А.А.Шептулин, О.С.Ляшенко, А.Г.Бениашвили, А.В.Белостоцкий. Эффективность наиболее часто назначаемых групп препаратов у пациентов с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта (синдромом функциональной диспепсии и синдромом раздраженного кишечника) (Результаты наблюдательного исследования). РЖГГК. - 2016. - Т.26. - №4. - С.7-14.

83. Ivashkin, V. T., Kudryavtseva, A. V., Krasnov, G. S., Poluektov, Y. M., Morozova, M. A., Shifrin, O. S., Beniashvili, A. G., Mamieva, Z. A., Kovaleva, A. L., Ulyanin, A. I., Trush, E. A., Erlykin, A. G., & Poluektova, E. A. (2022). Efficacy and safety of a food supplement with standardized menthol, limonene, and gingerol content in patients with irritable bowel syndrome: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *PloS one*, 17(6), e0263880. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263880>

84. Авалуева Е.Б., Адашева Т.В., Бабаева А.Р., Бурдина Е.Г., Киреева Н.В., Ленская Л.Г., Осадчук М.А., Пахомова И.Г., Попова Л.И., Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Шварц Ю.Г., Мысливец А.А., Андрианова Е.Н. Эффективность и безопасность применения Колофорта при синдроме раздраженного кишечника: итоги многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного клинического исследования. Гастроэнтерология, 2014; 1:36-43.

85. Маев И.В., Самсонов А.А., Яшина А.В., Казюлин А.Н., Шестаков В.А. Клиническая эффективность и безопасность схем лечения синдрома раздраженного кишечника (результаты сравнительного исследования). Consiliummedicum, 2016; 8(18):19-26.

86. Ivashkin VT, Poluektova EA, Glazunov AB, Putilovskiy MA, Epstein OI. Pathogenetic approach to the treatment of functional disorders of the gastrointestinal tract and their intersection: results of the Russian observation retrospective program COMFORT. BMC. Gastroenterology (2020) 20:2.

87. Ottillinger B, Storr M, Malfertheiner P, Allescher HD. STW 5 (Iberogast®)--a safe and effective standard in the treatment of functional gastrointestinal disorders. Wien Med Wochenschr. 2013 Feb;163(3-4):65-72.

88. Шептулин А.А., Кайбышева В.О. Эффективность применения растительного препарата STW 5 в многоцелевой терапии функциональной диспепсии. РЖГГК. - 2015. - Т.25. - №5. - С.101-106.

89. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Шептулин А. А. и соавт. Резолюция Экспертного совета «Как улучшить результаты лечения больных с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника»? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2016, №2, С. 101-104.

90. Kovaleva A, Poluektova E, Maslennikov R, Karchevskaya A, Shifrin O, Kiryukhin A, Tertychnyy A, Kovalev L, Kovaleva M, Lobanova O, Kudryavtseva A, Krasnov G, Fedorova M, Ivashkin V. Effect of Rebamipide on the Intestinal Barrier, Gut Microbiota Structure and Function, and Symptom Severity Associated with Irritable Bowel Syndrome and Functional Dyspepsia Overlap: A Randomized Controlled Trial. J Clin Med. 2023 Sep 20;12(18):6064. doi: 10.3390/jcm12186064. PMID: 37763004; PMCID: PMC10531936.

91. Стаценко М.Е., Туркина С.В., Тыщенко И.А., Шилина Н.Н., Стрельцова А.М. Оценка эффективности ребамипида в лечении функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022;(9):74-81. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-205-9-74-81>

92. Гаус Ольга Владимировна, Ливзан Мария Анатольевна ФЕНОТИПЫ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА: ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ ГЕНЕТИКИ И ЭПИГЕНЕТИКИ, МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ // Терапевтический архив. 2023. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenotipy-sindroma-razdrazhennogo-kishechnika-vedushchie-factory-genetiki-i-epigenetiki-mehanizmy-formirovaniya> (дата обращения: 02.10.2023).

93. Camilleri M. Management Options for Irritable Bowel Syndrome. Mayo Clin Proc. 2018 Dec;93(12):1858-1872. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.04.032. PMID: 30522596; PMCID: PMC6314474., Saha L. Irritable bowel syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. World J Gastroenterol. 2014 Jun 14;20(22):6759-73. doi: 10.3748/wjg.v20.i22.6759. PMID: 24944467; PMCID: PMC4051916.

94. Staudacher HM, Black CJ, Teasdale SB, Mikocka-Walus A, Keefer L. Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity - approach to multidisciplinary management. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2023 Sep;20(9):582-596. doi: 10.1038/s41575-023-00794-z. Epub 2023 Jun 2. PMID: 37268741; PMCID: PMC10237074.

95. Lackner JM, Mesmer C, Morley S, Dowzer C, Hamilton S. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 2004 Dec;72(6):1100-13. doi: 10.1037/0022-006X.72.6.1100. PMID: 15612856.

96. Osler W. The principles and practice of medicine: designed for the use of practitioners and students of medicine (1892), New York: D Appleton and company.

97. Devanarayana NM, Rajindrajith S, Pathmeswaran A, Abegunasekara C, Gunawardena NK, Benninga MA. Epidemiology of irritable bowel syndrome in children and adolescents in Asia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015;60:792-798
98. Devanarayana NM, Adhikari C, Pannala W, Rajindrajith S. Prevalence of functional gastrointestinal diseases in a cohort of Sri Lankan adolescents: comparison between Rome II and Rome III criteria. *J Trop Pediatr.* 2011;57:34-39;
99. Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, Nanayakkara N, Mendis N, Perera N, Rajindrajith S. Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;53:659-665;
100. Udoh E, Devanarayana NM, Rajindrajith S, Meremikwu M, Benninga MA. Abdominal Pain-predominant Functional Gastrointestinal Disorders in Adolescent Nigerians. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62:588-593;
101. Devanarayana NM, Rajindrajith S, Benninga MA. Quality of life and health care consultation in 13 to 18 year olds with abdominal pain predominant functional gastrointestinal diseases. *BMC Gastroenterol.* 2014;14:150;
102. Bouzios I, Chouliaras G, Chrousos GP, Roma E, Gemou-Engesaeth V. Functional gastrointestinal disorders in Greek Children based on ROME III criteria: identifying the child at risk. *Neurogastroenterol Motil.* 2017;29;
103. Dhroove G, Saps M, Garcia-Bueno C, Leyva Jiménez A, Rodriguez-Reynosa LL, Velasco-Benítez CA. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in Mexican schoolchildren. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;82:13-18;
104. Lu PL, Saps M, Chanis RA, Velasco-Benítez CA. The prevalence of functional gastrointestinal disorders in children in Panama: a school-based study. *Acta Paediatr.* 2016;105:e232-e236;
105. Zablah R, Velasco-Benítez CA, Merlos I, Bonilla S, Saps M. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in school-aged children in El Salvador. *Rev Gastroenterol Mex.* 2015;80:186-191
106. Dong L, Dingguo L, Xiaoxing X, Hanming L. An epidemiologic study of irritable bowel syndrome in adolescents and children in China: a school-based study. *Pediatrics.* 2005;116:e393-e396
107. Adeniyi OF, Adenike Lesi O, Olatona FA, Esezobor CI, Ikobah JM. Irritable bowel syndrome in adolescents in Lagos. *Pan Afr Med J.* 2017;28:93
108. Karabulut GS, Beşer OF, Erginöz E, Kutlu T, Cokuğraş FÇ, Erkan T. The Incidence of Irritable Bowel Syndrome in Children Using the Rome III Criteria and the Effect of Trimebutine Treatment. *J Neurogastroenterol Motil.* 2013;19:90-93

109. Lewis ML, Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MAL. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Children and Adolescents. *J Pediatr*. 2016;177:39-43.e3;
110. Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Shulman RJ, Hyams JS, Palsson O. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr*. 2018;195:134-139
111. Scarpato E, Kolacek S, Jojkic-Pavkov D, Konjik V, Živković N, Roman E, Kostovski A, Zdraveska N, Altamimi E, Papadopoulou A, Karagiozoglou-Lampoudi T, Shamir R, Bar Lev MR, Koleilat A, Mneimneh S, Bruzzese D, Leis R, Staiano A; MEAP Group. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Children and Adolescents in the Mediterranean Region of Europe. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018 Jun;16(6):870-876
112. Devanarayana NM, Rajindrajith S. Irritable bowel syndrome in children: Current knowledge, challenges and opportunities. *World J Gastroenterol* 2018; 24(21): 2211-2235
113. Бельмер С. В., Хавкин А. И., Печкуров Д. В. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Принципы диагностики и лечения (в свете Римских критериев IV). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 18 с.
114. Hyams J. S., Di Lorenzo C., Saps M., Shulman R. J., Staiano A. M., van Tilburg M. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent // *Gastroenterology*. 2016; 150: 1456–1468. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.015>
115. Di Nardo G, Barbara G, Borrelli O, Cremon C, Giorgio V, Greco L, La Pietra M, Marasco G, Pensabene L, Piccirillo M, Romano C, Salvatore S, Saviano M, Stanghellini V, Strisciuglio C, Tambucci R, Turco R, Zenzeri L, Staiano A. Italian guidelines for the management of irritable bowel syndrome in children and adolescents : Joint Consensus from the Italian Societies of: Gastroenterology, Hepatology and Pediatric Nutrition (SIGENP), Pediatrics (SIP), Gastroenterology and Endoscopy (SIGE) and Neurogastroenterology and Motility (SINGEM). *Ital J Pediatr*. 2024 Mar 14;50(1):51. doi: 10.1186/s13052-024-01607-y
116. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, Moshiree B. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021 Jan 1;116(1):17-44. doi: 10.14309/ajg.0000000000001036. PMID: 33315591
117. Iwańczak F, Siedlecka-Dawidko J, Iwanczak B. Ocena kurczliwości pecherzyka żółciowego w czynnościowych bólach brzucha oraz w zespole jelita nadwrażliwego u dzieci [Gallbladder contractility in children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome]. *Pol Merkur Lekarski*. 2013 Jul;35(205):14-7
118. Devanarayana NM, Rajindrajith S, Bandara C, Shashiprabha G, Benninga MA. Ultrasonographic assessment of liquid gastric emptying and antral motility according to the subtypes of irritable bowel syndrome in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013 Apr;56(4):443-8. doi: 10.1097/MPG.0b013e31827f7a3d

119. Colombo JM, Deacy AD, Schurman JV, Friesen CA. Heartburn in children and adolescents in the presence of functional dyspepsia and/or irritable bowel syndrome correlates with the presence of sleep disturbances, anxiety, and depression. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Apr 2;100(13):e25426. doi: 10.1097/MD.00000000000025426
120. Tam YH, Chan KW, To KF, Cheung ST, Mou JW, Pang KK, Wong YS, Sihoe JD, Lee KH. Impact of pediatric Rome III criteria of functional dyspepsia on the diagnostic yield of upper endoscopy and predictors for a positive endoscopic finding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011;52:387-391;
121. Miele E, Giannetti E, Martinelli M, Tramontano A, Greco L, Staiano A. Impact of the Rome II paediatric criteria on the appropriateness of the upper and lower gastrointestinal endoscopy in children. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;32:582-590
122. Waugh N, Cummins E, Royle P, Kandala NB, Shyangdan D, Arasaradnam R, et al. Faecal calprotectin testing for differentiating amongst inflammatory and non-inflammatory bowel diseases: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2013;17(55):xv–xix, 1-211
123. Heida A, Holtman GA, Lisman-van Leeuwen Y, Berger MY, van Rheeën PF. Avoid endoscopy in children with suspected inflammatory bowel disease who have normal calprotectin levels. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62(1):47–9
124. Orfei M, Gasparetto M, Hensel KO, Zellweger F, Heuschkel RB, Zilbauer M. Guidance on the interpretation of faecal calprotectin levels in children. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246091
125. Orfei M, Gasparetto M, Hensel KO, Zellweger F, Heuschkel RB, Zilbauer M. Guidance on the interpretation of faecal calprotectin levels in children. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246091
126. Collins BS, Lin HC. Double-blind, placebo-controlled antibiotic treatment study of small intestinal bacterial overgrowth in children with chronic abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011;52(4):382–386. doi: 10.1097/MPG.0b013e3181effa3b.
127. Scarpellini E, Giorgio V, Gabrielli M, Filoni S, Vitale G, Tortora A, et al. Rifaximin treatment for small intestinal bacterial overgrowth in children with irritable bowel syndrome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013;17(10):1314–1320
128. Koppen IJN, Vriesman MH, Tabbers MM, Di Lorenzo C, Benninga MA. Awareness and Implementation of the 2014 ESPGHAN/NASPGHAN guideline for childhood functional constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66(5):732–7
129. Korterink JJ, Ockeloen L, Hilbink MA, Benninga MA, Deckers-Kocken JM. Yoga therapy for abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in children: a randomized controlled trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;63:481–7;
130. Gordon M, Sinopoulou V, Tabbers M, Rexwinkel R, de Bruijn C, Dovey T, et al. Psychosocial interventions for the treatment of functional abdominal pain disorders in children: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2022;176(6):560–8.

131. Ebrahimloee S, Masoumpoor A, Nasiri M, Babaie M, Farahani AV, Yousefiasl S, et al. The effect of Benson relaxation technique on the severity of symptoms and quality of life in children with irritable bowel syndrome (IBS): a quasi-experimental study. *BMC Gastroenterol.* 2022;22(1):547
132. Vlieger AM, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SC, Tromp E, Benninga MA. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology.* 2007;133(5):1430–6
133. Vlieger AM, Rutten JM, Govers AM, Frankenhuis C, Benninga MA. Long-term follow-up of gut-directed hypnotherapy vs. standard care in children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(4):627–31.
134. Бельмер С. В., Волюнец Г. В., Горелов А. В., Гурова М. М., Звягин А. А., Корниенко Е. А., Новикова В. П., Печкуров Д. В., Приворотский В. Ф., Тяжева А. А., Файзулина Р. А., Хавкин А. И., Эрдес С. И. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Рекомендации Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Часть 2. *Рос вестн перинатол и педиатр* 2020; 65:(5): 100–111. doi: 10.21508/1027–4065–2020–65–5–100–111.
135. Бельмер С. В., Гурова М. М., Звягин А. А., Корниенко Е. А., Налётов А. В., Нижегород А. А., Новикова В. П., Печкуров Д. В., Приворотский В. Ф., Тяжева А. А., Файзулина Р. А., Хавкин А. И. Актуализация клинических рекомендаций по диагностике и лечения синдрома раздраженного кишечника у детей. *Вопросы практической педиатрии.* – 2023; 18 (4):132-141. – DOI 10.20953/1817-7646-2023-4-132-141.
136. Rasquin A., Di Lorenzo C., Forbes D., Guiraldes E., Hyams J. S., Staiano A., Walker L. S. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology.* 2006 Apr;130(5):1527–37. doi: 10.1053/j. gastro.2005.08.063.
137. Barbara G, Cremon C, Bellini M, Corsetti M, Di Nardo G, Falangone F, Fuccio L, Galeazzi F, Iovino P, Sarnelli G, Savarino EV, Stanghellini V, Staiano A, Stasi C, Tosetti C, Turco R, Ubaldi E, Zagari RM, Zenzeri L, Marasco G. Italian guidelines for the management of irritable bowel syndrome: Joint Consensus from the Italian Societies of: Gastroenterology and Endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and Motility (SINGEM), Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO), Digestive Endoscopy (SIED), General Medicine (SIMG), Gastroenterology, Hepatology and Pediatric Nutrition (SIGENP) and Pediatrics (SIP). *Dig Liver Dis.* 2023 Feb;55(2):187-207. doi: 10.1016/j.dld.2022.11.015. Epub 2022 Dec 11. PMID: 36517261.
138. Pourmoghaddas Z, Saneian H, Roohafza H, Gholamrezaei A. Mebeverine for pediatric functional abdominal pain: a randomized, placebo-controlled trial. *Biomed Res Int.* 2014;2014:191026. doi: 10.1155/2014/191026
139. Saps M, Youssef N, Miranda A, Nurko S, Hyman P, Cocjin J, Di Lorenzo C. Multicenter, randomized, placebo-controlled trial of amitriptyline in children with functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology.* 2009 Oct;137(4):1261-9

**Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

**1. Состав Рабочей группы**

<b>№</b>	<b>Ф.И.О.</b>	<b>Ученая степень</b>	<b>Ученое звание</b>	<b>Профессиональная ассоциация</b>
1.	Ивашкин Владимир Трофимович	Д.м.н.	Профессор, Академик РАН	Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
2.	Шельгин Юрий Анатольевич	Д.м.н.	Профессор, Академик РАН	Ассоциация колопроктологов России
3.	Баранов Александр Александрович	Д.м.н.	Профессор, Академик РАН	Союз педиатров России
4.	Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна	Д.м.н.	Профессор, Академик РАН	Союз педиатров России
5.	Ачкасов Сергей Иванович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России



6.	Алексеева Ольга Поликарповна	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
7.	Алексеев Сергей Алексеевич	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
8.	Андреев Дмитрий Николаевич	К.м.н.		Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
9.	Барановский Андрей Юрьевич	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека

10.	Белоус София Сергеевна	-	-	Ассоциация колопроктологов России
11.	Белоусова Елена Александровна	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
12.	Бениашвили Аллан Герович	К.м.н.	-	Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
13.	Васильев Сергей Васильевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
14.	Григорьев Евгений Георгиевич	Д.м.н.	Профессор, член-корр. РАН	Ассоциация колопроктологов России
15.	Зольникова Оксана Юрьевна	Д.м.н.	Доцент	Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
16.	Кашников Владимир Николаевич	Д.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России

17.	Корочанская Наталья Всеволодовна	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
18.	Костенко Николай Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
19.	Лоранская Ирина Дмитриевна	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация,
20.	Ляшенко Ольга Сергеевна	-	-	Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
21.	Маев Игорь Вениаминович	Д.м.н.	Профессор, Академик РАН	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
22.	Мамиева Зарина Ахсарбековна	К.м.н.	-	Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
23.	Маммаев Сулейман Нуратдинович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация

24.	Масленников Роман Вячеславович	К.м.н.	-	Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
25.	Москалев Алексей Игоревич	К.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
26.	Полуэктова Елена Александровна	Д.м.н.	Доцент	Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
27.	Румянцев Виталий Григорьевич	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
28.	Тимербулатов Виль Мамилович	Д.м.н.	Профессор, член-корр. РАН	Ассоциация колопроктологов России
29.	Трухманов Александр Сергеевич	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
30.	Ульянин Анатолий Игоревич	К.м.н.	-	Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное

				сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
31.	Хлынов Игорь Борисович	Д.м.н.	Доцент	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
32.	Цуканов Владислав Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека
33.	Чашкова Елена Юрьевна	К.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
34.	Шапина Марина Владимировна	К.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
35.	Шептулин Аркадий Александрович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
36.	Шифрин Олег Самуилович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
37.	Зокиров Нурали Зоирович	д.м.н.,		Союз педиатров России

38.	Кайтукова Елена Владимировна	К.м.н.		Союз педиатров России
39.	Комарова Елена Владимировна	Д.м.н.		Союз педиатров России
40.	Селимзянова Лилия Робертовна	К.м.н.		Союз педиатров России
41.	Сурков Андрей Николаевич	Д.м.н.		Союз педиатров России
42.	Хавкин Анатолий Ильич	Д.м.н.	Профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов
43.	Геппе Наталья Анатольевна	Д.м.н.	Профессор	Московское городское общество детских врачей
44.	Горелов Александр Васильевич	Д.м.н.	Профессор, академик РАН	Московское городское общество детских врачей
45.	Яблокова Екатерина Александровна	К.м.н.	Доцент	Московское городское общество детских врачей
46.	Бельмер Сергей Викторович	Д.м.н.	профессор	Сопредседатель Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, член Союза педиатров России, член

				Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания
47.	Волынец Галина Васильевна	Д.м.н.	профессор	Союз педиатров России, Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов, нутрициологов, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Научное общество гастроэнтерологов России
48.	Гурова Маргарита Михайловна	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов
49.	Звягин Александр Алексеевич	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов
50.	Камалова Аэлита Асхатовна	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов

51.	Корниенко Елена Александровна	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, член Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания
52.	Налётов Андрей Васильевич	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов
53.	Нижевич Александр Альбертович	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов
54.	Новикова Валерия Павловна	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов
55.	Печкуров Дмитрий Владимирович	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов
56.	Потапов Александр Сергеевич	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских



				гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, член Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и питания, национальный представитель от России в Европейской организации по изучению болезни Крона и язвенного колита
57.	Приворотский Валерий Феликсович	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов
58.	Разумовский Александр Юрьевич	Д.м.н.	Член-корр. РАН, профессор	Российское общество детских хирургов
59.	Романова Анастасия Андреевна			Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов
60.	Тяжева Алена Александровна	К.м.н.		Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов

61.	Файзуллина Резеда Ахатовна	Д.м.н.	профессор	Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов
62.	Щербак Владимир Александрович	Д.м.н.	профессор	Союз педиатров России

Ни у одного из членов рабочей группы нет конфликтов интересов

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-терапевты
2. Врачи общей практики (семейные врачи)
3. Врачи-гастроэнтерологи
4. Врачи-колопроктологи
5. Организаторы здравоохранения
6. Врачи-эксперты медицинских страховых организаций (в том числе при проведении медико-экономической экспертизы).

Клинические рекомендации отражают мнение экспертов по ключевым вопросам. В клинической практике могут возникать ситуации, выходящие за рамки представленных рекомендаций, поэтому окончательное решение о тактике ведения каждого пациента должен принимать лечащий врач, на котором лежит ответственность за его лечение.

**Таблица П1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся

	независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица П2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица П3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

#### **Порядок обновления клинических рекомендаций**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР (клинических рекомендации) но не чаще 1 раз в 6 месяцев.

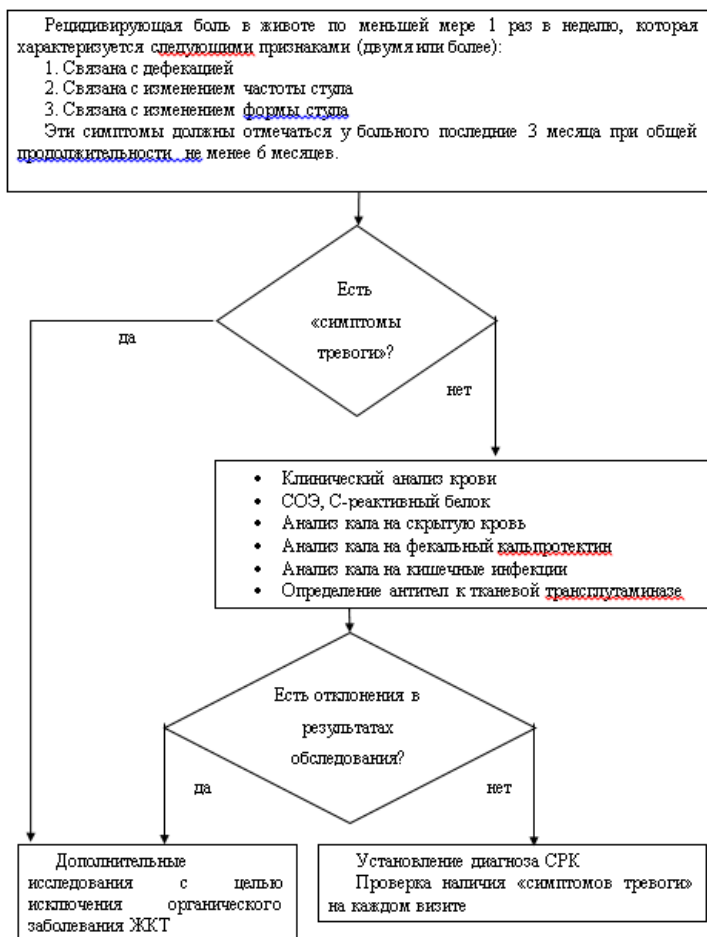
#### **Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология» (утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №906н от 12 ноября 2012 г).

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача



## Приложение В. Информация для пациента

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – очень распространенное функциональное заболевание кишечника. Термин «функциональное» указывает на то, что ваши симптомы связаны с изменением работы (функции) кишечника, а не с анатомическими изменениями, воспалением, появлением опухолевых клеток и т.п. Диагноз данного заболевания окончательно устанавливают после исключения наиболее вероятных органических заболеваний. Наличие у вас СРК не повышает вероятность заболеть раком, болезнью Крона и другими серьезными заболеваниями. Лечение СРК почти всегда проводится длительно и требует комбинации нескольких лекарственных препаратов, поскольку по отдельности они не всегда оказывают достаточный эффект. Помимо лекарственных препаратов (спазмолитиков, пробиотиков, препаратов пищевых

волокон), чрезвычайно эффективны методы психотерапевтического воздействия и даже такие общие мероприятия, как йога, медитация и регулярные занятия физической культурой. Больных СРК нередко одновременно беспокоят несколько видов симптомов (не только боль в животе, но и запор, диарея, вздутие живота, боли в суставах, общее недомогание). Однако при общении с врачом постарайтесь выделить главное проявление СРК, которое в наибольшей степени влияет на вашу трудоспособность, самочувствие, возможность общения. Следует сосредоточить лекарственное лечение и психотерапию именно на этом основном проявлении СРК.

**Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

**Название на русском языке:** Бристольская шкала форм кала

**Оригинальное название:** Bristol Stool Form Scale

**Источник:** Brian E. Lacy, Fermín Mearin, Lin Chang, William D. Chey, Anthony J. Lembo, Magnus Simren, Robin Spiller. Bowel disorders. Gastroenterology 2016;150:1393–1407.

**Тип:**

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить):

**Назначение:** идентификация характера нарушений стула

**Содержание (шаблон):**

Тип 1	отдельные твердые комочки кала (стул в виде «орешков»)
Тип 2	кал нормальной колбасовидной формы, но с твердыми комочками
Тип 3	кал нормальной колбасовидной формы, но поверхность с глубокими бороздками
Тип 4	кал нормальной колбасовидной формы или в виде змейки с гладкой поверхностью и мягкой консистенцией
Тип 5	кал в виде шариков с ровными краями, легко эвакуируется
Тип 6	кусочки кала с неровными краями, кашицеобразной консистенции

Тип 7	водянистый или жидкий стул без твердых комочков
-------	---

Ключ (интерпретация): для описания консистенции кала используется Бристольская шкала форм кала, согласно которой плотному калу соответствуют типы 1 и 2, а жидкому – типы 6 и 7

Пояснения : –.