

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Заведующая кафедрой: профессор Петрова М.М.

**Реферат на тему**  
«Синдром раздраженного кишечника»

Выполнила:  
ординатор 1 года обучения  
кафедры поликлинической  
терапии и семейной  
медицины с курсом ПО  
Мамонтова М.Н.

Красноярск, 2022

## **Оглавление**

<b>Определение .....</b>	<b>3</b>
<b>Этиология и патогенез заболевания. ....</b>	<b>3</b>
<b>Эпидемиология заболевания. ....</b>	<b>3</b>
<b>Классификация заболевания.....</b>	<b>3</b>
<b>Клиническая картина заболевания .....</b>	<b>4</b>
<b>Диагностика заболевания .....</b>	<b>5</b>
<b>Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию. ....</b>	<b>8</b>
Диетотерапия .....	8
Медикаментозное лечение .....	8
Иное лечение .....	14
<b>Список литературы.....</b>	<b>14</b>

## Определение

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

## Этиология и патогенез заболевания.

Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника изучены недостаточно. В качестве одного из предполагаемых звеньев патогенеза рассматривается нарушение строения и функции слизисто-эпителиального барьера ЖКТ, причиной которых служит полиморфизм генов, ответственных за синтез его различных компонентов, перенесенные острые кишечные инфекции, антибиотикотерапия, изменения в составе микробиоты, психоэмоциональный стресс и особенности рациона.

Изменение микробиоты в сочетании с нарушением функции слизисто-эпителиального барьера приводит к формированию воспалительных изменений в кишечной стенке. Хроническое воспаление нарушает механизм висцеральной чувствительности, что приводит к гиперактивации высших нервных центров (в первую очередь, лимбической системы) с усилением эфферентной иннервации кишечника. Это, в свою очередь, приводит к возникновению спазма гладкой кишечной мускулатуры 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.

## Эпидемиология заболевания.

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.

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 и приводит к значительным прямым и непрямым затратам на его лечение и диагностику.

## Классификация заболевания

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 (Табл.1), 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 ¼ всех дефекаций), так и диарея (более, чем в ¼ 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.

#### Табл. 1 Бристольская шкала форм кала.

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

#### Клиническая картина заболевания

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

- кишечные;

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

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.

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. У женщин боль усиливается во время менструаций.
- Ощущение вздутия живота менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после еды.
- 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.

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.

#### **Диагностика заболевания**

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

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.

#### **Физикальное обследование**

Физикальное обследование должно быть направлено на исключение органического заболевания и обязательно включать осмотр перианальной области и трансректальное пальцевое исследование

### **Лабораторные диагностические исследования**

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на диагноз СРК проведение общего (клинический) анализа крови, анализа крови биохимического общетерапевтического для исключения изменений, характерных для органических заболеваний (снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз, повышение СОЭ и др.), исследование кала на скрытую кровь для исключения органических заболеваний.

Рекомендуется пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания определение содержания антител к тканевой трансглутаминазе в крови (АТ к tTG) IgA или, при селективном иммунодефиците IgA, IgG для исключения целиакии.

Рекомендуется пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания проведение исследования кала с целью исключения инфекционной природы заболевания, иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридии (*Clostridium difficile*) с целью исключения антибиотико-ассоциированной диареи и псевдомембранозного колита, исследование уровня кальпротектина в кале для исключения воспалительных заболеваний кишечника.

### **Инструментальные диагностические исследования**

**Пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания рекомендуется выполнение водородного дыхательного теста с глюкозой или лактулозой для выявления синдрома избыточного бактериального роста.**

Пациентам с подозрением на СРК **рекомендуется** проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости для исключения органических заболеваний, проведение эзофагогастродуоденоскопии для исключения органических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Пациентам с выявленными АТ к tTG в диагностическом титре или родственникам первой линии больных целиакией **рекомендуется** проведение эзофагогастродуоденоскопии с биопсией двенадцатиперстной кишки для исключения целиакии.

Всем пациентам с СРК **рекомендуется** проведение илеоколоноскопии с биопсией терминального отдела тонкой и толстой кишки для исключения органических заболеваний

### **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; Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы; Радиационный (постлучевой) колит; Колит, ассоциированный с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов; Ишемическая болезнь органов пищеварения; Рак толстой кишки; Лямблиоз; Дивертикулит; Гинекологические заболевания (эндометриоз, воспалительные заболевания, опухоли яичника).

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).

**Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию.**

#### 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, всем больным с СРК следует рекомендовать:

- 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 рекомендовать пациенту «ведение пищевого дневника» для выявления продуктов, употребление которых приводит к усилению симптомов заболевания.
- Пациентам с диарейным и смешанным вариантами СРК возможно назначение аглютеновой диеты.

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

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

Пациентам с СРК при недостаточной эффективности диеты **рекомендуется** назначение альфа-галактозидазы.

#### Медикаментозное лечение

Пациентам с СРК при наличии жалоб на боли в животе рекомендуется назначение

спазмолитиков для купирования болевого синдрома. Эффективность данной группы препаратов в сравнении с плацебо (58% и 46% соответственно) подтверждена в метаанализе 29 исследований, в которых приняли участие 2333 пациента.

При сравнении препаратов высокая эффективность была отмечена при применении гиосцина бутилбромида и пинаверия бромида; кроме того, по данным отдельных исследований назначение некоторых спазмолитиков (например, мебеверина), наряду с уменьшением боли в животе приводит к достоверному улучшению качества жизни пациентов с различными вариантами СРК. Также мебеверин обладает высоким профилем безопасности и хорошо переносится при длительном применении.

Пациентам с СРК рекомендуется назначение лоперамида для купирования диареи. 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.

Пациентам с СРК с диареей рекомендуется назначение смектита диоктаэдрического для купирования диареи. 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.

Пациентам с СРК с диареей рекомендуется назначение рифаксимины для купирования диареи. Согласно данным мета-анализа 18 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, включающих 1803 пациента СРК с диареей, короткий курс приема невсасывающегося антибиотика рифаксимины достаточно эффективно купирует диарею, а также способствует уменьшению вздутия живота у таких больных.

Пациентам с СРК рекомендуется назначение противодиарейных препаратов биологического происхождения, регулирующих равновесие кишечной микрофлоры или биологически активных добавок к пище (БАД), – пробиотиков, для облегчения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула.

Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого для лечения запоров. Препараты данной группы увеличивают объем кишечного содержимого, придают каловым массам мягкую консистенцию. Не оказывают раздражающего действия на кишку, не всасываются, не вызывают привыкания. 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.

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.

Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение осмотических слабительных для лечения запоров. Осмотические слабительные. 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 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).

При курсовом назначении ПЭГ был показан эффект последствия – обеспечение нормальной работы кишечника после отмены препарата.

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).

Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение контактных слабительных для лечения запоров. Лекарственные препараты данной группы стимулируют хеморецепторы слизистой оболочки толстой кишки и усиливают её перистальтику. Согласно результатам проведенного исследования, количество самостоятельных актов дефекации у ольных 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).

Пациентам с СРК при отсутствии эффекта на фоне приема указанных выше слабительных препаратов рекомендуется назначение прукалоприда. 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.

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.

Пациентам с СРК рекомендуется назначение тримебутина для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула.

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.

Препарат данной группы – тримебутин – безопасен при длительным применением, а также эффективен для лечения сочетанных функциональных заболеваний (в частности, при сочетании синдрома функциональной диспепсии и СРК).

Пациентам с СРК рекомендуется назначение Иберогаста для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула. 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. В экспериментальных и клинических исследованиях было установлено многоцелевое (мультитаргетное) действие Иберогаста, заключающееся в нормализации моторики различных отделов ЖКТ, снижении висцеральной чувствительности и повышенного газообразования, противовоспалительном и антиоксидантном действии. Как свидетельствуют результаты плацебо-контролируемых рандомизированных исследований, у пациентов 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%.

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.

Пациентам с СРК рекомендуется назначение Колофорта для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула. Данный препарат оказывает спазмолитическое, противовоспалительное и анксиолитическое действие. Эффективность препарата была доказана в рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях. Курс лечения 1-3 месяца; при необходимости курс лечения можно продлить до 6 месяцев и/или повторить через 1-2 месяца. На фоне обострения заболевания возможно увеличение частоты приема до 4 раз в сутки на срок от до 14 дней. Препарат применяется как в виде монотерапии, так и в комбинации со спазмолитиками и другими лекарственными средствами.

Пациентам с СРК могут быть назначены препараты, нормализующие проницаемость слизисто-эпителиального барьера. 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 может в будущем послужить обоснованием для назначения препаратов, её нормализующих.

Пациентам с СРК рекомендуется назначение антидепрессантов для уменьшения боли в животе. Патогенез СРК достаточно сложен для формулирования универсальной гипотезы, которая могла бы описать природу данного заболевания. В публикациях разных лет приводятся данные о нарушении центральных механизмов болевой чувствительности и регуляции моторики кишечника, сопутствующих психических и поведенческих расстройствах из групп расстройств настроения, тревожных и соматоформных расстройств. Стресс, психические травматические события прошлого часто оказываются значимыми факторами для развития СРК.

Описанные выше обстоятельства объясняют интерес к группе психофармакологических лекарственных препаратов, обладающих широким спектром фармакодинамических эффектов центрального и периферического свойства. Психотропные

препараты (неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также психолептики) применяются для коррекции эмоциональных нарушений, диагностируемых у большей части пациентов, страдающих СРК, а также для уменьшения боли в животе .

Согласно данным мета-анализа 12 рандомизированных контролируемых исследований (799 пациентов), проведенных с целью оценки эффективности антидепрессантов у пациентов, страдающих СРК, назначение препаратов данной группы приводит к уменьшению выраженности основных симптомов.

При этом самочувствие пациентов, получавших неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов, оказывалось достоверно лучшим, по сравнению с исходным уровнем, в то время как в группе лиц, получавших СИОЗС, отличия были не достоверными. Сходные данные о низкой эффективности СИОЗС приводятся также в более ранних публикациях.

Однако, 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.

Антидепрессанты рассматриваются как достаточно безопасные препараты при лечении СРК. При назначении неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов могут возникать такие побочные эффекты как сухость во рту, сонливость сердцебиение; при назначении СИОЗС – нарушение сна, головная боль, тошнота и тревога. При проведении плацебо-контролируемых исследований наличие побочных эффектов не приводило к достоверно более частой необходимости отмены антидепрессантов в сравнении с плацебо.

Пациентам с СРК рекомендуется назначение нейролептиков для уменьшения боли в животе. На сегодняшний день, нейролептики (антипсихотики) в сравнении с антидепрессантами менее исследованы у больных СРК. Успешное применение некоторых антипсихотических препаратов для облегчения симптомов тревоги, депрессии, вегетативной дисфункции открывает перспективу назначения этой группы лекарственных препаратов при определённых формах СРК, когда клинически значимое сопутствующее психическое расстройство может приводить к усилению выраженности гастроэнтерологических симптомов . Наряду с влиянием на коморбидные психические расстройства (у 81% больных СРК встречаются клинически значимые проявления тревожного и/или депрессивного расстройства), психофармакологические препараты обладают эффектами, значимыми для патогенеза СРК. Например, блокада гистаминовых рецепторов 1 типа важна для облегчения болевой чувствительности ; ярко выраженная у некоторых психотропных препаратов (нейролептики, неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов) спазмолитическая

холинолитическая атропиноподобная активность - для облегчения мышечного спазма ; способность взаимодействовать с различными подтипами периферических серотониновых рецепторов также может внести значимый вклад в облегчение симптомов СРК (изменение частоты стула).

#### Иное лечение

При оценке психотерапевтических методик оказалось, что успешными оказались когнитивная поведенческая терапия, гипнотерапия, мультикомпонентная психотерапия, при проведении методики по телефону, динамическая психотерапия.

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 побочных эффектов данных методик – недостаточна.

#### Список литературы

**1. Клинические рекомендации Министерства Здравоохранения «Синдром раздраженного кишечника» 2021г,**