

**Общероссийская общественная организация  
«Ассоциация колопроктологов России»**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ  
СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

2013 г

*Настоящие рекомендации разработаны экспертной комиссией  
ООО «Ассоциация колопроктологов России» в составе:*

1. Шелыгин Юрий Анатольевич	Москва
2. Белоусова Елена Александровна	Москва
3. Васильев Сергей Васильевич	Санкт-Петербург
4. Головенко Олег Владимирович	Москва
5. Головенко Алексей Олегович	Москва
6. Григорьев Евгений Георгиевич	Иркутск
7. Костенко Николай Владимирович	Астрахань
8. Кашников Владимир Николаевич	Москва
9. Куликовский Владимир Федорович	Белгород
10. Муравьев Александр Васильевич	Ставрополь
11. Румянцев Виталий Григорьевич	Москва
12. Тимербулатов Виль Мамитович	Уфа
13. Тихонов Андрей Александрович	Москва
14. Фоменко Оксана Юрьевна	Москва
15. Халиф Игорь Львович	Москва
16. Хубезов Дмитрий Анатольевич	Рязань
17. Чашкова Елена Юрьевна	Иркутск
18. Чибисов Геннадий Иванович	Калуга
19. Яновой Валерий Владимирович	Благовещенск

## **Оглавление**

<b>СОКРАЩЕНИЯ</b> .....	3
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b> .....	4
1.1. ВАЛИДИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	5
1.2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	5
<b>2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ СРК</b> .....	5
2.1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ .....	5
2.2. КОД ПО МКБ-10 .....	5
2.3. КЛАССИФИКАЦИЯ.....	5
2.4. ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА .....	6
<b>3. ДИАГНОСТИКА СРК</b> .....	6
3.1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СРК.....	6
3.2. СИМПТОМЫ «ТРЕВОГИ».....	7
3.3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.....	7
3.4. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ” .....	8
<b>4. ЛЕЧЕНИЕ СРК</b> .....	10
4.1. ДИЕТА И ОБРАЗ ЖИЗНИ .....	10
4.2. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ” .....	11
4.2.1. Пищевые волокна и слабительные препараты .....	11
4.2.2. Пробиотики и антибиотики .....	12
4.2.3. Спазмолитики .....	12
4.2.4. Противодиарейные средства .....	12
4.2.5. Трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина .....	13
4.3. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	13
<b>5. ПРОГНОЗ</b> .....	13
<b>6. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА</b> .....	13

## **СОКРАЩЕНИЯ**

ВГЧ – Висцеральная гиперчувствительность

ЖКТ – Желудочно-кишечный тракт

РКИ – Рандомизированное контролируемое испытание

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 тип

ТЦА – Трициклические антидепрессанты

## **1. ВВЕДЕНИЕ**

Синдром раздраженного кишечника (СРК) представляет собой функциональное расстройство кишечника, при котором боль или дискомфорт в животе связаны с актом дефекации или изменениями его частоты. Наиболее частыми симптомами также являются метеоризм и расстройства процесса дефекации.

Как и в случае других функциональных нарушений ЖКТ, диагноз СРК устанавливается на основании симптомов и при отсутствии выраженных органических причин. Для СРК невозможно определить однозначный набор симптомов, поскольку большинство проявлений могут эпизодически отмечаться и у здоровых лиц, поэтому обязательным для подтверждения диагноза является наличие хронической симптоматики.

Наличие СРК не сопровождается повышением риска колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника, а равно и увеличением смертности. В то же время, возможен «перехлест» СРК с другими заболеваниями ЖКТ, в частности с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, функциональной неязвенной диспепсией и функциональным запором.

Несмотря на то, что СРК не оказывает влияния на смертность, заболевание может существенно ухудшать качество жизни пациентов<sup>1</sup> и приводит к значительным прямым и непрямым затратам на его лечение и диагностику<sup>2</sup>.

Рекомендации по диагностике и лечению больных синдромом раздраженного кишечника служат руководством для практических врачей, осуществляющих ведение таких пациентов и подлежат регулярному пересмотру в соответствии с новыми данными научных исследований.

При составлении настоящих рекомендаций использованные научные источники классифицировались в зависимости от их доказательной ценности согласно общепринятой классификации Оксфордского центра доказательной медицины (Таблица 1).

**Таблица 1.** Уровни доказательности и степени рекомендаций на основании руководства Оксфордского центра доказательной медицины<sup>3</sup>

<b>Уровень</b>	<b>Диагностическое исследование</b>	<b>Терапевтическое исследование</b>
1a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований 1 уровня	Систематический обзор гомогенных РКИ
1b	Валидизирующее когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное РКИ (с узким ДИ)
1c	Специфичность или чувствительность столь высоки, что положительный или отрицательный результаты позволяет исключить/установить диагноз	Исследование «Все или ничего»
2a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований >2 уровня	Систематический обзор (гомогенных) когортных исследований
2b	Разведочное когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное когортное исследование (включая РКИ низкого качества; т.е. с <80% пациентов, прошедших контрольное наблюдение)
2c	Нет	Исследование «исходов»; экологические исследования
3a	Систематический обзор гомогенных исследований уровня 3b и выше	Систематический обзор гомогенных исследований «случай-контроль»
3b	Исследование с непоследовательным набором или без проведения исследования «золотого» стандарта у всех испытуемых	Отдельное исследование «случай-контроль»
4	Исследование случай-контроль или исследование с некачественным или зависимым «золотым» стандартом	Серия случаев (и когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества)
5	Мнение экспертов без тщательной критической оценки или основанное на	Мнение экспертов без тщательной критической оценки, лабораторные

	физиологии, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»	исследования на животных или разработка «первых принципов»
<p><b>Степени рекомендаций</b></p> <p><b>A</b> Согласующиеся между собой исследования 1 уровня</p> <p><b>B</b> Согласующиеся между собой исследования 2 или 3 уровня или экстраполяция на основе исследований 1 уровня</p> <p><b>C</b> Исследования 4 уровня или экстраполяция на основе уровня 2 или 3</p> <p><b>D</b> Доказательства 4 уровня или затруднительные для обобщения или некачественные исследования любого уровня</p>		

### **1.1. ВАЛИДИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

Данные рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, насколько интерпретация доказательных данных, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания. Затем были получены комментарии со стороны врачей амбулаторного звена. Полученные комментарии тщательно систематизировались и обсуждались на совещаниях экспертной группы. Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на заседании Профильной комиссии «Колопроктология» Экспертного Совета Минздрава России 12 сентября 2013 г. Проект рекомендаций был повторно рецензирован независимыми экспертами и врачами амбулаторного звена. Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами экспертной группы, которые пришли к выводу, что все замечания и комментарии приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

### **1.2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

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

## **2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ СРК<sup>4</sup>**

### **2.1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

Согласно Римским Критериям III<sup>5</sup>, синдром раздраженного кишечника диагностируется при наличии следующих признаков:

Рецидивирующая боль или дискомфорт в животе, отмечавшиеся в течение не менее чем 3 дней в месяц за последние 3 месяца с дебютом симптомов не менее чем 6 месяцев до постановки диагноза. Обязательными также являются следующие характеристики боли в животе:

- Улучшение состояния после дефекации
- Появление симптомов связано с изменением частоты стула
- Появление симптомов связано с изменением консистенции стула

### **2.2. КОД ПО МКБ-10**

K58 Синдром раздраженного кишечника

### **2.3. КЛАССИФИКАЦИЯ**

В зависимости от характера изменений стула выделяют:

1. СРК с преобладанием диареи (СРК-Д), для которого характерно присутствие жидкого стула в более чем 25% дефекаций, и оформленного стула менее чем в 25% дефекаций. Данный тип СРК встречается приблизительно у одной трети всех пациентов, чаще обнаруживаясь у мужчин.
2. СРК с преобладанием запоров (СРК-З), для которого характерно присутствие плотного стула более чем в 25% дефекаций и жидкого стула менее чем в 25% дефекаций. Данный тип СРК также обнаруживается приблизительно в одной трети всех случаев заболевания, чаще встречаясь у женщин.

3. СРК со смешанным характером стула или его цикличным изменением (СРК-С), при котором более чем в 25% случаев присутствуют и плотный, и неоформленный стул. Данный тип СРК составляет от трети до половины всех случаев заболевания.

Следует тщательно оценить правильность понимания пациентов терминов «запор» и «понос». Так многие больные с СРК, жалующиеся на «диарею», имеют в виду частую дефекацию оформленным стулом, пациенты с «запором» могут предъявлять жалобы на дискомфорт в аноректальной области при дефекации, а не на редкое опорожнение кишечника или дефекацию плотными каловыми массами. Для описания консистенции стула может применяться бристольская шкала формы кала, согласно которой плотному стулу соответствуют типы 1 и 2, а жидкому – типы 6 и 7 (Таблица 2).

**Таблица 2.** Бристольская шкала форм кала.

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

Кроме того, возможны следующие классификации СРК, однако, они носят вспомогательный характер и в настоящих рекомендациях не используются для выбора тактики лечения, а также не используются при формулировании диагноза:

1. Классификация по основному симптому (симптомы, оцениваемые пациентом как причиняющие наибольший дискомфорт):
  - а. СРК с преобладанием нарушения частоты стула;
  - б. СРК с преобладанием болевого синдрома;
  - в. СРК с преобладанием метеоризма.
2. Классификация по наличию отягощающих факторов:
  - а. Постинфекционный СРК;
  - б. СРК, связанный с приемом определенных пищевых продуктов;
  - в. СРК, связанный со стрессом.

#### **2.4. ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА**

При формулировании диагноза необходимо указать тип преобладающих нарушений стула.

Возможны три формулировки диагноза:

1. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи.
2. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора.
3. Синдром раздраженного кишечника, смешанный тип.

### **3. ДИАГНОСТИКА СРК<sup>6,7</sup>**

#### **3.1 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СРК**

Диагноз СРК устанавливается при наличии хронических симптомов и после надлежащего исключения органической патологии ЖКТ (наличия нижеописанных «симптомов тревоги»)<sup>89</sup>.

При установлении диагноза СРК следует оценить наличие следующих характерных симптомов:

1. Боль в животе, для которой при СРК характерны:
  - Хроническое течение (наличие боли в течение более чем 6 месяцев);
  - Уменьшение или купирование боли после дефекации / отхождения газов;
  - Связь боли с нервным стрессом, приемом пищи;
  - Преходящий чаще, чем постоянный, характер боли.

Боль в животе у больных СРК может быть как локализованной (чаще всего в нижних отделах брюшной полости), так и нелокализованной. Появление болей в ночное время встречается редко и может быть признаком органической патологии<sup>10</sup>.

2. Нарушения стула, в виде запора, поноса или их чередования, а также наличие примеси слизи в стуле.
3. Ощущение вздутия живота, повышенное газообразование, урчание в животе.
4. Нарушения акта дефекации в виде императивных позывов на дефекацию или чувство неполного опорожнения кишечника.

Также наличие СРК могут сопровождать жалобы, не связанные с функционированием кишечника, а именно:

- Диспепсия (отмечается у 42 – 87% пациентов с СРК), тошнота, изжога<sup>11,12</sup>;
- Боли в поясничной области, другие мышечные и суставные боли;
- Урологические симптомы (никтурия, учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря)<sup>13</sup>;
- Диспареуния (появление боли при половом сношении) у женщин;<sup>14</sup>.
- Бессонница;
- Низкая переносимость лекарственных препаратов.

Кроме того, у больных СРК следует оценить наличие следующих психических факторов<sup>15</sup>:

- Тревожность;
- Депрессия;
- Соматизация;
- Ипохондрия;
- Страх, связанный с симптомами (в т.ч. канцерофобия).

### 3.2. СИМПТОМЫ «ТРЕВОГИ»

Нижеприведенные симптомы могут сопровождать органическую патологию ЖКТ и должны являться показаниями к углубленному обследованию, в большинстве случаев – к проведению эндоскопического исследования ЖКТ:

- Необъяснимая потеря веса;
- Наличие крови в стуле;
- Лихорадка, сопровождающая боли в животе;
- Необъяснимая анемия.

К особенностям анамнеза, указывающим на вероятное органическое поражение ЖКТ, относятся:

- Семейный анамнез колоректального рака, целиакии, язвенного колита и болезни Крона.
- Связь симптомов:
  - с менструациями;
  - с лекарственной терапией;
  - с приемом молока, искусственных заменителей сахара, диетических продуктов, алкоголя.
- Поездки в субтропики и тропики.
- Нарушения питания:
  - Нерегулярный, неадекватный прием пищи;
  - Недостаточный прием жидкости;
  - Ожирение при соблюдении диеты.

### 3.3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз СРК проводится со следующими заболеваниями<sup>16,17</sup>:

- Целиакия (глютеновая энтеропатия)<sup>18</sup>, для которой характерно начало заболевания в детстве и которая может сопровождать замедленное развитие ребенка. Необходимым скрининговым исследованием для исключения целиакии является анализ уровня антител IgA к тканевой трансглутаминазе и эндомизию;
- Лактазная и дисахаридазная недостаточность, при которых прослеживается связь симптомов с приемом определенных продуктов. Диагностика проводится при помощи дыхательного водородного теста с нагрузкой лактозой или фруктозой;
- Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы;
- Эндокринологические расстройства (гипертиреоз, гормон-продуцирующие опухоли ЖКТ);

- Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и язвенный колит), при которых возможно наличие ректального кровотечения, длительной постоянной диареи, инфильтрата в брюшной полости, необъяснимой потери массы тела, анемии, а также перианальные поражения (свищи, трещины). При подозрении на указанные патологии больной должен быть направлен на илеоколоноскопию;
  - Лимфоцитарный или коллагенозный колит (микроскопические колиты), как правило, протекающие без боли и являющиеся причиной 23-30% случаев хронической диареи у лиц старшего возраста<sup>19</sup>. Для подтверждения диагноза необходимо проведение колоноскопии с биопсией слизистой оболочки ободочной кишки;
  - Радиационный (постлучевой) колит;
  - Колит, ассоциированный с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов;
  - Ишемическая болезнь органов пищеварения;
  - Рак толстой кишки;
  - Острая инфекционная диарея, антибиотико-ассоциированная диарея и псевдомембранозный колит;
  - Лямблиоз;
  - Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке, для которого характерны диарея, вздутие живота и мальабсорбция. Диагностика осуществляется путем проведения дыхательного водородного теста для подтверждения избыточной колонизации тонкой кишки;
  - Дивертикулит, при котором может отмечаться лихорадка, определяться инфильтрат в виде пальпируемого мягкого образования в левой подвздошной области, а боль носит локализованный характер (как правило, в левой подвздошной области);
  - Эндометриоз, сопровождающийся циклической болью в нижних отделах живота, увеличением яичников или наличием ретроцервикальных узлов;
  - Воспалительные заболевания органов малого таза, для которых характерно наличие неострых болей в нижних отделах живота, необъяснимой лихорадки, давящей боли с иррадиацией вверх при влагалищном исследовании придатков, а также набухание придатков;
  - Рак яичника, являющийся обязательным для исключения диагнозом у женщин старше 40 лет.
- К редким причинам СРК-подобных симптомов, в первую очередь, диареи, относятся болезнь Уиппла, амилоидоз с поражением кишечника, а также вирусные поражения толстой кишки (цитомегаловирус, вирус простого герпеса).

### 3.4 АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ<sup>20,21,22</sup>

В рутинной практике исключение всех потенциальных органических патологий не является обоснованным при отсутствии характерных симптомов (УД 5, СР D). Вероятность выявления различных видов органического поражения ЖКТ («предтестовая вероятность») у пациентов с симптомами СРК представлена ниже в Таблице 2.

**Таблица 2.** Предтестовая вероятность органического поражения ЖКТ у пациентов с симптомами, соответствующими СРК<sup>23</sup>.

Органическое поражение ЖКТ	Пациенты с СРК (%)	Общая популяция (%)
Колит / ВЗК	0,51-0,98	0,3-1,2
Колоректальный рак	0-0,51	4,0-6,0
Целиакия	4,67	0,25-0,5
Инфекция ЖКТ	0-1,7	Нет данных
Дисфункция щитовидной железы	6,0	5,0-9,0
Непереносимость лактозы	22,0-26,0	25,0

С учетом этих данных, рутинное проведение УЗИ, эндоскопического исследования толстой кишки или ирригоскопии, исследования функции щитовидной железы, анализа кала на яйца глист и паразитов, а также дыхательный водородный тест для диагностики непереносимости лактозы и избыточного бактериального роста представляются нецелесообразными при отсутствии клинически обоснованного подозрения на эти патологии.

Диагностическим минимумом при наличии симптоматики, соответствующей СРК является проведение общего анализа крови с определением СОЭ, определение уровня С-реактивного белка, общий анализ кала и тест на скрытую кровь, а также определение антител IgA к эндомизию и



тканевой трансглутаминазе<sup>24</sup>, а также общий анализ мочи (УД 5, СР D). Дополнительным подтверждением диагноза может служить определение висцеральной гиперчувствительности (ВГЧ)<sup>25,26</sup>.

Ниже представлен алгоритм диагностических мероприятий при подозрении на СРК (Рисунок 1).

**Рисунок 1.** Алгоритм диагностики синдрома раздраженного кишечника<sup>27</sup>.

Рецидивирующая боль или дискомфорт в животе > 3 дней в месяц в течение последних 3 месяцев, связанная с одним или более из нижеперечисленных факторов:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Облегчение после дефекации</li> <li>• Изменения в частоте стула</li> <li>• Изменения характера стула (со слов пациента, оценка по Бристольской шкале форм кала)</li> <li>• Метеоризм и/или ощущение вздутия</li> </ul>				
↓				
Наличие «симптомов тревоги»: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Возраст 50 лет и старше</li> <li>— Кровь в стуле</li> <li>— Необъяснимая потеря веса</li> <li>— Отсутствие аппетита</li> <li>— Возникновение симптомов в ночное время</li> <li>— Лихорадка</li> <li>— Объемные образования в брюшной полости</li> <li>— Асцит</li> </ul>				
Есть «симптомы тревоги» ↓	Нет «симптомов тревоги» ↓			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический анализ крови</li> <li>• СОЭ, С-реактивный белок</li> <li>• Общий анализ мочи</li> <li>• Оценка функции щитовидной железы</li> <li>• Анализ кала на скрытую кровь</li> <li>• Общий анализ кала</li> <li>• Определение антител к эндомиозию и тканевой транслугтаминазе</li> </ul>			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Есть отклонения ↓</td> <td style="text-align: center;">Нет отклонений ↓</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Дополнительные исследования с целью исключения органической патологии ЖКТ</td> <td style="text-align: center;">Исследование висцеральной чувствительности Установление диагноза СРК Проверка наличия «симптомов тревоги» на каждом визите</td> </tr> </table>	Есть отклонения ↓	Нет отклонений ↓	Дополнительные исследования с целью исключения органической патологии ЖКТ
Есть отклонения ↓	Нет отклонений ↓			
Дополнительные исследования с целью исключения органической патологии ЖКТ	Исследование висцеральной чувствительности Установление диагноза СРК Проверка наличия «симптомов тревоги» на каждом визите			

#### **4. ЛЕЧЕНИЕ СРК<sup>28,29</sup>**

Лечение СРК включает в себя коррекцию диеты, образа жизни, прием фармакологических средства, а также психотерапевтические методы воздействия.

##### **4.1 ДИЕТА И ОБРАЗ ЖИЗНИ<sup>30</sup>**

Диета при СРК подбирается индивидуально путем исключения продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания (элиминационная диета). Несмотря на противоречивые данные исследований по оценке эффекта от назначения конкретной диеты, всем пациентам с СРК следует рекомендовать (УД 5, СР 5):

1. Принимать пищу регулярно в специально отведенное для этого время, избегать приема пищи в спешке, в процессе работы.
2. Не пропускать приемы пищи и не допускать длительных перерывов между приемами пищи.
3. Выпивать не менее 8 стаканов жидкости в течение дня, особенно воды или других не содержащих кофеин продуктов (например, травяного чая).
4. Ограничить прием черного чая и кофе тремя чашками в день.
5. Ограничить прием алкоголя и газированных напитков, курения.
6. Даже при наличии сопутствующего запора – провести тест с исключением продуктов с повышенным содержанием нерастворимых пищевых волокон, в частности хлебо-булочных изделий, зерновых хлопьев и необработанного риса<sup>31</sup> (УД 1b, СР B). Уменьшению вздутия

может способствовать прием овса в виде хлопьев и каш (растворимых пищевых волокон), а также семян льна (до одной столовой ложки в день).

7. Провести тест с исключением лактозы из рациона. При этом следует помнить, что даже пациенты с подтвержденной непереносимостью лактозы нормально переносят прием 10-12 г лактозы в день<sup>32</sup>, содержание которой наиболее велико в коровьем молоке (5 г в 100 мл), творожном сыре (1 г в столовой ложке), плавленом сыре (1 г в 18 г ломтике) и йогуртах (4 г в 100 г).
8. Ограничить прием свежих фруктов тремя порциями в день (по 80 г каждая).
9. При наличии сопутствующей диареи – исключить прием сорбитола, входящего в состав подсластителей пищевых продуктов (например, жевательной резинки) и напитков, а также в продукты для похудения.
10. При наличии сопутствующего вздутия – ограничение приема животных жиров и продуктов, приготовленных на нем, ограничение приема капусты, молока, мучных изделий.

Эффективность гипоаллергенной диеты в отношении уменьшения симптомов заболевания не доказана. При подозрении на непереносимость конкретного продукта питания следует рекомендовать консультацию диетолога, в том числе для проведения иммунологических тестов (выявление антител IgG к определенным пищевым белкам), хотя сведения об эффективности диеты, подобранной на основании анализа уровня антител, остаются противоречивыми<sup>33</sup>.

Масштабные исследования эффективности увеличения физической активности при СРК не проводились. Тем не менее, пациентам с СРК следует рекомендовать тратить не менее чем 30 минут в день в течение рабочей недели на умеренные физические нагрузки (бег, занятия на тренажерах, плавание)<sup>34</sup>, а также планировать рабочий день таким образом, чтобы выделять время на необходимый отдых в течение дня (УД 2b, СР В)<sup>35</sup>.

## **4.2 МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ<sup>36,37,38,39</sup>**

### **4.2.1. Пищевые волокна и слабительные препараты**

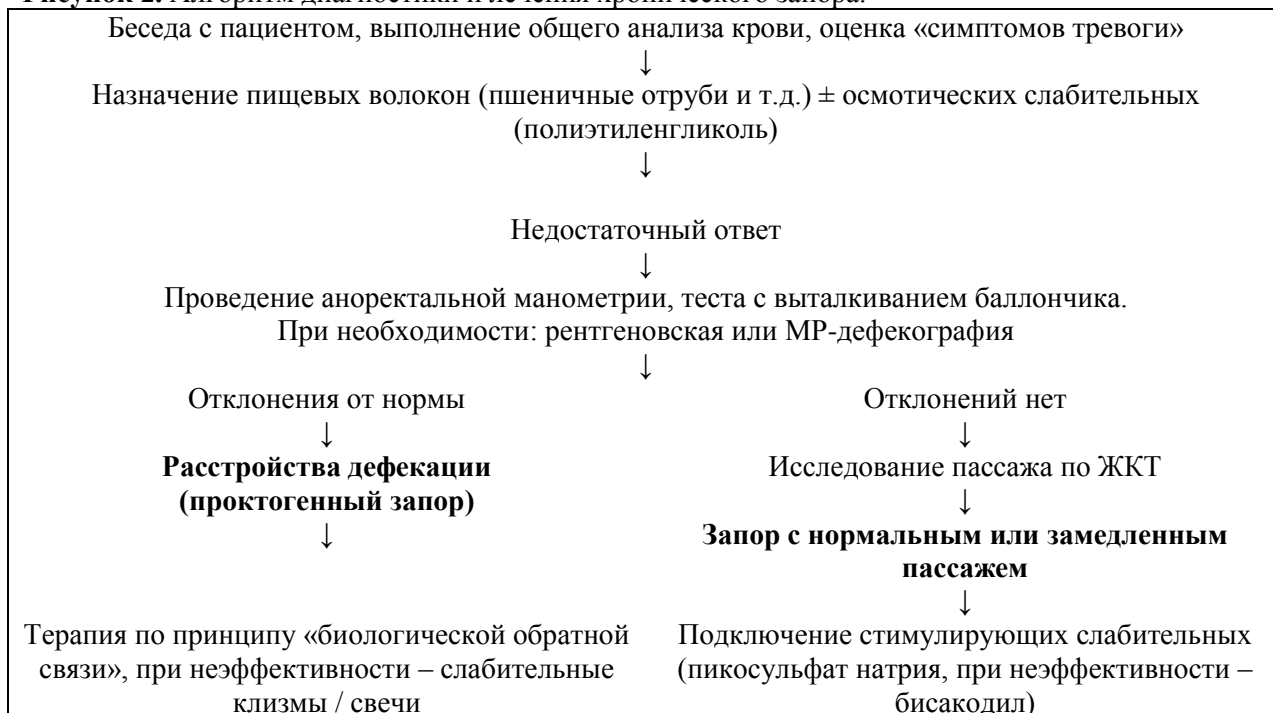
В качестве первой линии терапии у пациентов с СРК-3, рекомендуется назначение препаратов пищевых волокон. Подтверждена эффективность гидрофильного муциллоида псиллиума (экстракт шелухи семян подорожника яйцевидного), который назначается в дозе 4-5 г от 3 до 6 раз в сутки (УД 2a, СР В)<sup>40,41,42,43</sup>. Проведение терапии псиллиумом требует адекватного приема жидкости (не менее 100-200 мл жидкости дополнительно на каждый прием препарата). Пшеничные и кукурузные отруби не эффективнее плацебо в отношении купирования основных симптомов СРК<sup>44</sup>. Нередко самостоятельно применяемые пациентами препараты алоэ вера неэффективны<sup>45</sup>. Несмотря на подтвержденный слабительный эффект, лактулоза неэффективна в лечении СРК в связи с высокой частотой нежелательных явлений, в первую очередь, повышенного газообразования.

Эффект от назначения пищевых волокон следует оценивать не ранее чем через 2-4 недели от начала приема. При неэффективности терапии псиллиумом и диетотерапии (см. выше) целесообразно назначение препаратов полтиэтиленгликоля по 10 мг 1-2 раза в день на 1-2 приема (предпочтителен однократный прием утром), эффективно нормализующего консистенцию стула, но не оказывающего статистически значимого влияния на остальные симптомы СРК<sup>46</sup> (УД 3a, СР С).

Целью назначения слабительных препаратов при СРК является поддержание нормальной консистенции стула, соответствующей типу 4 по Бристольской шкале форм кала.

Следует учитывать, что эффективность слабительных средств при СРК-3 может не совпадать с их эффективностью при хроническом запоре без болевого синдрома<sup>47</sup>. Тем не менее, при подборе адекватной терапии слабительными следует руководствоваться алгоритмом диагностики и лечения хронического запора (Рис.2)<sup>48</sup>.

**Рисунок 2.** Алгоритм диагностики и лечения хронического запора.



#### 4.2.2. Пробиотики и антибиотики<sup>4950</sup>

Эффективность различных пробиотиков при СРК подтверждена рандомизированными контролируемые испытаниями (РКИ) и систематическим обзором Cochrane Database<sup>51,52,53,54</sup> (УД 1b, СР А). Эффективность препаратов, содержащих исключительно лактобактерии не подтверждена. Предпочтение следует отдавать мультиштаммовым препаратам, а также средствам, содержащим бифидобактерии (УД 2а, СР В). Эффект от терапии пробиотиками следует оценивать не ранее чем через 4 недели от начала приема препарата в дозе, рекомендованной производителем<sup>55</sup>.

В ходе 3 РКИ подтверждена эффективность неабсорбируемого антибиотика рифаксимины при СРК-Д в отношении уменьшения вздутия живота и совокупности симптомов<sup>56,57,58</sup>. Препарат назначается в дозе от 800 до 1200 мг в сутки на 2-3 приема на 10-14 дней. Данные о долгосрочной эффективности отсутствуют.

#### 4.2.3. Спазмолитики

Первой линией при купировании болевого компонента СРК является назначение спазмолитиков<sup>59,60</sup>. Возможности применения М-холинолитиков и дротаверина ограничены их неселективностью и риском нежелательных явлений, в первую очередь, за счет снижения тонуса гладкой мускулатуры сосудов. Предпочтительным является назначение селективных миотропных спазмолитиков, к которым относится пинаверия бромид, итоприда гидрохлорид, гиосцин, мебеверина гидрохлорид, тримебутин (УД 2а, СР В)<sup>61,62</sup>. Препараты принимаются за 30-45 минут до приема пищи. Эффект следует оценить не ранее чем через месяц после начала приема. Также в качестве средства купирования болей в животе может применяться масло перечной мяты<sup>63</sup>.

#### 4.2.4. Противодиарейные средства

Лоперамид – препарат первой линии для купирования диареи при СРК (УД 2b, СР В)<sup>64,65,66</sup>. Лоперамид эффективно нормализует частоту дефекаций и консистенцию стула, а также повышает тонус анального сфинктера, но не более эффективен, чем плацебо в уменьшении совокупности симптомов СРК. Доза подбирается индивидуально и составляет от 4 до 16 мг/сутки. Не реже одного раза в 3 месяца рекомендуется оценка эффективности и целесообразности продолжения терапии.

#### **4.2.5. Трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина**

Эффективность антидепрессантов в лечении СРК подтверждена систематическим обзором Cochrane Database. Данные препараты должны рекомендоваться в качестве второй линии терапии при неэффективности комбинированной терапии слабительными/противодиарейными препаратами в сочетании со спазмолитиками (УД 1а, СР А)<sup>67,68</sup>. Для лечения СРК применяются трициклические антидепрессанты (ТЦА), включающие amitриптилин, кломипрамин, имипрамин, лофепрамин, нортриптилин, тримипрамин и миансерин, а также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), включающие циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин и сертралин. Доказательная база эффективности ТЦА больше, чем для СИОЗС, поэтому ТЦА, несмотря на более высокий риск нежелательных явлений, применяются в качестве первой линии терапии антидепрессантами.

Стартовая терапия проводится малыми дозами препаратов: 10 мг для всех видов антидепрессантов. При отсутствии эффекта, не ранее чем через 2 недели от начала приема, возможно увеличение дозы на 10 мг в 2 недели. При отсутствии эффекта от приема максимальной дозы (30 мг для ТЦА и 20 мг для СИОЗС) следует сменить препарат (ТЦА на СИОЗС и наоборот). Консультация для решения вопроса о целесообразности продолжения терапии проводится каждые 6 месяцев.

#### **4.3 ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ<sup>69</sup>**

При неэффективности медикаментозного лечения СРК, результат которого следует оценить через 9-12 месяцев, больным показана консультация психоневролога для определения целесообразности психотерапевтических методов лечения (УД 3а, СР С)<sup>70</sup>. Согласно систематическому обзору, эффективными при СРК являются когнитивная поведенческая терапия<sup>71,72,73</sup>, гипнотерапия<sup>74</sup> и психологическая поддержка<sup>75,76,77</sup>. Эффективность релаксационных методик не подтверждена. Двойное слепое исследование также не подтвердило эффективность акупунктуры у пациентов с СРК<sup>78</sup>.

#### **5. ПРОГНОЗ<sup>79</sup>**

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. 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.

#### **6. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> OCEBM Levels of Evidence Working Group. "The Oxford 2011 Levels of Evidence". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.

<sup>4</sup> Парфенов А.И., Ручкина И.Н., Оробей Ю.А., Быкова С.В. Эффективность римских критериев II в диагностике синдрома раздраженного кишечника. *Терапевтический архив*. 2004. Т. 76. № 4. С. 51-54.

<sup>5</sup> Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*, 2006. 130(5): 1377-1390.

<sup>6</sup> Agrawal A and Whorwell PJ. Irritable bowel syndrome: Diagnosis and management. *British Medical Journal*, 2002, 332(7536):280-283.

<sup>7</sup> Cash BD and Chey WD. Diagnosis of irritable bowel syndrome, *Gastroenterology Clinics of North America*, 2005, 34(2):205-220.

- <sup>8</sup> Bijkerk CJ, de Wit NJ, Stalman WAB, Knottnerus JA, Hoes AW, and Muris JWM. Irritable bowel syndrome in primary care: The patient's and doctors' views on symptoms, etiology and management, *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2003, 17(6):363-368.
- <sup>9</sup> Лоранская И.Д. Синдром раздраженного кишечника - вопросы диагностики и эффективности лечения. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2008, № 1. С. 90-95.
- <sup>10</sup> American Gastroenterology Association. American Gastroenterological Association medical position statement: irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002 Dec;123(6):2105-2107.
- <sup>11</sup> Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А. Сочетании синдрома функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, 2011, № 4. С. 75-81.
- <sup>12</sup> Yarandi SS, Christie J. Functional Dyspepsia in Review: Pathophysiology and Challenges in the Diagnosis and Management due to Coexisting Gastroesophageal Reflux Disease and Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterol Res Pract.*, 2013; 2013:351086.
- <sup>13</sup> Francis CY, Duffy JN, Whorwell PJ, Morris J. High prevalence of irritable bowel syndrome in patients attending urological outpatient departments. *Dig Dis Sci*. 1997 Feb;42(2):404-407.
- <sup>14</sup> Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol.*, 1996 Jan;87(1):55-58.
- <sup>15</sup> 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.
- <sup>16</sup> Макарова И.А., Новожилов Д.Г., Хадзегова Ф.Р., Лоранская И.Д. Синдром раздраженного кишечника. *Лечебное дело*, 2006, № 1, С. 4-12.
- <sup>17</sup> Осипенко М.Ф., Холин С.И., Ръжичкина А.Н. Хроническая абдоминальная боль и синдром раздраженного кишечника. *Лечащий врач*, 2011, № 2. С. 30-34.
- <sup>18</sup> Шульпекова Ю.О., Баранская Е.К. Дифференциальная диагностика синдрома раздраженного кишечника и глютенной энтеропатии. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2009, Т.19. № 6, С. 39-48.
- <sup>19</sup> 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.
- <sup>20</sup> Adeniji OA, Barnett CB, and Di Palma JA. Durability of the diagnosis of irritable bowel syndrome based on clinical criteria, *Digestive Diseases and Sciences*, 2004, 49(4):572-574.
- <sup>21</sup> Barnes J. When to investigate and treat IBS symptoms, *Practitioner*, 1996, 240(1560):184-187.
- <sup>22</sup> Bellini M, Tosetti C, Costa F, Biagi S, Stasi C, Del Punta A, Monicelli P, Mumolo MG, Ricchiuti A, Bruzzi P, and Marchi S. The general practitioner's approach to irritable bowel syndrome: from intention to practice, *Digestive and Liver Disease*, 2005, 37(12):934-939.
- <sup>23</sup> Cash BD, Schoenfeld P, and Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review, *American Journal of Gastroenterology*, 2002, 97(11):2812-2819.
- <sup>24</sup> Mein SM, Ladabaum U, Mein SM, and Ladabaum U. Serological testing for coeliac disease in patients with symptoms of irritable bowel syndrome: a cost-effectiveness analysis, *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 2004, 19(11):1199-1210.
- <sup>25</sup> П.А.Макарчук, О.В.Головенко, Т.Л.Михайлова, Л.Ф.Подмаренкова. Динамика клинических симптомов, и показателей висцеральной чувствительности у больных СРК при лечении Метеоспазмилон. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2005, N1, с. 25-28.
- <sup>26</sup> Головенко О.В., Михайлова Т.Л., Подмаренкова Л.Ф., Макарчук П.А. Клиническое значение висцеральной гиперчувствительности при синдроме раздраженного кишечника. *Колопроктология*, 2004, N3(9), с. 27-30.
- <sup>27</sup> World Gastroenterology Organisation, 2009. Irritable bowel syndrome: the global perspective (Clinical guideline).
- <sup>28</sup> Jones J, Boorman J, Cann P, Forbes A, Gomborone J, Heaton K, Hungin P, Kumar D, Libby G, Spiller R, Read N, Silk D, and Whorwell P. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome, *Gut*, 2000, 47 Suppl 2:ii1-19.
- <sup>29</sup> National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. 2008 Feb.
- <sup>30</sup> Burden S. Dietary treatment of irritable bowel syndrome: Current evidence and guidelines for future practice, *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 2001, 14(3):231-41.
- <sup>31</sup> Aller R, de Luis DA, Izaola O, la Calle F, del Olmo L, Fernandez L, Arranz T, and Gonzalez Hernandez JM. Effects of a high-fiber diet on symptoms of irritable bowel syndrome: a randomized clinical trial, *Nutrition*, 2004, 20(9):735-737.

- <sup>32</sup> Vesa TH, Seppo LM, Martea PR, Sahi T, and Korpela R. Role of irritable bowel syndrome in subjective lactose intolerance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 67(4):710-715.
- <sup>33</sup> Atkinson W, Sheldon TA, Shaath N, and Whorwell PJ. Food elimination based on IgG antibodies in irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial. *Gut*, 2004, 53(10):1459-1464.
- <sup>34</sup> De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP, Akkermans LM, Smout AJ, De Vries WR, and Berge-Henegouwen GP. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2005, 40(4):422-429.
- <sup>35</sup> Bi L and Triadafilopoulos G. Exercise and gastrointestinal function and disease: an evidence based review of risks and benefits. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2003, 1(5):345-55.
- <sup>36</sup> Cash BD and Chey WD. Irritable bowel syndrome: A systematic review, *Clinics in Family Practice*, 2004, 6(3):647-669.
- <sup>37</sup> Ардатская М.Д., Минушкин О.Н. Патогенетическое лечение синдрома раздраженного кишечника. *Фарматека*, 2012, № 7, С. 18-25.
- <sup>38</sup> Полуэктова Е.А., Кучумова С.Ю., Шептулин А.А., Ивашкин В.Т. Лечение синдрома раздраженного кишечника с позиций современных представлений о патогенезе заболевания. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, 2013, № 1, С. 57-65.
- <sup>39</sup> Осипенко М.Ф., Бикбулатова Е.А., Фролова Н.Н., Лосева Н.В. Комплексная терапия больных с синдромом раздраженного кишечника. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2004, № 5, С. 39-44.
- <sup>40</sup> Arthurs Y and Fielding JF. Double blind trial of ispaghula/poloxamer in the Irritable Bowel Syndrome. *Irish Medical Journal*, 1983, 76(5):253.
- <sup>41</sup> Chapman ND, Grillage MG, Mazumder R, and Atkinson SN. A comparison of mebeverine with high-fibre dietary advice and mebeverine plus ispaghula in the treatment of irritable bowel syndrome: an open, prospectively randomised, parallel group study. *British Journal of Clinical Practice*, 1990, 44(11):461-466.
- <sup>42</sup> Golechha AC, Chadda VS, Chadda S, Sharma SK, and Mishra SN. Role of ispaghula husk in the management of irritable bowel syndrome (a randomized double-blind crossover study). *Journal of the Association of Physicians of India*, 1982, 30(6):353-5.
- <sup>43</sup> Шульпекова Ю.О., Ивашкин В.Т., Денисов Н.Л. Фитомуцил в лечении запора при синдроме раздраженного кишечника. *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*, 2007, № 4. С. 35-43.
- <sup>44</sup> Snook J, Shepherd HA. Bran supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.*, 1994, Oct;8(5):511-514.
- <sup>45</sup> Davis K. Randomised double-blind placebo-controlled trial of aloe vera for irritable bowel syndrome, *International Journal of Clinical Practice*, 2006, 60(9):1080-1086.
- <sup>46</sup> Chaussade S and Minic M. Comparison of efficacy and safety of two doses of two different polyethylene glycol-based laxatives in the treatment of constipation. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 2003, 17(1):165-72.
- <sup>47</sup> Парфенов А.И. Патогенетическое лечение хронического запора. *Терапевтический архив*, 2012, Т. 84, № 8. С. 4-9.
- <sup>48</sup> Bharucha A.E., Spencer D, Lembo A., Pressman A. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation. *Gastroenterology*. 2013, 144(1): 211-217.
- <sup>49</sup> Ручкина И.Н., Парфенов А.И., Осипов Г.А. Роль дисбиотических нарушений в этиологии и патогенезе синдрома раздраженного кишечника. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2003, № 1, С.57-57.
- <sup>50</sup> Осипенко М.Ф., Бикбулатова Е.А., Холин С.И. Пробиотики в лечении диарейного синдрома. *Фарматека*, 2008, № 13, С.36-41.
- <sup>51</sup> Bittner AC, Croffut RM, and Stranahan MC. Prescript-assist probiotic-prebiotic treatment for irritable bowel syndrome: A methodologically oriented, 2-week, randomized, placebo-controlled, double-blind clinical study, *Clinical Therapeutics*, 2005, 27(6):755-761.
- <sup>52</sup> Kim HJ, Camilleri M, McKinzie S, Lempke MB, Burton DD, Thomforde GM, and Zinsmeister AR. A randomized controlled trial of a probiotic, VSL#3, on gut transit and symptoms in diarrhoeapredominant irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 2003, 17(7):895-904.
- <sup>53</sup> Kim HJ, Vazquez Roque MI, Camilleri M, Stephens D, Burton DD, Baxter K, Thomforde G, and Zinsmeister AR (2005) A randomized controlled trial of a probiotic combination VSL# 3 and placebo in irritable bowel syndrome with bloating. *Neurogastroenterology and Motility*, 17(5):687-96.
- <sup>54</sup> Niedzielin K, Kordecki H, and Birkenfeld B. A controlled, double-blind, randomized study on the efficacy of *Lactobacillus plantarum* 299V in patients with irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2001, 13(10):1143-7.
- <sup>55</sup> Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П., Бапукова Е.В., Барышникова Н.В. Новые возможности пробиотической терапии в лечении синдрома раздраженного кишечника. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2006, № 3, С. 26-30.

- <sup>56</sup> Pimentel M, Lembo A, Chey WD, Zakko S, Ringel Y, Yu J, Mareya SM, Shaw AL, Bortey E, Forbes WP, TARGET Study Group. Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation. *N Engl J Med*, 2011, Jan 6, 364(1):22-32.
- <sup>57</sup> Meyrat P, Safroneeva E, Schoepfer AM. Rifaximin treatment for the irritable bowel syndrome with a positive lactulose hydrogen breath test improves symptoms for at least 3 months. *Aliment Pharmacol Ther.*, 2012 Dec, 36(11-12):1084-1093.
- <sup>58</sup> Majewski M, Reddymasu SC, Sostarich S, Foran P, McCallum RW. Efficacy of rifaximin, a nonabsorbed oral antibiotic, in the treatment of small intestinal bacterial overgrowth. *Am J Med Sci.*, 2007 May; 333(5):266-70.
- <sup>59</sup> Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. Возможности применения тримебутина в лечении больных с синдромом раздраженного кишечника. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, 2008. Т.18, № 5, С. 12-16.
- <sup>60</sup> Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Трухманов А.С. Клинические аспекты функциональной диспепсии и эффективность ганатона (итоприда гидрохлорида) в ее лечении. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, 2009, Т.19, № 6, С. 17-22.
- <sup>61</sup> Gilbody JS, Fletcher CP, Hughes IW, and Kidman SP. Comparison of two different formulations of mebeverine hydrochloride in irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical Practice*, 2000, 54(7):461-464.
- <sup>62</sup> Grillage MG, Nankani JN, Atkinson SN, and Prescott P. A randomised, double-blind study of mebeverine versus dicyclomine in the treatment of functional abdominal pain in young adults. *British Journal of Clinical Practice*, 1990, 44(5):176-179.
- <sup>63</sup> Carling L, Svedberg L-E, and Hulten S. Short term treatment of the irritable bowel syndrome: A placebo-controlled trial of peppermint oil against hyoscyamine. *Opuscula Medica*, 1989, 34(3):55-7.
- <sup>64</sup> Amery W, Duyck F, Polak J, and van den BG. A multicentre double-blind study in acute diarrhoea comparing loperamide (R 18553) with two common antidiarrhoeal agents and a placebo, *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*, 1975, 17(3):263-270.
- <sup>65</sup> Allison MC, Sercombe J, and Pounder RE. A double-blind crossover comparison of lidamide, loperamide and placebo for the control of chronic diarrhea, *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 1998, 2(4):347-351
- <sup>66</sup> Efskind PS, Bernklev T, and Vatn MH. A double-blind placebo-controlled trial with loperamide in irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 1996, 31(5):463-468.
- <sup>67</sup> Quartero AO, Meineche-Schmidt V, Muris J, Rubin G, and de Wit N. Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 2. Art. No.: CD003460.
- <sup>68</sup> Myren J, Lovland B, Larssen SE, and Larsen S. A double-blind study of the effect of trimipramine in patients with the irritable bowel syndrome, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 1984(6):835-843.
- <sup>69</sup> Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А., Бениашвили А.Г. Взаимодействие гастроэнтеролога и психиатра при ведении пациентов с функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, 2011, № 6, С. 74-81.
- <sup>70</sup> Bennett P and Wilkinson S. A comparison of psychological and medical treatment of the irritable bowel syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 1985, 24(Pt 3):215-216.
- <sup>71</sup> Corney RH, Stanton R, Newell R, Clare A, and Fairclough P. Behavioural psychotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 1991, 35(4-5):461-469.
- <sup>72</sup> Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S, Emmott S, Proffitt V, Akman D, Frusciantie K, Le T, Meyer K, Bradshaw B, Mikula K, Morris CB, Blackman CJ, Hu Y, Jia H, Li JZ, Koch GG, and Bangdiwala SI. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 2003, 125(1):19-31.
- <sup>73</sup> Heymann-Monnikes I, Arnold R, Florin I, Herda C, Melfsen S, and Monnikes H. The combination of medical treatment plus multicomponent behavioral therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome. *American Journal of Gastroenterology*, 2000, 95(4):981-994.
- <sup>74</sup> Forbes A, MacAuley S, and Chiotakakou-Faliakou E. Hypnotherapy and therapeutic audiotape: effective in previously unsuccessfully treated irritable bowel syndrome? *International Journal of Colorectal Disease*, 2000, 15(5-6):328-334
- <sup>75</sup> Bergeron CM. A comparison of cognitive stress management, progressive muscle relaxation, and biofeedback in the treatment of irritable bowel syndrome. *Dissertation Abstracts International*, 1984, 44(10-B):3186.
- <sup>76</sup> Blanchard EB, Schwarz SP, Suls JM, Gerardi MA, Scharff L, Greene B, Taylor AE, Berreman C, and Malamood HS. Two controlled evaluations of multicomponent psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 1992, 30(2):175-189.
- <sup>77</sup> Bogalo L and Moss-Morris R. The Effectiveness of Homework Tasks in an Irritable Bowel Syndrome Cognitive Behavioural Self-Management Programme. *New Zealand Journal of Psychology*, 2006, 35(3):120-125.
- <sup>78</sup> Forbes A, Jackson S, Walter C, Quraishi S, Jacyna M, and Pitcher M. Acupuncture for irritable bowel syndrome: a blinded placebo-controlled trial. *World Journal of Gastroenterology*, 2005, 11(26):4040-4044.



---

<sup>79</sup> Harvey RF, Mauad EC, and Brown AM. Prognosis in the irritable bowel syndrome: a 5-year prospective study. *Lancet*, 1987, 1(8539):963-965.