

Клинические рекомендации Украинской гастроэнтерологической ассоциации по ведению больных синдромом раздраженной кишки

Введение

Синдром раздраженной кишки (СРК) является одним из наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний, которым страдает в среднем 10-15% взрослой популяции. СРК – это наиболее частое проявление функциональной гастроинтестинальной патологии, которое после своего дебюта в большинстве случаев сохраняется длительное время, нередко – всю оставшуюся жизнь. Не являясь опасным для жизни заболеванием, СРК, тем не менее, будучи хроническим состоянием, значительно ухудшает качество жизни многочисленных больных. Хотя большая часть пациентов с СРК за медицинской помощью не обращаются, их ведение связано с существенными экономическими затратами, поскольку пациенты с СРК используют на 50% больше различных медицинских ресурсов, чем пациенты с другой патологией. Существенная часть расходов связана с частыми повторными врачебными консультациями, проведением диагностических тестов, инвазивных процедур или необоснованных оперативных вмешательств. Таким образом, диагностика, лечение и длительное ведение больных СРК являются актуальной медицинской проблемой во всем мире, включая Украину.

Настоящие рекомендации по ведению больных СРК предложены Украинской гастроэнтерологической ассоциацией и основаны на данных, имеющихся в электронных базах данных PubMed, NCBI, Cochrane Library, Research-Gate, Google Scholar, а также на рекомендациях ведущих международных гастроэнтерологических и других ассоциаций и обществ: AGA, ACG, USNGC, NICE, UEG. При подготовке рекомендаций учитывались только оригинальные (проспективные, рандомизированные, контролируемые и двойные слепые) исследования, систематические обзоры и метаанализы, а при их отсутствии – исследования с более низкой доказательностью (обсервационные или ретроспективные, исключая описание клинических случаев).

В настоящих клинических рекомендациях с целью оценки качества фактических данных для наиболее часто используемых фармакологических методов лечения СРК использована система GRADE, согласно которой выделяют высокий, средний, низкий и очень низкий уровень доказательств. Высокий уровень доказательств означает, что дальнейшие исследования для изменения мнения относительно эффективности вмешательства не требуются. Средний (умеренный) уровень доказательств предполагает необходимость дополнительных исследований относительно установления эффективности. Низкий уровень доказательств означает, что ожидаются новые исследования, которые могут изменить мнение относительно эффективности вмешательства. Очень низкий уровень показывает, что доказательства сомнительные или конфликтные, соотношение «риск/польза» точно не определено. Все рекомендации представлены с учетом их силы: сильные рекомендации предполагают явное преимущество метода/вмешательства над риском его применения, в связи с чем строго рекомендованы; слабые рекомендации балансируют на грани соотношения «риск/польза».

Эпидемиология

Утверждение 1. СРК является распространенной патологией, встречающейся во всех странах мира. Его распространенность в общей популяции оценивается в среднем в 11%, хотя имеется выраженная вариабельность между разными странами и регионами. У женщин СРК встречается примерно в 2 раза чаще, чем у мужчин. У половины пациентов первые манифестации СРК отмечаются в возрасте до 35 лет.

Утверждение 2. Постинфекционный СРК (ПИ-СРК) развивается у 8-31% пациентов, которые перенесли острый инфекционный гастроэнтерит, что примерно в 7 раз чаще, чем у лиц без перенесенной острой кишечной инфекции. Риск развития ПИ-СРК выше у пациентов, перенесших тяжелый гастроэнтерит, вызванный бактериями, простейшими и паразитами, и леченных антибиотиками; женщин с предшествующей психопатологией (депрессия, беспокойство, соматизация, невротизм). Инфекция *Clostridium difficile* вызывает ПИ-СРК в 25% случаев,

обычно смешанного типа (СРК-См; 52%) или с преобладанием диареи (СРК-Д; 40%).

Этиопатогенез

Утверждение 3. Патогенез СРК является мультифакторальным, однако ключевую роль играет нарушение взаимоотношений «кишка – головной мозг».

Утверждение 4. Обязательным элементом этих взаимоотношений является кишечная микробиота (КМ), количественные и качественные нарушения которой, включая синдром избыточного бактериального роста (СИБР), оказывают прямое влияние на патогенез СРК.

Утверждение 5. Активация иммунной системы, вызванная кишечным дисбиозом, особенностями питания, стрессами и эндогенными факторами, приводит к усилению проницаемости кишечного барьера, индуцируя моторно-сенсорную дисфункцию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Утверждение 6. Дисмоторные нарушения и висцеральная гиперчувствительность являются типичными, но не специфическими особенностями СРК.

Утверждение 7. Психосоциальные факторы и сопутствующие психопатологические расстройства оказывают существенное влияние на течение СРК, выраженность симптомов и результаты лечения.

Утверждение 8. Различные диетические факторы, в частности потребление плохо абсорбируемых, легко ферментируемых олиго-, ди- и моносахаридов и полиолов (FODMAPs), также оказывает значительное влияние на симптоматику и ее тяжесть у больных СРК.

Утверждение 9. Определенное значение в патогенезе СРК играют генетические факторы.

Симптомы, дифференциальный диагноз и диагностические критерии

Рекомендация 1. В отсутствие надежных диагностических тестов диагностика СРК базируется на клинических симптомах, известных как Римские критерии

Таблица 1. Римские критерии IV диагностики СРК*
Рецидивирующая абдоминальная боль в среднем не менее чем 1 раз в неделю в течение последних 3 мес, ассоциированная с 2 или более критериями:
1) связанная с дефекацией
2) связанная с изменением частоты стула
3) связанная с изменением консистенции (формы) стула
Примечание: * критерии отмечаются в течение последних 3 мес с началом симптомов не менее 6 мес до установления диагноза.

IV (рекомендации: сильные; качество доказательств: умеренное) (табл. 1).

Рекомендация 2. Подразделение СРК на субтипы основывается не на частоте, а на консистенции стула (согласно Бристольской шкале). Выделяют 4 основных субтипа СРК: СРК с запором (СРК-З), СРК с диареей (СРК-Д), смешанный (СРК-См) и неклассифицируемый (СРК-Нкл) субтипы (рекомендации: сильные; качество доказательств: высокое).

Рекомендация 3. Диагностическая колоноскопия при СРК назначается только в определенных случаях, в первую очередь при наличии тревожных симптомов (рекомендации: сильные; качество доказательств: высокое) (табл. 2).

Диагностический алгоритм для пациентов с предполагаемым СРК представлен на рисунке.

Нефармакологическое ведение больных

Физические упражнения и психотерапия

Рекомендация 4. Рекомендуются умеренная физическая активность в различных формах (включая йогу) для поддержания физической формы и уменьшения общей симптоматики СРК. Также рекомендуются программы по снижению веса для поддержания нормального индекса массы тела (ИМТ) (под наблюдением специалиста). Рекомендуются индивидуальные или групповые упражнения, участие в организациях или ассоциациях пациентов, психологические консультации для управления стрессом, которые могут улучшить симптоматику и течение СРК (рекомендации: слабые; качество доказательств: очень низкое).

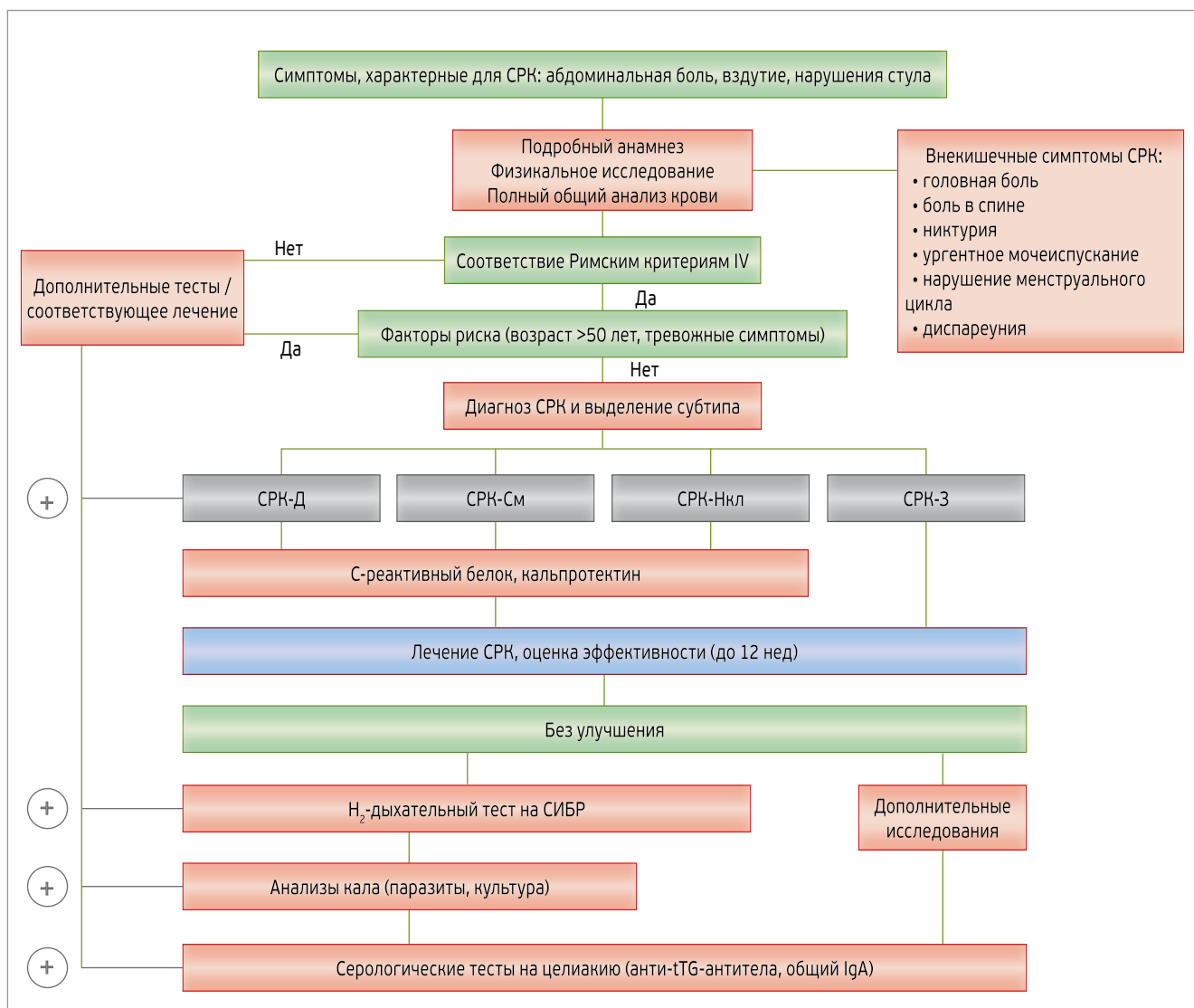


Рис. Алгоритм диагностики СРК

Таблица 2. Факторы риска органической патологии и тревожные симптомы при СРК
• Возраст старше 50 лет • Семейный анамнез по колоректальному раку, целиакии, ВЗК • Недавнее лечение антибиотиками • Пребывание в районах, эндемичных по инфекционным или паразитарным болезням • Короткая длительность симптоматики • Наличие ночных симптомов • Необъяснимая потеря веса • Лихорадка • Кровотечение из нижних отделов ЖКТ, кровь в кале • Пальпируемые образования в животе, асцит • Анемия • Лейкоцитоз

Диета

Рекомендация 5. Для уменьшения общей выраженности симптомов рекомендуется временная (6 нед) диета с ограничением плохо абсорбируемых, легко ферментируемых олиго-, ди- и моносахаридов и полиолов (FODMAPs). Ввиду отсутствия данных повторное соблюдение такой диеты, безглютеновая диета при отсутствии целиакии, а также элиминационная диета, основанная на концентрации антител против определенных нутриентов, специально не рекомендуются. Тем не менее, если пациент испытывает облегчение при исключении определенных продуктов, соответствующая элиминационная диета, основанная на опыте и предпочтениях пациента, может быть рекомендована (*рекомендации: слабые; качество доказательств: очень низкое*).

Пищевые волокна

Рекомендация 6. Для уменьшения выраженности симптоматики при всех субтипах СРК может быть рекомендована диета, обогащенная растворимыми пищевыми волокнами (10-25 г/сут, подбирается индивидуально). Нерастворимые пищевые волокна не рекомендуются, поскольку обычно усиливают вздутие и абдоминальную боль (*рекомендации: сильные; качество доказательств: умеренное*).

Фармакологическое лечение

Медикаменты, применяющиеся при всех субтипах СРК
Масло мяты перечной¹

Рекомендация 7. Различные препараты мяты перечной могут быть рекомендованы для уменьшения выраженности симптоматики (170-225 мг 2 р/день в течение 2-12 нед) (*рекомендации: сильные; качество доказательств: умеренное*).

Спазмолитики

Рекомендация 8. Рекомендуется применение спазмолитиков, показавших свою эффективность при СРК в рандомизированных клинических исследованиях (табл. 3) (*рекомендации: слабые; качество доказательств: низкое*).

Антидепрессанты

Рекомендация 9. Для уменьшения выраженности симптоматики СРК рекомендуются трициклические антидепрессанты (ТЦА) (*рекомендации: сильные; качество доказательств: высокое*), более эффективные при СРК-Д, или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (*рекомендации: слабые; качество доказательств: низкое*), более эффективные при СРК-З. Рекомендуется применять наименьшие эффективные дозы в течение 4-12 нед. При эффективности продолжительность лечения может быть увеличена (*рекомендации: слабые; качество доказательств: очень низкое*).

Пробиотики

Рекомендация 10. Для уменьшения выраженности симптоматики при всех субтипах СРК, особенно при преобладании вздутия и диареи, рекомендуется прием определенных пробиотических штаммов или их комбинаций, показавших при СРК свою эффективность в рандомизированных клинических исследованиях (табл. 4). На сегодня выделить какой-либо преимущественный моно- или комбинированный пробиотик не представляется возможными (*рекомендации: слабые; качество доказательств: очень низкое*).

Таблица 5. Препараты, доступные для лечения СРК в Украине						
Субтип СРК	Препараты	Эффективность				Рекомендации
		Боль	Вздутие	Диарея	Запор	
Все субтипы	Масло мяты перечной	+	+	+	+	Умеренные
	Спазмолитики	+	+	+	-	Низкие
	ТЦА	+	+	+	-	Высокие
	СИОЗС	+	+	-	+	Низкие
СРК-Д, СРК-См, СРК-Нкл	Рифаксимин	+	+	+	+	Высокие
	Пробиотики	+	+	+	-	Низкие
СРК-З	Макроголи	-	-	-	+	Низкие
СРК-Д	Лоперамид	-	-	+	-	Низкие

¹ В Украине препарат зарегистрирован под торговым названием Капсумен.

² В Украине зарегистрирован под торговым названием Альфа Нормикс.

Таблица 3. Спазмолитики, продемонстрировавшие эффективность при СРК				
Препарат	Количество исследований	Количество пациентов	Относительный риск	Число больных, нуждающихся в лечении
Масло мяты перечной	8	567	0,63	3
Спазмолитики				
Гиосцин	3	426	0,63	3
Дротаверин	2	150	0,31	2
Отилоний*	5	791	В исследовании OBIS доказана клиническая и противорецидивная эффективность	
Пинаверий	4	615	0,56	4
Циметропий	3	158	0,38	3
Дицикломин	1	97	0,65	4
Тримебутин**	2	172	В одном исследовании показано общее улучшение, в другом – улучшение качества жизни	
Мебеверин***	6	351	1,18	Данных нет
Альверин***	1	107	1,07	Данных нет

*Примечания: * отилоний в Украине зарегистрирован под торговым названием Спазмомен; ** тримебутин в Украине зарегистрирован под торговым названием Тримспа; *** убедительных доказательных данных в отношении эффективности при СРК нет.*

Таблица 4. Пробиотики, продемонстрировавшие эффективность при СРК	
Моноштаммы	• Bifidobacterium bifidum MIMb75 • Bifidobacterium infantis 35624* • Bifidobacterium lactis • Escherichia coli DSM17252 • Lactobacillus acidophilus SDC2012, 2013 • Lactobacillus plantarum 299v • Bacillus coagulans GBI-30, 6086 • Bifidobacterium animalis • Saccharomyces boulardii CNCM I-745**
	• Lactobacillus rhamnosus NCIMB30174, L. plantarum NCIMB30173, L. acidophilus NCIMB, Enterococcus faecium NCIMB30176 • Lactobacillus animalis subsp. lactis BB-12, L. acidophilus LA-5, L. delbrueckii subsp. bulgaricus LBY-27, Streptococcus thermophilus STY-31; Bifidobacterium animalis DN-173010 in fermented milk (together with Streptococcus thermophilus, Lactobacillus bulgaricus) • Lactobacillus rhamnosus GG, L. rhamnosus LC705, Propionibacterium freudenreichii subsp. Shermanii JS DSM 7067, Bifidobacterium animalis subsp. lactis Bb12 DSM 15954 • Pediococcus acidilactici CECT 7483, Lactobacillus plantarum CECT 7484, L. plantarum CECT 7485 • Streptococcus thermophilus DSM24731, Bifidobacterium longum DSM24736, Bifidobacterium breve DSM24732, Bifidobacterium infantis DSM24737, Lactobacillus acidophilus DSM24735, Lactobacillus plantarum DSM24730, Lactobacillus paracasei DSM24733, Lactobacillus delbrueckii ssp. bulgaricus DSM24734
Комбинированные пробиотики	

*Примечания: * в Украине зарегистрирован под торговым названием Альфлорекс; ** в Украине зарегистрирован под торговым названием Энтерол.*

Медикаменты, применяющиеся при СРК без запора (СРК-Д, СРК-См, СРК-Нкл)
Рифаксимин²

Рекомендация 11. Во всех случаях СРК без запора рекомендуется 14-дневный курс приема рифаксими́на (1200 мг/сут). У тех больных СРК, у которых лечение рифаксимином уже было эффективным, при возникновении первого или второго рецидива рекомендуется повторное применение рифаксими́на в указанном режиме. Минимальный интервал между повторными успешными курсами приема рифаксими́на четко не определен; считается, что он должен составлять не менее 4 нед (*рекомендации: сильные; качество доказательств: высокое*).

Медикаменты, применяющиеся только при СРК-З

Макроголи (препараты полиэтиленгликоля – ПЭГ)

Рекомендация 12. Препараты ПЭГ уменьшают выраженность запора у больных СРК, в целом не оказывая влияния на другую симптоматику (*рекомендации: слабые; качество доказательств: низкое*).

Медикаменты, применяющиеся только при СРК-Д
Лоперамид

Рекомендация 13. Лоперамид уменьшает выраженность диарейного синдрома у больных СРК, в целом не оказывая влияния на другую симптоматику (*рекомендации: слабые; качество доказательств: очень низкое*).

Препараты, доступные в Украине для лечения СРК, представлены в таблице 5.

Медикаменты, применяющиеся при СРК, не доступные в Украине

Линаклотид

Утверждение 10. Линаклотид – агонист гуанилатциклазы-С, активатор хлоридных каналов, уменьшает выраженность симптоматики при СРК-З (*качество доказательств: высокое*).

Плеканатид

Утверждение 11. Плеканатид – рН-зависимый агонист гуанилатциклазы-С, активатор хлоридных каналов, уменьшает выраженность симптоматики при СРК-З (*качество доказательств: умеренное*).

Любипростон

Утверждение 12. Любипростон – производное простагландинов, активатор кишечных хлоридных каналов 2 типа, уменьшает выраженность симптоматики при СРК-З (*качество доказательств: умеренное*).

Алосетрон

Утверждение 13. Алосетрон – селективный антагонист 5-НТ₃-рецепторов, тормозящий кишечную секрецию и моторику. Улучшает симптоматику у женщин с СРК-Д, хотя рекомендуется для применения только в тяжелых случаях (*качество доказательств: низкое*).

Элюксадолин

Утверждение 10. Элюксадолин – агонист μ - и k -опиоидных и антагонист d-опиоидных рецепторов нервной системы кишечника. Уменьшает диарею и общую симптоматику у больных СРК-Д без побочных эффектов, свойственных опиоидам (*качество доказательств: умеренное*).

Новые методы лечения СРК

Трансплантация фекальной микробиоты (ТФМ)

Рекомендация 14. На сегодня нет достаточного количества клинических данных об эффективности ТФМ и ее отдаленных последствиях при СРК, в связи с чем данный подход при этой патологии пока официально не рекомендован (*рекомендации: слабые; качество доказательств: очень низкое*).

Пошаговый алгоритм ведения больных с СРК (стратегия Step-up) приведен в таблице 6.

Таблица 6. Пошаговый алгоритм лечения СРК			
Шаг 1	Ключевые характеристики пациента	Доминирующий синдром, предшествующее лечение, предпочтения и ожидания пациента	
Шаг 2	Обучение пациента	Объяснение сущности болезни	
Шаг 3	Модификация жизни и диеты, ограничение триггерных факторов	Здоровый образ жизни, физические упражнения, психологическая устойчивость, учет пищевой непереносимости, исключение алкоголя, жирной, острой и газообразующей пищи, ограничение количества и размеров порций, диета с низким содержанием FODMAPs, растворимые волокна, масло мяты перечной, пробиотики	
Шаг 4	Оценка эффективности в течение 4-8 нед, недостаточный эффект		
Шаг 5	Медикаментозное лечение в зависимости от доминирующего синдрома		
Боль	Вздутие	Диарея	Запор
Рифаксимин Пробиотики Спазмолитики ТЦА/СИОЗС	Рифаксимин Пробиотики Спазмолитики ТЦА/СИОЗС	Рифаксимин Пробиотики Лоперамид Элюксадолин* Алосетрон*	Макроголь Линаклотид* Плеканатид* Любипростон* Тегасерод*
Примечание: * в Украине не зарегистрированы и не доступны.			

Список литературы находится в редакции.





олія м'яти перцевої

Капсумен®



кислото стійка капсула

4 ефекти для нормалізації роботи кишечника

- 1 усунення болю
- 2 зняття спазму
- 3 зниження надмірного газоутворення / здуття
- 4 нормалізація дефекації



www.omnifarma.com.ua

Додано дитячню. Виробник: ТОВ «ОМНІФАРМА КИЇВ», Україна, 02088, м. Київ, вул. Олександра Митуща, 10, тел.: +38 (044) 377-51-15.