



Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России)

В.Т. Ивашкин¹, И.В. Маев², Ю.А. Шельгин³, Е.К. Баранская¹, С.С. Белоус³, Е.А. Белоусова⁴, А.Г. Бениашвили⁵, С.В. Васильев⁶, А.В. Веселов³, Е.Г. Григорьев⁷, Н.В. Костенко⁸, В.Н. Кашников³, В.Ф. Куликовск⁹, И.Д. Лоранская¹⁰, О.С. Ляшенко¹, Е.А. Полуэктова^{1*}, В.Г. Румянцев¹¹, В.М. Тимербулатов¹², О.Ю. Фоменко³, Д.А. Хубезов¹³, Е.Ю. Чашкова⁷, Г.И. Чибисов¹⁴, М.В. Шапина³, А.А. Шептулин¹, О.С. Шифрин¹, А.С. Трухманов¹, О.П. Алексеева¹⁵, С.А. Алексеенко¹⁶, А.Ю. Барановский¹⁷, О.Ю. Зольникова¹, Н.В. Корочанская¹⁸, С.Н. Маммаев¹⁹, И.Б. Хлынов²⁰, В.В. Цуканов²¹

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

² ФГБУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

³ ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

⁴ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Российская Федерация

⁵ ФГБНУ «Национальный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

⁶ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁷ ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», Иркутск, Российская Федерация

⁸ ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань, Российская Федерация

⁹ Медицинский институт ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Российская Федерация

¹⁰ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва, Российская Федерация

¹¹ ООО «Он-клиник», Москва, Российская Федерация

¹² ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Российская Федерация

¹³ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань, Российская Федерация

¹⁴ ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница», Калуга, Российская Федерация

¹⁵ ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород, Российская Федерация

¹⁶ ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Хабаровск, Российская Федерация

¹⁷ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Российская Федерация

¹⁸ ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Российская Федерация

¹⁹ ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Махачкала, Российская Федерация

²⁰ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Российская Федерация

²¹ ФБГНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», обособленное подразделение НИИ медицинских проблем Севера, Красноярск, Российская Федерация

Цель представления клинических рекомендаций заключается в изложении современных методов диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника (СРК).

Основное содержание. СРК — функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя и более): связана с дефекацией, сочетается с изменением ее частоты или формы кала. Эти симптомы должны отмечаться у больного в последние 3 месяца при общей продолжительности наблюдения не менее 6 месяцев. Как и в случае других функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), диагноз СРК может быть установлен на основании соответствия симптомов, наблюдающихся у пациента, Римским критериям IV пересмотра при отсутствии органических заболеваний органов ЖКТ, которые могут послужить причиной возникновения этих симптомов. В связи со сложностью дифференциальной диагностики СРК целесообразно рассматривать как диагноз исключения, для установления которого необходимо выполнить следующие исследования: клинический и биохимический анализы крови; определение антител к тканевой транслугтаминазе IgA или IgG; определение уровня гормонов щитовидной железы; анализ кала на скрытую кровь; водородный дыхательный тест с глюкозой или лактулозой для выявления синдрома избыточного бактериального роста; анализ кала для обнаружения бактерий кишечной группы, токсинов А и В *Clostridium difficile*; определение уровня кальпротектина в кале; ультразвуковое исследование органов брюшной полости; ЭГДС, при необходимости с биопсией; колоноскопия с биопсией. СРК характеризуется волнообразным течением с чередованием периодов обострения, нередко провоцируемого психоэмоциональными стрессами, и ремиссии. Лечение больных с СРК заключается в коррекции рациона и образа жизни, назначении фармакологических средств различных классов, применении психотерапевтических методов воздействия.

Заключение. Выполнение клинических рекомендаций может способствовать своевременному установлению диагноза и улучшению качества оказания медицинской помощи пациентам с различными клиническими вариантами СРК.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, диарея, запор

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К., Белоус С.С., Белоусова Е.А., Бениашвили А.Г., Васильев С.В., Веселов А.В., Григорьев Е.Г., Костенко Н.В., Кашников В.Н., Куликовский В.Ф., Лоранская И.Д., Ляшенко О.С., Полуэктова Е.А., Румянцев В.Г., Тимербулатов В.М., Фоменко О.Ю., Хубезов Д.А., Чашкова Е.Ю., Чибисов Г.И., Шапина М.В., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Трухманов А.С., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Барановский А.Ю., Зольникова О.Ю., Корочанская Н.В., Маммаев С.Н., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(5):74–95. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95>

Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome: Clinical Recommendations of the Russian Gastroenterological Association and Association of Coloproctologists of Russia

Vladimir T. Ivashkin¹, Igor V. Maev², Yuriy A. Shelygin³, Elena K. Baranskaya¹, Sofiya S. Belous³, Elena A. Belousova⁴, Alan G. Beniashvili⁵, Sergey V. Vasilyev⁶, Aleksey V. Veselov³, Evgeniy G. Grigoryev⁷, Nikolay V. Kostenko⁸, Vladimir N. Kashnikov³, [Vladimir F. Kulikovskiy]⁹, Irina D. Loranskaya¹⁰, Olga S. Lyashenko¹, Elena A. Poluektova^{1*}, Vitaliy G. Romyantsev¹¹, Vil M. Timerbulatov¹², Oksana Yu. Fomenko³, Dmitriy A. Khubezov¹³, Elena Yu. Chashkova⁷, Gennadiy I. Chibisov¹⁴, Marina V. Shapina³, Arkadiy A. Sheptulin¹, Oleg S. Shifrin¹, Alexander S. Trukhmanov¹, Olga P. Alekseeva¹⁵, Sergey A. Alekseenko¹⁶, Andrey Yu. Baranovsky¹⁷, Oxana Yu. Zolnikova¹, Natalia V. Korochanskaya¹⁸, Suleyman N. Mammayev¹⁹, Igor B. Khlynov²⁰, Vladislav V. Tsukanov²¹

¹ Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

² Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation

³ Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology, Moscow, Russian Federation

⁴ Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russian Federation

⁵ Mental Health Research Centre, Moscow, Russian Federation

⁶ Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russian Federation

⁷ Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russian Federation

⁸ Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russian Federation

⁹ Belgorod National Research University Medical Institute, Belgorod, Russian Federation

¹⁰ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

¹¹ On-Clinic LLC, Moscow, Russian Federation

¹² Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

¹³ Ryazan State Medical University named after Acad. I.P. Pavlov, Ryazan, Russian Federation

¹⁴ Kaluga Regional Clinical Hospital, Kaluga, Russian Federation

¹⁵ Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation

¹⁶ Far-Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russian Federation

¹⁷ Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation

¹⁸ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation

¹⁹ Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russian Federation

²⁰ Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russian Federation

²¹ Research Institute for Medical Problems in the North – Division of Krasnoyarsk Scientific Centre of the Siberian Branch of the RAS, Krasnoyarsk, Russian Federation

Aim. Current clinical recommendations accentuate current methods for the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome (IBS).

Key points. IBS is a functional bowel disorder manifested with recurrent, at least weekly, abdominal pain with the following attributes (any two leastwise): link to defecation, its frequency or stool shape. The symptoms are expected to persist for at minimum three months in a total six-month follow-up. Similar to other functional gastrointestinal (GI) disorders, IBS can be diagnosed basing on the patient symptoms compliance with Rome IV criteria, provided the absence of potentially symptom-causative organic GI diseases. Due to challenging differential diagnosis, IBS can be appropriately established *per exclusionem*, with pre-examination as follows: general and biochemical blood tests; tissue transglutaminase IgA/IgG antibody tests; thyroid hormones test; faecal occult blood test; hydrogen glucose/lactulose breath test for bacterial overgrowth; stool test for enteric bacterial pathogens and *Clostridium difficile* A/B toxins; stool calprotectin test; abdominal ultrasound; OGDS, with biopsy as appropriate; colonoscopy with biopsy. The IBS sequence is typically wavelike, with alternating remissions and exacerbations often triggered by psych-
oemotional stress. Treatment of IBS patients includes dietary and lifestyle adjustments, various-class drug agents prescription and psychotherapeutic measures.

Conclusion. Adherence to clinical recommendations can facilitate timely diagnosis and improve medical aid quality in patients with different clinical IBS variants.

Keywords: irritable bowel syndrome, diarrhoea, constipation.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Ivashkin V.T., Maev I.V., Shelygin Yu.A., Baranskaya E.K., Belous S.S., Belousova E.A., Beniashvili A.G., Vasilyev S.V., Veselov A.V., Grigoryev E.G., Kostenko N.V., Kashnikov V.N., Kulikovskiy V.F., Loranskaya I.D., Lyashenko O.S., Poluektova E.A., Rummyantsev V.G., Timerbulatov V.M., Fomenko O.Yu., Khubezov D.A., Chashkova E.Yu., Chibisov G.I., Shapina M.V., Sheptulin A.A., Shifrin O.S., Trukhmanov A.S., Alekseeva O.P., Alekseenko S.A., Baranovsky A.Yu., Zolnikova O.Yu., Korochanskaya N.V., Mam-mayev S.N., Khlynov I.B., Tsukanov V.V. Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome: Clinical Recommendations of the Russian Gastroenterological Association and Association of Coloproctologists of Russia. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2021;31(5):74–95. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95>

Термины и определения

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

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

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

Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника изучены недостаточно. 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, перенесенных 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 большой акцентуируется на соматических симптомах, что в еще большей степени усиливает их.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

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

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

K 58 Синдром раздраженного кишечника

K58.1 Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи

K58.2 Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров

K58.3 Синдром раздраженного кишечника со смешанными проявлениями

K58.8 Другой или неуточненный синдром раздраженного кишечника

K58.9 Синдром раздраженного кишечника без других указаний

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

✓ СРК с запором (СРК-З): более чем в 25 % дефекаций форма стула 1–2 по Бристольской шкале; менее чем в 25 % дефекаций — 6–7 по Бристольской шкале. Альтернативный вариант постановки диагноза данного варианта заболевания: пациент сообщает, что у него преимущественно запоры (1–2-й 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-й 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 возникают как запор (более чем в 1/4 всех дефекаций), так и диарея (более чем в 1/4 всех дефекаций). Соответственно типы 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.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

- кишечные;
- относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (например, тошнота, изжога) [3, 4];
- негастроэнтерологические (диспареуния, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, фибромиалгия, мигрень) [5].

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 [6, 7].

Кишечные симптомы при СРК имеют ряд особенностей.

- Боль в животе не имеет четкой локализации, но чаще возникает в левых отделах. Обычно боль усиливается после приема пищи. Важной отличительной особенностью абдоминальной боли при СРК считается ее отсутствие в ночные часы [8]. У женщин боль усиливается во время менструаций [9].

• Ощущение вздутия живота менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после еды [10].

• Диарея возникает обычно утром, после завтрака, частота стула колеблется от 2 до 4 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 объем 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 [11].

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 [11].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

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

Согласно Римским критериям IV, синдром раздраженного кишечника (СРК) определяется как функциональное заболевание кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в 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 [11].

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

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

2.1. Жалобы и анамнез

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

2.2. Физикальное обследование

Физикальное обследование должно быть направлено на исключение органического заболевания и обязательно включать осмотр перианальной области и трансректальное пальцевое исследование [5].

2.3. 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.) [12–14].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 3)

- **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 [15].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2)

- **Рекомендуется** всем пациентам с подозрением на СРК исследование кала на скрытую кровь для исключения органических заболеваний [11].

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

- **Рекомендуется** пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания проведение исследования кала с целью исключения инфекционной природы заболевания [5, 12, 16].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 3)

- **Рекомендуется** пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридии (*Clostridium difficile*) с целью исключения антибиотико-ассоциированной диареи и псевдомембранозного колита [17].

Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 3)

- **Рекомендуется** пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания исследование уровня кальпротектина в кале для исключения воспалительных заболеваний кишечника [14].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендуется** пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания выполнение водородного дыхательного теста с глюкозой или лактулозой для выявления синдрома избыточного бактериального роста [18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2)

- **Рекомендуется** пациентам с подозрением на СРК проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости для исключения органических заболеваний [11].

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

- **Рекомендуется** пациентам с подозрением на СРК проведение эзофагогастродуоденоскопии для исключения органических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта [12, 20].

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

- **Рекомендуется** пациентам с выявленными АТ к tTG в диагностическом титре или родственникам первой линии больных целиакией проведение эзофагогастродуоденоскопии с биопсией двенадцатиперстной кишки для исключения целиакии [15].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2)

- **Рекомендуется** всем пациентам с СРК проведение илеоколоноскопии с биопсией терминального отдела тонкой и толстой кишки для исключения органических заболеваний [12, 21, 22, 25, 26].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2)

2.5. Иная диагностика

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 [23];*

- *внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы [24];*

- *радиационный (постлучевой) колит;*

- *колит, ассоциированный с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов;*

- *ишемическая болезнь органов пищеварения;*

- *рак толстой кишки;*

- *лямблиоз [27];*

- *гинекологические заболевания (эндометриоз, воспалительные заболевания, опухоли яичника) [30–32].*

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

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

3.1. Основные принципы терапии

Создание терапевтического союза между врачом и пациентом включает в себя общий для врача и пациента взгляд на природу симптомов заболевания и диагноз, соглашение в отношении лечебной стратегии (выбор препарата,

ожидание формирования эффекта, терпение при смене лекарств, адаптация к нежелательным эффектам), соглашение в отношении границы терапевтических ресурсов [32].

3.2. Диетотерапия

Диета пациенту с СРК должна быть подобрана индивидуально путем исключения продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания (элиминационная диета). Несмотря на противоречивые данные исследований по оценке эффекта от назначения конкретной диеты, всем больным с СРК следует рекомендовать:

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 ними.

3. Целесообразно рекомендовать пациенту «ведение пищевого дневника» для выявления продуктов, употребление которых приводит к усилению симптомов заболевания.

4. Пациентам с диарейным и смешанным вариантами СРК возможно назначение аглютеновой диеты [5].

Эффективность диеты с низким содержанием олиго-ди-моносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола) [33] сомнительна [34, 35].

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 [36].

• Рекомендуется пациентам с СРК при недостаточной эффективности диеты назначение альфа-галактозидазы [37].

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 2)

3.3. Медикаментозное лечение

• Пациентам с СРК при наличии жалоб на боли в животе рекомендуется назначение спазмолитиков для купирования болевого синдрома [38].

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 1)

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

При сравнении препаратов высокая эффективность была отмечена при применении

гиосцина бутилбромида и пинаверия бромидом (NNT = 3) [39]; 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 [40]. Также мебеверин** обладает высоким профилем безопасности и хорошо переносится при длительном применении [41].

В целом, по данным различных авторов, уровень исследований, в которых подтверждалась эффективность данной группы препаратов, колеблется от 1 до 3, уровень практических рекомендаций — от категории А до С [42].

• Пациентам с СРК рекомендуется назначение лоперамида** для купирования диареи [43].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2)

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

• Пациентам с СРК с диареей рекомендуется назначение смектита диоктаэдрического** для купирования диареи [44].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2)

Комментарии: В рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании F. Y. Chang и соавторов (2007) оценивалась эффективность применения смектита диоктаэдрического** в течение 8 недель у 104 пациентов с диарейным вариантом СРК. Ежедневный прием препарата (1 пакетик 3 раза в день) способствовал достоверному (по сравнению с данными на начальном этапе исследования и плацебо) улучшению качества жизни больных с СРК, а также уменьшению интенсивности боли в животе и метеоризма [44].

• Пациентам с СРК с диареей рекомендуется назначение рифаксимина для купирования диареи [45].

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 1)

Комментарии: Согласно данным метаанализа 18 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, включающих 1803 пациента СРК с диареей, короткий курс приема невсасывающегося антибиотика рифаксимина достаточно

эффективно купирует диарею, а также способствует уменьшению вздутия живота у таких больных. При этом показатель NNT оказался равным 10,2.

• 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 [46–48].

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 2)

Комментарии: Пробиотики — это живые микроорганизмы, которые приносят пользу здоровью хозяина при введении в адекватных количествах [49].

В метаанализе 43 клинических исследований, в которых исследовалась эффективность и безопасность пробиотиков, подтверждено позитивное влияние данной группы препаратов на основные симптомы СРК [50]. Доказана эффективность пробиотиков, содержащих различные штаммы лакто- [51] и бифидумбактерий [52].

Пробиотический препарат надлежащего качества должен соответствовать целому ряду требований:

- оболочка, содержащая пробиотик, должна обеспечивать беспрепятственное его прохождение по ЖКТ с последующей доставкой достаточного количества бактериальных клеток в кишку;

- пробиотический препарат должен содержать не менее миллиарда (10^9) бактериальных клеток в капсуле или таблетке на момент продажи и способствовать уничтожению патогенных микроорганизмов в кишечнике, не оказывая при этом отрицательного влияния на другие полезные бактерии [53].

Альтернативным направлением является сохранение жизнеспособности пробиотиков в ЖКТ и доставка микробных клеток в кишку путем создания микрокапсулированных пробиотических препаратов [54].

В РФ для лечения пациентов СРК разработан и применяется препарат, содержащий такие активные ингредиенты, как *Bifidobacterium bifidum*** (не менее 1×10^9 КОЕ); *Bifidobacterium longum* (не менее 1×10^9 КОЕ); *Bifidobacterium infantis* (не менее 1×10^9 КОЕ); *Lactobacillus rhamnosus* (не менее 1×10^9 КОЕ), неактивные ингредиенты (микрористаллическая целлюлоза, кальция стеарат, лактоза), и отвечающий всем требованиям, предъявляемым к пробиотическим препаратам. Одобрен Российской гастроэнтерологической ассоциацией (РГА).

Эффективность препарата в отношении облегчения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула доказана в рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях [46–48].

- Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого, для лечения запоров [39, 55].

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 2)

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

Согласно данным 12-недельного рандомизированного плацебо-контролируемого исследования, в которое были включены 275 пациентов, назначение псиллиума 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 [55].

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

- Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение осмотических слабительных для лечения запоров [56, 57].

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

Комментарии: 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) [56].

При курсовом назначении ПЭГ был показан эффект последствия — обеспечение нормальной работы кишечника после отмены препарата. Согласно данным Американской коллегии гастроэнтерологов (American College of Gastroenterology, ACG) и заключению Американского общества хирургов-колопроктологов (American Society of Colon and Rectal Surgeons, ASCRS), уровень доказательности эффективности данной группы препаратов — 1, однако уровень доказательности практических рекомендаций варьирует: от категории А (по данным AGG) до категории В (по данным ASCRS).

С учетом значительного вклада в регуляцию моторики ЖКТ микробиоты кишечника, способствующей формированию каловых масс и выработке различных метаболитов, в первую очередь короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК), возможно назначение препаратов с комплексным механизмом действия, — оказывающих нормализующее влияние как на моторику ЖКТ, так и на состав и функции кишечной микробиоты (например, лактитола) [57, 58].

• Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение контактных слабительных для лечения запоров [59].

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 2)

Комментарии: Лекарственные препараты данной группы стимулируют хеморецепторы слизистой оболочки толстой кишки и усиливают ее перистальтику. Согласно результатам проведенного исследования, количество самостоятельных актов дефекации у больных 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) [59].

Однако, несмотря на достаточно высокий уровень эффективности и безопасности данной группы препаратов, большинство исследований, проведенных с целью определения данных показателей, были выполнены более 10 лет назад и по уровню доказательности могут быть отнесены к категории 2. Согласно данным ACG, уровень практических рекомендаций относится к категории В, по данным ASCRS — С, что, вероятно, связано с возможностью возникновения боли на фоне приема стимулирующих слабительных [60].

Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА), длительность курса лечения препаратами данной группы не должна превышать 10–14 дней.

• Пациентам с СРК при отсутствии эффекта на фоне приема указанных выше слабительных препаратов рекомендуется назначение прукалоприда [34, 62].

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

Комментарии: Прукалоприд одобрен с 2009 года в европейских странах для лечения хронических запоров у женщин, в том числе и при обстипационном варианте СРК, когда слабительные средства не обеспечили должного эффекта в устранении симптомов запора [32, 61].

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 удобством приема и дозирования (1 мг у лиц старше 65 лет или 2 мг у лиц моложе 65 лет однократно в сутки) и предсказуемостью 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 [62].

• Пациентам с СРК рекомендуется назначение тримебутина для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула [63–66].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2)

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

Так, для лечения абдоминальной боли и нарушений стула у пациентов, страдающих СРК, с успехом применяются синтетические холиноблокаторы — эфиры с третичной аминогруппой, нормализующие двигательную активность кишечника, и, кроме того, повышающие порог болевой чувствительности за счет воздействия на глутаматные рецепторы синапсов задних рогов спинного мозга [63].

Препарат данной группы — тримебутин — безопасен при длительном применении, а также эффективен для лечения сочетанных функциональных заболеваний (в частности, при сочетании синдрома функциональной диспепсии и СРК) [64]. Уровень доказательности эффективности применения тримебутина соответствует 2 категории, уровень практических рекомендаций — категории В.

Согласно результатам клинических исследований, схемы лечения, в которые был включен тримебутин, демонстрируют большую эффективность по сравнению со схемами с назначением

спазмолитиков в отношении уменьшения выраженности симптомов СРК и функциональной диспепсии (согласно Опроснику «7×7» [65]), за исключением запора и нарушения консистенции стула (твердый стул) — в отношении этих симптомов эффективность схем с тримебутином оказалась сравнимой с таковой в схемах с включением спазмолитиков [66].

- Пациентам с СРК рекомендуется назначение STW 5 для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула [67–69].

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

Комментарии: К препаратам комбинированного действия растительного происхождения относится STW 5, полученный путем спиртовой экстракции из девяти лекарственных растений (иберийка горькая, дягиль лекарственный, ромашка аптечная, тмин обыкновенный, расторопша пятнистая, меллисса лекарственная, мята перечная, чистотел большой, солодка голая). STW 5 является одним из наиболее изученных растительных лекарственных средств [67, 68]. В экспериментальных и клинических исследованиях было установлено многоцелевое (мультиадресное) действие STW 5, заключающееся в нормализации моторики различных отделов ЖКТ, снижении висцеральной чувствительности и повышенного газообразования, противовоспалительном и антиоксидантном действии [69]. Как свидетельствуют результаты плацебо-контролируемых рандомизированных исследований, у пациентов СРК STW 5 эффективно уменьшает выраженность симптомов заболевания (боль в животе, диарея, запоры). Частота нежелательных явлений по данным исследований более 46000 пациентов не превышала 0,04 % [67].

При предположительном диагнозе функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника, а также их сочетании STW 5 может назначаться сразу, до получения результатов полного обследования, для уменьшения выраженности симптомов [62].

- Пациентам с СРК рекомендуется назначение комбинированного лекарственного препарата, содержащего антитела к мозгоспецифическому белку S-100, антитела к человеческому фактору некроза опухоли альфа аффинно очищенные, для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула [70–72].

Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 3)

Комментарии: Данный препарат оказывает спазмолитическое, противовоспалительное и анксиолитическое действие. Эффективность препарата была доказана в рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях [70–72]. 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 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.

Комментарии: в результате проведенных исследований были получены данные о повышении проницаемости слизисто-эпителиального барьера ЖКТ и существенной роли данных изменений в формировании симптомов у пациентов с СРК, что может в будущем послужить обоснованием для назначения препаратов, ее нормализующих.

- Пациентам с СРК рекомендуется назначение антидепрессантов для уменьшения боли в животе [73, 74].

Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств — 1)

Комментарии: 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 [75–79]. Стресс, психические травматические события прошлого часто оказываются значимыми факторами для развития СРК [73, 74].

Описанные выше обстоятельства объясняют интерес к группе психофармакологических лекарственных препаратов, обладающих широким спектром фармакодинамических эффектов центрального и периферического свойства [77]. 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 [6], а также для уменьшения боли в животе [5].

Согласно данным метаанализа 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 [73]. Сходные данные

о низкой эффективности СИОЗС приводятся также в более ранних публикациях [74].

Однако, согласно Римским критериям IV пересмотра, для уменьшения боли в животе могут назначаться такие антидепрессанты, как пароксетин** 20 мг в сутки. При необходимости доза может быть увеличена с шагом 10 мг в сутки до максимальной дозы 50 мг в сутки; сертралин** 25–50 мг в день, при необходимости возможно увеличение дозы вплоть до максимальной — 200 мг в сутки; циталопрам 20–40 мг в сутки [5].

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 [73].

• Пациентам с СРК рекомендуется назначение нейролептиков для уменьшения боли в животе [78, 80].

Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 3)

Комментарии: 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 определенных формах СРК, когда клинически значимое сопутствующее психическое расстройство может приводить к усилению выраженности гастроэнтерологических симптомов [78, 80]. Наряду с влиянием на коморбидные психические расстройства (у 81 % больных СРК встречаются клинически значимые проявления тревожного и/или депрессивного расстройства [6]) психофармакологические препараты обладают эффектами, значимыми для патогенеза СРК. Например, блокада гистаминовых рецепторов 1-го типа важна для облегчения болевой чувствительности [74]; ярко выраженная у некоторых психотропных препаратов (нейролептики, неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов) спазмолитическая холинолитическая атропиноподобная активность — для облегчения мышечного спазма [81]; способность взаимодействовать с различными подтипами периферических серотониновых рецепторов также может внести значимый вклад в облегчение симптомов СРК (изменение частоты стула) [77].

К антипсихотикам (нейролептикам), обладающим антидепрессивной и противотревожной активностью, относят антипсихотики второго поколения (так называемые атипичные антипсихотики), например кветиапин (50–75 мг/сут)** [78], а также некоторые антипсихотики первого поколения, на протяжении долгого времени применяющиеся для лечения психосоматических заболеваний, такие как алимемазин [79]. Для облегчения симптомов СРК и коморбидных психических и поведенческих расстройств антипсихотики назначают в меньших дозировках, чем те, которые применяют обычно для лечения тяжелых психических расстройств. Например, для облегчения тревоги и симптомов вегетативной дисфункции суммарная доза алимемазина составляет 15 мг в сутки (рекомендуется титровать дозу препарата начиная с 2,5 мг на ночь и давая возможность пациенту адаптироваться к основному нежелательному эффекту — повышенной сонливости в первые сутки приема).

3.4. Иное лечение

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

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

Однако в целом доказательная база эффективности и наличия побочных эффектов данных методик — недостаточна [39].

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Специфические меры реабилитации пациентов с СРК отсутствуют. При СРК как при хроническом заболевании, ассоциированным с рядом эмоциональных нарушений, в большинстве случаев при длительном течении целесообразно психологическое (психотерапевтическое) консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний, первичное [65]. Согласно систематическому обзору, эффективными при СРК являются когнитивная поведенческая терапия [67–69], гипнотерапия [70] и психологическая поддержка [71–73].

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

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

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи в рамках клинической апробации, в соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 47.25.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», организуется и оказывается: 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; 2) в соответствии с порядками оказания помощи по профилям «гастроэнтерология», «колопроктология», обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; 3) на основе настоящих клинических рекомендаций; 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-гастроэнтерологом, врачом-колопроктологом и иными врачами-специалистами в медицинских организациях, имеющих лицензию на оказание соответствующих видов медицинской деятельности. При подозрении или выявлении у пациента СРК врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют пациента на консультацию в медицинскую организацию, имеющую в своем составе кабинет врача-гастроэнтеролога, врача-колопроктолога, амбулаторный гастроэнтерологический центр (отделение), амбулаторный колопроктологический центр (отделение), для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи. Консультация в указанных структурных подразделениях медицинской организации должна быть проведена не позднее 30 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию. Врач-гастроэнтеролог, врач-колопроктолог

медицинской организации, имеющей в своем составе кабинет врача-гастроэнтеролога, врача-колопроктолога, амбулаторный гастроэнтерологический центр (отделение), амбулаторный колопроктологический центр (отделение), организуют выполнение диагностических исследований, необходимых для установления диагноза. В случае невозможности выполнения диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, а также при наличии показаний для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, пациент направляется лечащим врачом в гастроэнтерологическое отделение, колопроктологическое отделение или иную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях пациентам по профилю «гастроэнтерология», «колопроктология».

Врач-гастроэнтеролог, врач-колопроктолог медицинской организации, имеющей в своем составе кабинет врача-гастроэнтеролога, врача-колопроктолога, амбулаторный гастроэнтерологический центр (отделение), амбулаторный колопроктологический центр (отделение), направляет пациента в медицинские организации, имеющие для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в своем составе гастроэнтерологическое отделение и/или колопроктологическое отделение для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи) и оказания специализированной медицинской помощи. Срок начала оказания специализированной медицинской помощи определяется по решению комиссии по отбору пациентов для госпитализации. Срок не должен превышать 30 календарных дней с даты выдачи направления на госпитализацию. Специализированная медицинская помощь при СРК оказывается врачами-гастроэнтерологами, врачами-колопроктологами в медицинских организациях, имеющих в своем составе гастроэнтерологическое отделение и/или колопроктологическое отделение, имеющих лицензию, необходимую материально-техническую базу, сертифицированных специалистов, в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение СРК, а также медицинскую реабилитацию.

Показания для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь при СРК, определяются консилиумом врачей-гастроэнтерологов и/или врачей-колопроктологов с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме являются: 1) необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара; 2) наличие

показаний к специализированному лечению СРК, требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара.

Показанием к выписке пациента из медицинской организации являются: 1) завершение курса лечения или одного из этапов оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 2) отказ пациента или его законного представителя от специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей лечение СРК, при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях; 3) необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи. Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по представленным медицинским документам и/или предварительного осмотра пациента врачами-специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.

Критерии оценки качества медицинской помощи Criteria for medical care quality assessment

№	Критерии качества Quality criteria	Уровень достоверности доказательств Strength of evidence level	Уровень убедительности рекомендаций Credibility of recommendation level
1	Выполнена илеоколоноскопия (да/нет) Ileocolonoscopy rendered (yes/no)	2	B
2	Назначены спазмолитики (да/нет) Antispasmodics prescribed (yes/no)	1	A
3	При СРК с преобладанием диареи назначены лоперамид, и/или смектит диоктаэдрический, и/или рифаксимин, и/или противодиарейные препараты биологического происхождения, регулирующие равновесие кишечной микрофлоры, или биологически активные добавки к пище (БАД) Prescribed in diarrhoea-predominant IBS: loperamide, and/or smectite dioctaedric, and/or rifaximin, and/or anti-diarrhoeal biological drug intestinal microflora mediators or dietary supplements	1–2	A–B
4	В случае СРК с преобладанием запора назначены слабительные и/или прукалоприд Prescribed in constipation-predominant IBS: laxatives and/or prucalopride	1	A

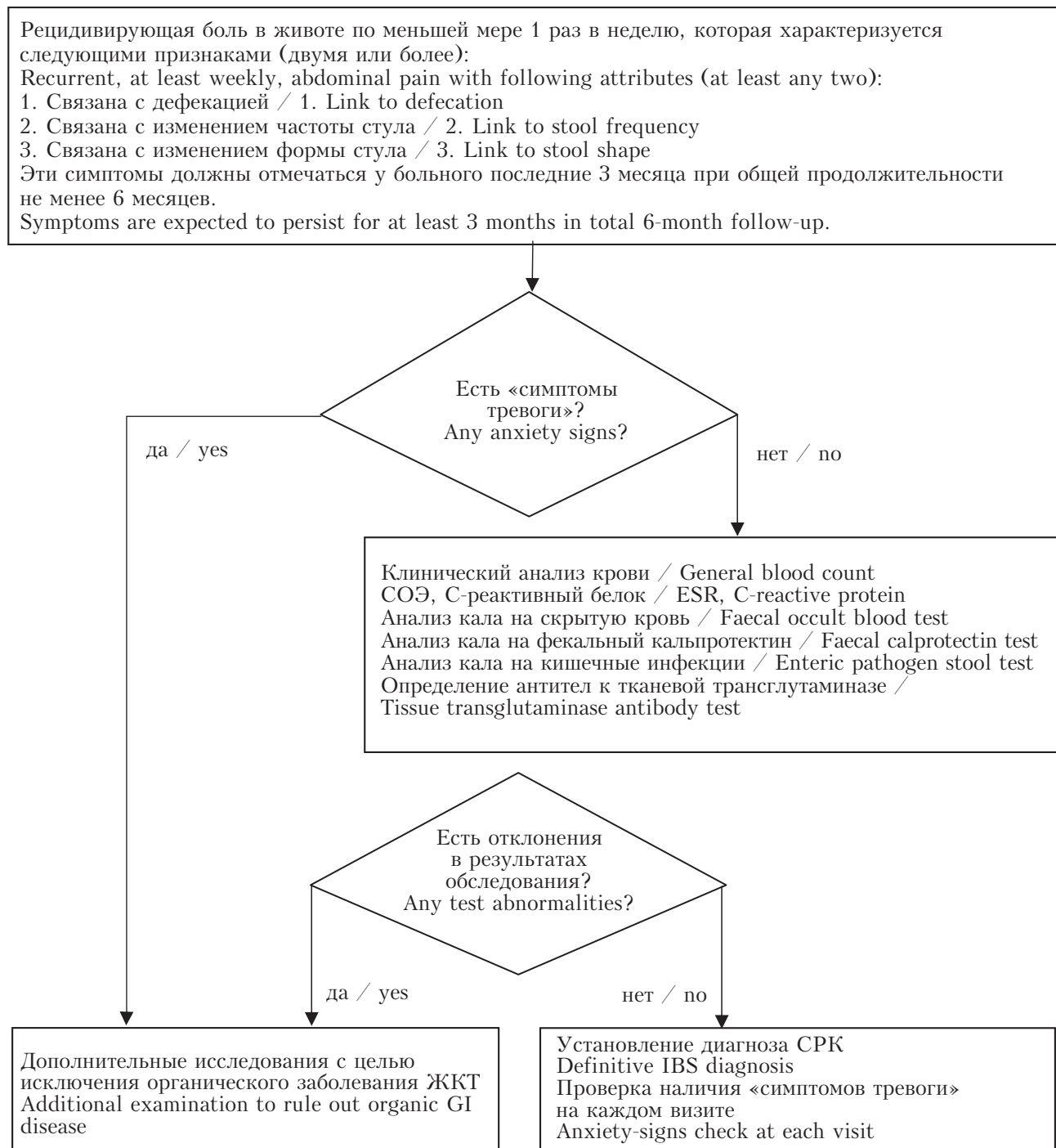
7. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

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 [75]. 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.

Область применения рекомендаций

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

Приложение Б. Алгоритм ведения пациента



Приложение В. Информация для пациента

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

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

Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

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

Литература / References

1. *El-Serag H.B., Olden K., Bjorkman D.* Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002;16(6):1171–85. DOI: 10.1046/j.1365-2036.2002.01290.x
2. *Akehurst R.L., Brazier J.E., Mathers N., O’Keefe C., Kaltenthaler E., Morgan A., et al.* Health-related quality of life and cost impact of irritable bowel syndrome in a UK primary care setting. *Pharmacoeconomics.* 2002;20(7):455–62. DOI: 10.2165/00019053-200220070-00003
3. *Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А.* Сочетание синдрома функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2011;21(4):75–81. [*Ivashkin V.T., Poluektova Ye.A.* Combination of functional dyspepsia syndrome and irritable bowel syndrome Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol. 2011;21(4):75–81 (In Russ.)].
4. *Yarandi S.S., 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. DOI: 10.1155/2013/351086
5. *Lacy B.E., Mearin F., Chang L., Chey W.D., Lembo A.J., Simren M., Spiller R.* Bowel disorders. *Gastroenterology.* 2016;S0016-5085. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.031
6. *Nagasako C.K., Montes C.G., Lorena S.L.S., Mesquita M.A.* Irritable bowel syndrome subtypes: Clinical and psychological features, body mass index and comorbidities. *RevEspEnfermDig.* 2016;108(2):59–64. DOI: 10.17235/reed.2015.3979/2015
7. *Cho H.S., Park J.M., Lim C.H., Cho Y.K., Lee I.S., Kim S.W., et al.* Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut Liver.* 2011;5(1):29–36. DOI: 10.5009/gnl.2011.5.1.29
8. *Corsetti M., Whorwell P.J.* Managing irritable bowel syndrome in primary care. *Practitioner.* 2015;259(1783):21-4, 2-3.
9. *Bharadwaj S., Barber M.D., Graff L.A., Shen B.* Symptomatology of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease during the menstrual cycle. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2015;3(3):185–93. DOI: 10.1093/gastro/gov010
10. *Issa B., Morris J., Whorwell P.J.* Abdominal distension in health and irritable bowel syndrome: The effect of bladder filling. *NeurogastroenterolMotil.* 2018;30(11). DOI: 10.1111/nmo.13437
11. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: руководство для практикующих врачей. Под общ. ред. В.Т.Ивашкина. М.: Литерра, 2003. [Rational drug therapy for organic digestive diseases. A practitioner’s guide. Edited by V.T. Ivashkin. Moscow. Izdatelstvo Literra. 2003].
12. *Cash B.D., Schoenfeld P., Chey W.D.* The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(11):2812–9. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2002.07027.x
13. *Menees S.B., Kurlander J., Goel A., Powell C., Chey W.* Meta-analysis of the utility of common serum and fecal biomarkers in adults with IBS. *Gastroenterology.* 2014;146(5):S194. DOI: 10.1016/S0016-5085(14)60683-1
14. *Menees S.B., Powell C., Kurlander J., Goel A., Chey W.D.* A Meta-Analysis of the Utility of C-Reactive Protein, Erythrocyte Sedimentation Rate, Fecal Calprotectin and Fecal Lactoferrin to Exclude Inflammatory Bowel Disease in Adults With IBS. *Am J Gastroenterol.* 2015;110(3):444–54. DOI: 10.1038/ajg.2015.6

15. Irvine A.J., Chey W.D., Ford A.C. Screening for Celiac Disease in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2016;112(1):65–76. DOI: 10.1038/ajg.2016.466
16. Koh S.J., Lee D.H., Lee S.H., Park Y.S., Hwang J.H., Kimet J.W., et al. Incidence and Risk Factors of Irritable Bowel Syndrome in Community Subjects with Culture-proven Bacterial Gastroenteritis. *Korean J Gastroenterol.* 2012;60(1):13–8. DOI: 10.4166/kjg.2012.60.1.13
17. Longstreth G.F., Chen Q., Wong C., Yao J.F. Increased Systemic Antibiotic Use and Clostridium difficile Infection Among Outpatients With Irritable Bowel Syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16(6):974–6. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.11.004
18. Ford A.C., Spiegel B.R., Talley N.J., Moayyedi P. Small Intestinal Bacterial Overgrowth in Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7(12):1279–86. DOI: 10.1016/j.cgh.2009.06.031
19. Кучумова С.Ю. Патогенетическое и клиническое значение кишечной микрофлоры у больных с синдромом раздраженного кишечника: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2016. [Kuchumova S.Yu. Pathogenetic and clinical significance of intestinal microflora in patients with irritable bowel syndrome. Cand. Sci. (Med.) dissertation thesis. Moscow. 2016].
20. Bortoli de N., Tolone S., Frazzoni M., Martinucci I., Sgherri G., Albano E., et al. Gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: common overlapping gastrointestinal disorders. *Ann Gastroenterol.* 2018;31(6):639–48. DOI: 10.20524/aog.2018.0314
21. Chey W.D., Nojkov B., Rubenstein J.H., Dobhan R.R., Greenson J.K., Cash B.D. The Yield of Colonoscopy in Patients With Non-Constipated Irritable Bowel Syndrome: Results From a Prospective, Controlled US Trial. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(4):859–65. DOI: 10.1038/ajg.2010.55
22. Patel P., Bercik P., Morgan D.G., Bolino C., Pintos-Sanchez M.I., Moayyedi P. et al. Prevalence of organic disease at colonoscopy in patients with symptoms compatible with irritable bowel syndrome: cross-sectional survey. *Scand J Gastroenterol.* 2015;50(7):816–23. DOI: 10.3109/00365521.2015.1007079
23. Yang J.-F., Fox M., Chu H., Zheng X., Long Y.-Q., Pohl D., et al. Four-sample lactose hydrogen breath test for diagnosis of lactose malabsorption in irritable bowel syndrome patients with diarrhea. *World J Gastroenterol.* 2015;21(24):7563–70. DOI: 10.3748/wjg.v21.i24.7563
24. Leeds J.S., Hopper A.D., Sidhu R., Simmonette A., Azadbakht N., Hoggard N., et al. Some patients with irritable bowel syndrome may have exocrine pancreatic insufficiency. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010;8(5):433–8. DOI: 10.1016/j.cgh.2009.09.032
25. Guagnozzi D., Arias ., Lucendo A.J. Systematic review with meta-analysis: diagnostic overlap of microscopic colitis and functional bowel disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016;43(8):851–62. DOI: 10.1111/apt.13573
26. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Галимова С.Ф., Юрманова Е.Н. Микроскопический колит: клинические формы, диагностика, лечение. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2006;16(6):56–60. [Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Shifrin O.S., Galimova S.F., Yurmanova Ye.N. Microscopic colitis: clinical forms, diagnostics, treatment. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2006;16(6):56–60 (In Russ.)].
27. Chachu K.A., Osterman M.T. How to Diagnose and Treat IBD Mimics in the Refractory IBD Patient Who Does Not Have IBD. *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22(5):1262–74. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000726
28. Longstreth G.F., Tieu R.S. Clinically Diagnosed Acute Diverticulitis in Outpatients: Misdiagnosis in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Dig Dis Sci.* 2016;61(2):578–88. DOI: 10.1007/s10620-015-3892-5
29. Cuomo R., Barbara G., Androozzi P., Bassotti G., Casetti T., Grassini M., et al. Symptom patterns can distinguish diverticular disease from irritable bowel syndrome. *Eur J Clin Invest.* 2013;43(11):1147–55. DOI: 10.1111/eci.12152
30. Wu C.Y., Chang W.P., Chang Y.H., Li C.P., Chuang C.M. The risk of irritable bowel syndrome in patients with endometriosis during a 5-year follow-up: a nationwide population-based cohort study. *Int J Colorectal Dis.* 2015;30(7):907–12. DOI: 10.1007/s00384-015-2218-6
31. Mathur R., Ko A., Hwang L.J., Low K., Azziz R., Pimentel M. Polycystic ovary syndrome is associated with an increased prevalence of irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci.* 2010;55(4):1085–9. DOI: 10.1007/s10620-009-0890-5
32. Keller J., Wedel T., Seidl H., Kreis M.E., Andresen V., Preiss J.C., et al. Guideline Irritable Bowel Syndrome: Definition, Pathophysiology, Diagnosis and Therapy. Joint Guideline of the German Society for Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) and the German Society for Neurogastroenterology and Motility (DGNM). *Z Gastroenterol.* 2011;49(3):374–90. DOI: 10.1055/s-0029-1245993
33. Moayyedi P., Quigley E.M., Lacy B.E., Lembo A.J., Saito Y.A., Schiller L.R., et al. The effect of dietary intervention on irritable bowel syndrome: a systematic review. *Clin Transl Gastroenterol.* 2015;6(8):e107. DOI: 10.1038/ctg.2015.21
34. Usai-Satta P., Bellini M., Lai M., Oppia F., Cabras F. Therapeutic Approach for Irritable Bowel Syndrome: Old and New Strategies. *Curr Clin Pharmacol.* 2018;13(3):164–72. DOI: 10.2174/1574884713666180807143606
35. Paduano D., Cingolani A., Tanda E., Usai P. Effect of Three Diets (Low-FODMAP, Gluten-free and Balanced) on Irritable Bowel Syndrome Symptoms and Health-Related Quality of Life. *Nutrients.* 2019;11(7):1566. DOI: 10.3390/nu11071566
36. Johannesson E., Ringström G., Abrahamsson H., Sadik R. Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. *World J Gastroenterol.* 2015;21(2):600–8. DOI: 10.3748/wjg.v21.i2.600
37. Tuck C.J., Taylor K.M., Gibson P.R., Barrett J.S., Muir J.G. Increasing symptoms in irritable bowel symptoms with ingestion of galacto-oligosaccharides are mitigated by α -galactosidase treatment. *Am J Gastroenterol.* 2018;113(1):124–34. DOI: 10.1038/ajg.2017.245
38. Ruepert L., Quartero A.O., Wit de N.J., Heijden van der G.J., Rubin G., Muris J.W. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *The Cochrane Collaboration The Cochrane Library.* 2011;8(8):CD003460. DOI: 10.1002/14651858.CD003460.pub3
39. Ford A.C., Moayyedi P., Lacy B.E., Lembo A.J., Saito Y.A., Schilleret L.R., et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2014;109(1):S2–26. DOI: 10.1038/ajg.2014.187
40. Hou X., Chen S., Zhang Y., Sha W., Yu X., El-sawah H., et al. Quality of life in patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS), assessed using the IBS-Quality of Life (IBS-QOL) measure after 4 and 8 weeks of treatment with mebeverine hydrochloride or pinaverium bromide: results of an international prospective observational cohort study in Poland, Egypt, Mexico and China. *Clin Drug Investig.* 2014;34(11):783–93. DOI: 10.1007/s40261-014-0233-y
41. Boisson J., Coudert P.Y.H., Dupuis J., Laverdant C.H., Toulet J. Tolerance de la mebeverine a long terme. *Act Ther.* 1987;16(4):289–92.
42. Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А. Сравнительная оценка американских, немецких, французских и российских рекомендаций по ведению больных с синдромом раздраженного кишечника. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2016;26(2):43–9. [Sheptulin A.A., Vize-Khripunova M.A. Comparative of relation of American, German, French and Russian guidelines on irritable bowel syndrome management. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2016;26(2):43–9 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-2-43-49

43. *Jailwala J., Imperiale T.F., Kroenke K.* Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med.* 2000;133(2):136–47. DOI: 10.7326/0003-4819-133-2-200007180-00013
44. *Chang F.Y., Lu C.L., Chen C.Y., Luo J.C.* Efficacy of dioctahedral smectite in treating patients of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22 (12):2266–72. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2007.04895.x
45. *Menees S.B., Maneerattannaporn M., Kim H.M., Chey W.D.* The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(1):28–35. DOI: 10.1038/ajg.2011.355
46. *Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Полуэктова Е.А., Кучумова С.Ю.* Сравнительная эффективность композиции *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus rhamnosus* и *Saccharomyces boulardii* в лечении больных с диарейным вариантом синдрома раздраженного кишечника. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2015;25(2):10–21. [*Ivashkin V.T., Drapkina O.M., Sheptulin A.A., Shifrin O.S., Poluektova Ye.A., Kuchumova S.Yu.* Comparative assessment of *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus rhamnosus* and *Saccharomyces boulardii* efficacy at diarrheal variant of irritable bowel syndrome. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2015;25(2):10–21 (In Russ.)].
47. *Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Полуэктова Е.А., Кучумова С.Ю.* Сравнительная эффективность композиции *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus rhamnosus* и прукалоприда в лечении больных с обстипационным вариантом синдрома раздраженного кишечника. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2015;25(3):21–32. [*Ivashkin V. T., Drapkina O. M., Sheptulin A. A., Shifrin O. S., Poluektova Ye. A., Kuchumova S. Yu.* Comparative efficacy of *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus rhamnosus* composition and prucalopride in treatment of constipation variant of irritable bowel syndrome. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2015;25(3):21–32 (In Russ.)].
48. *Ivashkin V., Drapkina O., Poluektova Ye., Kuchumova S., Sheptulin A., Shifrin O.* The Effect of a Multi-strain Probiotic on the Symptoms and Small Intestinal Bacterial Overgrowth in Constipation-predominant Irritable Bowel Syndrome: A Randomized, Simple-blind, Placebo-controlled Trial. *American Journal of Clinical Medicine Research.* 2015;3(2):18–23. DOI: 10.12691/ajcmr-3-2-1
49. *Guarner F., Sanders M.H., Eliakim R., Fedorak R., Garg A., Garisch J., et al.* Probiotics and prebiotics. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines*, 2017.
50. *Ford A.C., Quigley E.M.M., Lacy B.E., Lembo A.J., Saito Y.A., Schiller L.R., et al.* Efficacy of prebiotics, probiotics, and synbiotics in irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2014;109(10):1547–61. DOI: 10.1038/ajg.2014.202
51. *Tiegun B., Guanqun C., Shuo Z.* Therapeutic effects of *Lactobacillus* in treating irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Intern Med.* 2015;54(3):243–9. DOI: 10.2169/INTERNALMEDICINE.54.2710
52. *Skokovic-Sunjic D.* Clinical Guide to Probiotic Products Available in Canada. Indications, Dosage Forms, and Clinical Evidence to Date. 2020 (12th Edition). www.ProbioticChart.ca
53. *Steer T., Carpenter H., Tuohy K., Gibson G.R.* Perspectives on the role of the human gut microbiota and its modulation by pro- and prebiotics. *Nutrition Research Reviews.* 2000;13(2):229–54. DOI: 10.1079/095442200108729089
54. *Urbanska A.M., Bhatena J., Martoni C., Prakash S.* Estimation of the potential antitumor activity of microencapsulated *Lactobacillus acidophilus* yogurt formulation in the attenuation of tumorigenesis in *Apc (Min/+)* mice. *Dig Dis Sci.* 2009;54(2):264–73. DOI: 10.1007/s10620-008-0363-2
55. *Schindlbeck N.E., Müller-Lissner S.A.* Dietary fiber. Indigestible dietary plant constituents and colon function. *Med Monatsschr Pharm.* 1988;11(10):331–6.
56. *Tack J., Müller-Lissner S., Stanghellini V., Boeckxstaens G., Kamm M.A., Simren M., et al.* Diagnosis and treatment of chronic constipation – a European perspective. *Neurogastroenterol Motil.* 2011;23(8):697–710. DOI: 10.1111/j.1365-2982.2011.01709.x
57. *Ивашкин В.Т., Алексеенко С.А., Колесова Т.А., Корочанская Н.В., Полуэктова Е.А., Симаненков В.И. и др.* Резолюция Экспертного совета, посвященного проблемам диагностики и лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2016;26(4):109–10. [*Ivashkin V.T., Alekseyenko S.A., Kolesova T.A., Korochanskaya N.V., Poluektova Ye.A., Simanenkov V.I., et al.* The resolution of Advisory council on diagnostics and treatment of the functional gastrointestinal diseases. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2016;26(4):129–30 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-4-129-130
58. *Miller L.E., Tennilä J., Oweehand A.C.* Efficacy and tolerance of lactitol supplementation for adult constipation: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Gastroenterol.* 2014;7:241–8. DOI: 10.2147/CEG.S58952
59. *Mueller-Lissner S., Kamm M.A., Wald A., Hinkel U., Koehler U., Richter E., et al.* Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(4):897–903. DOI: 10.1038/ajg.2010.41.
60. *Bengtsson M., Ohlsson B.* Psychological well-being and symptoms in women with chronic constipation treated with sodium picosulfate. *Gastroenterol Nurs.* 2005;28(1):3–12. DOI: 10.1097/00001610-200501000-00002
61. *Шептулин А.А.* Прукалоприд в лечении хронических запоров функциональной природы. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2012;22(1):9–13. [*Sheptulin A.A.* Prucalopride in treatment of functional chronic constipation. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2012;22(1):9–13 (In Russ.)].
62. *Sajid M.S., Hebbar M., Baig M.K., Li A., Philipose Z.* Use of Prucalopride for Chronic Constipation: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Randomized, Controlled Trials. *J Neurogastroenterol Motil.* 2016; 22(3):412–22. DOI: 10.5056/jnm16004
63. *Delvaux M., Wingate D.* Trimebutine: mechanism of action, effects on gastrointestinal function and clinical results. *J Int Med Res.* 1997;25(5):225–46. DOI: 10.1177/030006059702500501
64. *Zhong Y.Q., Zhu J., Guo J.-N., Yan R., Li H.-J., Lin Y.-H., et al.* A randomized and case-control clinical study on trimebutine maleate in treating functional dyspepsia coexisting with diarrhea-dominant irritable bowel syndrome. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.* 2007;46(11):899–902.
65. *Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Полуэктова Е.А., Рейхарт Д.В., Белостоцкий А.В., Дроздова А.А., Арнаутов В.С.* Возможности применения Опросника «7×7» (7 симптомов за 7 дней) для оценки динамики симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2016;26(3):24. [*Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Poluektova Ye.A., Reykhart D.V., Belostotsky A.V., Drozdova A.A., Arnautov V.S.* Potential of «7×7» (7 symptoms per 7 days) questionnaire in assessment of symptom dynamics of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2016;26(3):24 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-3-24-33
66. *Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А., Рейхарт Д.В., Шифрин О.С., Бениашвили А.Г., Ляшенко О.С., Белостоцкий А.В.* Эффективность наиболее часто назначаемых групп препаратов у пациентов с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта (синдромом функциональной диспепсии и синдромом

- раздраженного кишечника) (Результаты наблюдательного исследования). Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. 2016;26(4):7–14. [Ivashkin V.T., Poluektova Y.A., Reykhardt D.V., Shifrin O.S., Beniashvili A.G., Lyashenko O.S., Belostotsky A.V. Efficacy of drugs most commonly prescribed at functional gastrointestinal diseases (functional dyspepsia syndrome and irritable bowel syndrome) observational study results. Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol. 2016;26(4):7–14 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-4-14-23
67. *Ottillinger B., Storr M., Malfertheiner P., Allescher H.D.* STW 5 (Iberogast®) – a safe and effective standard in the treatment of functional gastrointestinal disorders. *Wien Med Wochenschr.* 2013;163(3–4):65–72. DOI: 10.1007/s10354-012-0169-x
 68. *Шептулин А.А., Кайбышева В.О.* Эффективность применения растительного препарата STW 5 в многоцелевой терапии функциональной диспепсии. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. 2015;25(5):101–6. [Sheptulin A.A., Kaybysheva V.O. Efficacy of the herbal preparation STW 5 in multi-target therapy of functional dyspepsia. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2015; 25(5):101–6 (In Russ.)].
 69. *Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., Алексеева О.П., Баранская Е.К., Ивашкин К.В. и др.* Резолюция Экспертного совета «Как улучшить результаты лечения больных с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника»? Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. 2016;26(2):101–4. [Ivashkin V.T., Maev I.V., Sheptulin A.A., Alekseyeva O.P., Baranskaya Y.K., Ivashkin K.V., et al. The resolution of Advisory council “How to improve treatment results functional dyspepsia and irritable bowel syndrome”? *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2016;26(2):101–4 (In Russ.)]. DOI: 10.22416/1382-4376-2016-26-2-101-104
 70. *Авалуева Е.Б., Адашева Т.В., Бабаева А.Р., Бурдина Е.Г., Киреева Н.В., Ленская Л.Г. и др.* Эффективность и безопасность применения Колофорта при синдроме раздраженного кишечника: итоги многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного клинического исследования. Гастроэнтерология. 2014;1:36–43. [Avalueva E.B., Adasheva T.V., Babaeva A.R., Burdina E.G., Kireeva N.V., Lenskaya L.G. et al. Kolofort efficacy and safety in irritable bowel syndrome: results of multi-centre double-blinded placebo-controlled randomised clinical trial. *Gastroenterology.* 2014; 1:36–43].
 71. *Маев И.В., Самсонов А.А., Яшина А.В., Казюлин А.Н., Шестаков В.А.* Клиническая эффективность и безопасность схем лечения синдрома раздраженного кишечника (результаты сравнительного исследования). *Consilium medicum,* 2016;18(8):19–26. [Maev I.V., Samsonov A.A., Yashina A.V., Kazyulin A.N., Shestakov V.A. Clinical efficacy and safety of irritable bowel syndrome treatment regimens (comparative trial data). *Consilium Medicum,* 2016; 18(8):19–26].
 72. *Ivashkin V.T., Poluektova E.A., Glazunov A.B., Putilovskiy M.A., Epstein O.I.* Pathogenetic approach to the treatment of functional disorders of the gastrointestinal tract and their intersection: results of the Russian observation retrospective program COMFORT. *BMC Gastroenterology.* 2019;20(1):2. DOI: 10.1186/s12876-019-1143-5
 73. *Xie C., Tang Y., Wang Y., Yu T., Wang Y., Jiang L., Lin L.* Efficacy and Safety of Antidepressants for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Meta-Analysis. *PLoS One.* 2015;10(8):e0127815. eCollection 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0127815
 74. *Bundeff A.W., Woodis C.B.* Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *The Annals of pharmacotherapy.* 2014; 48(6):777–84. DOI: 10.1177/1060028014528151
 75. *Osler W.* The principles and practice of medicine: designed for the use of practitioners and students of medicine. New York: D Appleton and company, 1892.
 76. *Creed F.* Relationship between IBS and psychiatric disorder. *Irritable bowel syndrome.* Ed. M. Camilleri, R. C. Spiller. 2002;45–54.
 77. *Dekel R., Drossman D.A., Sperber A.D.* The use of psychotropic drugs in irritable bowel syndrome. *Expert OpinInvestig Drugs.* 2013;22(3):329–39. DOI: 10.1517/13543784.2013.761205
 78. *Hausteiner-Wiehle C., Henningsen P.* Irritable bowel syndrome: Relations with functional, mental, and somatoform disorders. *World J Gastroenterol.* 2014;20(20):6024–30. DOI: 10.3748/wjg.v20.i20.6024
 79. *Meerveld B.G.-V., Moloney R.D., Johnson A.C., Vicario M.* Mechanisms of stress-induced visceral pain: implications in irritable bowel syndrome. *J Neuroendocrinol.* 2016;28(8). DOI: 10.1111/jne.12361
 80. *Pae C.U., Lee S.J., Han C., Patkar A.A., Masand P.S.* Atypical antipsychotics as a possible treatment option for irritable bowel syndrome. *Expert OpinInvestig Drugs.* 2013;22(5):565–72. DOI: 10.1517/13543784.2013.782392
 81. *Annaházi A., Róka R., Rosztóczy A., Wittmann T.* Role of antispasmodics in the treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2014;20(20):6031–43. DOI: 10.3748/wjg.v20.i20.6031

Сведения об авторах

Ивашкин Владимир Трофимович — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет).
 Контактная информация: ivashkin_v_t@staff.sechenov.ru; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6815-6015>

Маев Игорь Вениаминович — доктор медицинских наук, академик РАН, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова».
 Контактная информация: igormaev@rambler.ru; 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1.

Vladimir T. Ivashkin — Dr. Sci. (Med.), Prof., Full Member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Chair of Internal Disease Propaedeutics Gastroenterology and Hepatology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).
 Contact information: ivashkin_v_t@staff.sechenov.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6815-6015>

Igor V. Maev — Dr. Sci. (Med.), Full Member of the Russian Academy of Sciences, Prof., Head of the Chair of Internal Disease Propaedeutics and Gastroenterology, Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry.
 Contact information: igormaev@rambler.ru; 127473, Moscow, Delegatskaya str., 20, bld. 1.

Шельгин Юрий Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, научный руководитель ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих».

Контактная информация: info@gnck.ru; 123423;

123423, г. Москва, ул. Салыма Адилы, д. 2.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8480-9362>

Баранская Елена Константиновна — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет).

Контактная информация: ebaranskaya@yandex.ru;

119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9971-8295>

Белоус София Сергеевна — кандидат медицинских наук, врач-гастроэнтеролог ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих».

Контактная информация: 123423, г. Москва, ул. Салыма Адилы, д. 2.

Белоусова Елена Александровна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой гастроэнтерологии факультета усовершенствования врачей МОНКИ им. М.Ф. Владимирского.

Контактная информация: 129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 1.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0212-2442>

Бениашвили Алан Герович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории психофармакологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Контактная информация: beniashvilia@yandex.ru;

115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34.

Васильев Сергей Васильевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель Санкт-Петербургского центра колопроктологии, заведующий кафедрой хирургических болезней с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова».

Контактная информация: 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8.

Веселов Алексей Викторович — кандидат медицинских наук, руководитель отдела развития колопроктологической службы РФ ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих».

Контактная информация: 123423, г. Москва, ул. Салыма Адилы, д. 2.

Григорьев Евгений Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Российской академии наук, научный руководитель Иркутского научного центра хирургии и травматологии; главный хирург Министерства здравоохранения Российской Федерации в Сибирском федеральном округе; заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсом нейрохирургии лечебного факультета Иркутского государственного медицинского университета.

Контактная информация: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1.

Костенко Николай Владимирович — доктор медицинских наук, доцент, заместитель главного врача по хирургической помощи ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет», заведующий кафедрой хирургических болезней последипломного образования с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет».

Контактная информация: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121.

Yuriy A. Shelygin — Dr. Sci. (Med.), Prof., Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Scientific Advisor, Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology.

Contact information: info@gnck.ru; 123423, Moscow, Salyama Adilya str., 2.

ORCID: 0000-0002-8480-9362

Elena K. Baranskaya — Dr. Sci. (Med.), Prof., Chair of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

Contact information: ebaranskaya@yandex.ru;

119435, Moscow, Pogodinskaya str. 1, bld. 1.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9971-8295>

Sofiya S. Belous — Cand. Sci. (Med.), Physician (gastroenterology), Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology.

Contact information: 123423, Moscow, Salyama Adilya str., 2.

Elena A. Belousova — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of the Chair of Gastroenterology, School of Continuing Medical Education, Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute.

Contact information: 129110, Moscow, Shchepkina str., 61/2, bld. 1.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0212-2442>

Alan G. Beniashvili — Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher, Laboratory of Psychopharmacology, Mental Health Research Centre.

Contact information: beniashvilia@yandex.ru;

115522, Moscow, Kashirskoye shosse, 34.

Sergey V. Vasilyev — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of Saint-Petersburg Centre for Coloproctology; Head of the Chair of Surgical Diseases with course of coloproctology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University.

Contact information: 197022, St. Petersburg, Lva Tolstogo str., 6–8.

Aleksey V. Veselov — Cand. Sci. (Med.), Head of Coloproctology Service Development Office, Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology.

Contact information: 123423, Moscow, Salyama Adilya str., 2.

Evgeniy G. Grigoryev — Dr. Sci. (Med.), Prof., Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Scientific Advisor, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology; Chief Surgeon of the Siberian Federal District, Ministry of Health of Russia; Head of the Chair of Hospital Surgery with course of neurosurgery, Faculty of Medicine, Irkutsk State Medical University.

Contact information: 664003, Irkutsk, Krasnogo Vosstaniya str., 1.

Nikolay V. Kostenko — Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Excellence Worker of Public Health, Deputy Chief Physician for Surgical Aid, Aleksandro-Mariinskaya Regional Clinical Hospital; Head of the Chair of Surgical Diseases with course of coloproctology, Astrakhan State Medical University.

Contact information: 414000, Astrakhan, Bakinskaya str., 121.

Кашников Владимир Николаевич — доктор медицинских наук, заместитель директора по научно-лечебной работе ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих».

Контактная информация: info@gnck.ru;
123423, г. Москва, ул. Салыма Адилы, д. 2.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5385-7898>

Куликовский Владимир Федорович — доктор медицинских наук, профессор, директор Медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»; руководитель Белгородского межрегионального колопроктологического центра (на базе специализированного колопроктологического отделения Белгородской областной клинической больницы Святого Иоасафа).

Лоранская Ирина Дмитриевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой гастроэнтерологии и декан терапевтического факультета ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования».

Контактная информация: 123242, г. Москва, Баррикадная ул., д. 2/1, корп. 1.

Ляшенко Ольга Сергеевна — врач гастроэнтеролог ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет).

Контактная информация: lyashenko_o_s@staff.sechenov.ru;
119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7330-6268>

Полужтова Елена Александровна* — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет).

Контактная информация: poluektova_e_a@staff.sechenov.ru;
119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1312-120X>

Румянцев Виталий Григорьевич — доктор медицинских наук, профессор, главный врач медицинского центра «Он-клиник на Красной Пресне».

Контактная информация: 123022, г. Москва, ул. Трехгорный Вал, д. 12, стр. 2.

Тимербулатов Виль Мамилович — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Российской академии наук, заведующий кафедрой хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий Института последипломного образования ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет».

Контактная информация: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3.

Фоменко Оксана Юрьевна — доктор медицинских наук, руководитель лаборатории клинической патофизиологии ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих».

Контактная информация: fov@gnck.ru;
123423, г. Москва, ул. Салыма Адилы, д. 2.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9603-6988>

Хубезов Дмитрий Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии с курсом эндохирургии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова».

Контактная информация: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольная, д. 9.

Vladimir N. Kashnikov — Dr. Sci. (Med.), Deputy Director for Science and Medicine, Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology.

Contact information: info@gnck.ru;
123423, Moscow, Salyama Adilya str., 2.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5385-7898>

Vladimir F. Kulikovskiy — Dr. Sci. (Med.), Prof., Director, Belgorod National Research University Medical Institute; Head of Belgorod Interregional Coloproctology Centre (based on Coloproctology Specialty Unit, Saint Ioasaph Belgorod Regional Clinical Hospital).

Irina D. Loranskaya — Dr. Sci. (Med.), Prof., Dean, Head of the Chair of Gastroenterology, Faculty of Therapy, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education.

Contact information: 123242, Moscow, Barrikadnaya str., 2/1c1.

Olga S. Lyashenko — Physician (gastroenterology), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

Contact information: lyashenko_o_s@staff.sechenov.ru;
119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7330-6268>

Elena A. Poluektova* — Dr. Sci. (Med.), Prof., Chair of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

Contact information: poluektova_e_a@staff.sechenov.ru;
119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1312-120X>

Vitaliy G. Rumyantsev — Dr. Sci. (Med.), Prof., Chief Physician, On-Clinic LLC (Krasnaya Presnya Branch).

Contact information:
123022, Moscow, Trekhgorniy Val str., 12, bld. 2.

Vil M. Timerbulatov — Dr. Sci. (Med.), Prof., Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Chair of Surgery with courses of endoscopy and hospital-replacing technologies, School of Postgraduate Education, Bashkir State Medical University.

Contact information: 450008, Republic of Bashkortostan, Ufa, Lenin str., 3.

Oksana Yu. Fomenko — Dr. Sci. (Med.), Head of the Laboratory of Clinical Pathophysiology, Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology.

Contact information: fov@gnck.ru;
123423, Moscow, Salyama Adilya str., 2.
ORCID: 0000-0001-9603-6988

Dmitriy A. Khubezov — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of the Chair of Surgery with course of endosurgery, School of Supplementary Vocational Training, Ryazan State Medical University named after Acad. I.P. Pavlov.

Contact information: 390026, Ryazan, Vysokovoltynaya str., 9.

Чашкова Елена Юрьевна — кандидат медицинских наук, заведующая лабораторией реконструктивной хирургии Научного отдела клинической хирургии ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии».
Контактная информация: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1.

Чибисов Геннадий Иванович — кандидат медицинских наук, заведующий колопроктологическим отделением ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница», Контактная информация: 248007, г. Калуга, ул. Вишневого, д. 1.

Шапина Марина Владимировна — кандидат медицинских наук, руководитель отделения гастроэнтерологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих».
Контактная информация: 123423, г. Москва, ул. Саляма Адила, д. 2.

Шептулин Аркадий Александрович — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет).
Контактная информация sheptulin_a_a@staff.sechenov.ru; 119435, Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1395-9566>

Шифрин Олег Самуилович — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет).
Контактная информация: shifrin_o_s@staff.sechenov.ru; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8148-2862>

Трухманов Александр Сергеевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет).
Контактная информация: alexander.trukhmanov@gmail.com; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3362-2968>

Алексеева Ольга Поликарповна — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии и общей врачебной практики им. В.Г. Вогралака ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет».
Контактная информация: al_op@mail.ru; 603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1475-6584>

Алексеев Сергей Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет»; руководитель Клиники внутренних болезней Дорожной клинической больницы на ст. Хабаровск-1 Дальневосточной железной дороги.
Контактная информация: sa.alexeeenko@gmail.com; 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 35.

Барановский Андрей Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель научно-клинического и образовательного центра гастроэнтерологии и гепатологии Института высоких медицинских технологий ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет».
Контактная информация: baranovsky46@mail.ru; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9.

Elena Yu. Chashkova — Cand. Sci. (Med.), Head of the Laboratory of Reconstructive Surgery, Research Department of Clinical Surgery, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology.
Contact information: 664003, Irkutsk, Krasnogo Vosstaniya str., 1.

Gennadiy I. Chibisov — Cand. Sci. (Med.), Head of Coloproctology Unit, Kaluga Regional Clinical Hospital.
Contact information: 248007, Kaluga, Vishnevskogo str., 1.

Marina V. Shapina — Cand. Sci. (Med.), Head of the Department of Gastroenterology, Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology.
Contact information: 123423, Moscow, Salyama Adilya str., 2.

Arkadiy A. Sheptulin — Dr. Sci. (Med.), Prof., Chair of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).
Contact information: sheptulin_a_a@staff.sechenov.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1395-9566>

Oleg S. Shifrin — Dr. Sci. (Med.), Prof., Chair of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).
Contact information: shifrin_o_s@staff.sechenov.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8148-2862>

Aleksandr S. Trukhmanov — Dr. Sci. (Med.), Prof., Department of Internal Disease Propaedeutics, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University.
Contact information: alexander.trukhmanov@gmail.com; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3362-2968>

Olga P. Alekseeva — Dr. Sci. (Med.), Prof., Chair of Hospital Therapy and General Practice named after V.G. Vogralik, Privolzhsky Research Medical University.
Contact information: al_op@mail.ru; 603005, Nizhny Novgorod, Minina i Pozharskogo sq., 10/1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1475-6584>

Sergey A. Alekseenko — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of the Chair of Hospital Therapy, Far-Eastern State Medical University; Head of the Clinic of Internal Medicine, Khabarovsk-1 Railway Clinical Hospital, Far-Eastern Railways.
Contact information: sa.alexeeenko@gmail.com; 680000, Khabarovsk, Muravyova-Amurskogo str., 35.

Andrey Yu. Baranovsky — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of Scientific and Clinical Education Centre for Gastroenterology and Hepatology, Institute of High Medical Technologies, Saint-Petersburg State University.
Contact information: baranovsky46@mail.ru; 199034, St. Petersburg, Universitetskaya emb., 7/9.
199034, Saint Petersburg, Universitetskaya embankment, 7/9.

Зольникова Оксана Юрьевна — доктор медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).
Контактная информация: ks.med@mail.ru;
119991, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6701-789X>

Корочанская Наталья Всеволодовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии № 3 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»; руководитель гастроэнтерологического центра ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».
Контактная информация: nvk-gastro@mail.ru;
350063, г. Краснодар, ул. Митрофана Седина, д. 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5538-9419>

Маммаев Сулейман Нураттинович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 1, ректор ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет».
Контактная информация: hepar-sul-dag@mail.ru,
367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина, д. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8898-8831>

Хлынов Игорь Борисович — доктор медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии и гериатрии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет».
Контактная информация: hlinov.doc@yandex.ru;
620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0944-9811>

Цуканов Владислав Владимирович — профессор, доктор медицинских наук, заведующий Клиническим отделением патологии пищеварительной системы у взрослых и детей ФБГНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук», обособленное подразделение НИИ медицинских проблем Севера.
Контактная информация: gastro@impn.ru;
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3г.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9980-2294>

Oxana Yu. Zolnikova — Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Chair of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).
Contact information: ks.med@mail.ru;
119991, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6701-789X>

Natalia V. Korochanskaya — Dr. Sci. (Med.), Prof., Chair of Surgery No. 3, Kuban State Medical University; Head of Centre for Gastroenterology, Territorial Clinical Hospital No. 2.
Contact information: nvk-gastro@mail.ru;
350063, Krasnodar, Mitrofana Sedina str., 4.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5538-9419>

Suleyman N. Mammayev — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of Chair of Hospital Therapy No. 1; Rector, Dagestan State Medical University.
Contact information: hepar-sul-dag@mail.ru;
367000, Republic of Dagestan, Makhachkala, Lenina sq., 1.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8898-8831>

Igor B. Khlynov — Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Chair of Intermediate Therapy and Geriatrics, Ural State Medical University. Contact information: hlinov.doc@yandex.ru;
620028, Ekaterinburg, Repina str., 3.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0944-9811>

Vladislav V. Tsukanov — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of the Clinical Department of Adult and Infant Digestive Pathology, Research Institute for Medical Problems in the North — Division of Krasnoyarsk Scientific Centre of the Siberian Branch of the RAS.
Contact information: gastro@impn.ru;
660022, Krasnoyarsk, Partizana Zheleznyaka str., 3Г.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9980-2294>

Поступила: 29.08.2021 Принята: 03.09.2021 Опубликовано: 15.11.2021
Submitted: 29.08.2021 Accepted: 03.09.2021 Published: 15.11.2021