

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№
	Введен в действие	<i>дата</i>
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Синдром раздраженного кишечника» Коды МКБ (K58.0, K58.1, K58.2, K58.3, K58.9, K58.8) Возрастная группа-взрослые Год утверждения=2021 г.</i>	

Утверждено приказом № __
 От «__» ____ 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность</i>			
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно- поликлинической работе	Адилханов Б.Г.		
	И.о.Заместителя главного врача по хирургической работе	Абдулаев Ш.А.		
	И.о заведующего экспертным отделом	Алибекова А.М.		
2021 г.				

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

1.1 Этиология и патогенез заболевания Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника изучены недостаточно. В качестве одного из предполагаемых звеньев патогенеза рассматривается нарушение строения и функции слизисто-эпителиального барьера ЖКТ, причиной которых служит полиморфизм генов, ответственных за синтез его различных компонентов, перенесенные острые кишечные инфекции, антибиотикотерапия, изменения в составе микробиоты, психоэмоциональный стресс и особенности рациона. Изменение микробиоты в сочетании с нарушением функции слизисто-эпителиального барьера приводит к формированию воспалительных изменений в кишечной стенке. Хроническое воспаление нарушает механизм висцеральной чувствительности, что приводит к гиперактивации высших нервных центров (в первую очередь, лимбической системы) с усилением эфферентной иннервации кишечника. Это, в свою очередь, приводит к возникновению спазма гладкой кишечной мускулатуры и формированию симптомов заболевания. Сопутствующие эмоциональные нарушения (тревожность, депрессия, соматизация) способствуют формированию "порочного круга", при котором болевой акцентуируется на соматических симптомах, что еще в большей степени усиливает их.

1.2 Классификация заболевания

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

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

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

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

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

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

1.3 Клиническая картина заболевания Жалобы, предъявляемые больными СРК, условно можно разделить на три группы:

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

Наличие симптомов, относящихся к другим отделам ЖКТ, а также негастроэнтерологических симптомов делает диагноз функционального расстройства более вероятным. Кроме того, у больных СРК следует оценить наличие эмоциональных нарушений, таких как тревожное, депрессивное или ипохондрическое расстройство.

Кишечные симптомы при СРК имеют ряд особенностей.

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

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

- Диарея возникает обычно утром, после завтрака, частота стула колеблется от 2-х до 4-х и более раз за короткий промежуток времени, часто сопровождается императивными позывами и чувством неполного опорожнения кишечника. Нередко при первом акте дефекации стул более плотный, чем при последующих, когда 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.

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.

2. Диагностика заболевания. Диагноз СРК устанавливается при соответствии жалоб пациента Римским критериям IV, исключении органических заболеваний ЖКТ и отсутствии "симптомов тревоги". Согласно Римским критериям IV, синдром раздраженного кишечника (СРК) определяется как функциональное заболевание кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более):

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

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

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

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

Жалобы и анамнез:

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

Непосредственное обследование:

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

Лабораторные показатели:

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

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

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

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

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.)
- Рекомендуется пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания определение содержания антител к тканевой трансглутаминазе в крови (АТ к tTG) IgA или, при селективном иммунодефиците IgA, IgG для исключения целиакии
- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на СРК исследование кала на скрытую кровь для исключения органических заболеваний
- Рекомендуется пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания проведение исследования кала с целью исключения инфекционной природы заболевания
- 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
- Рекомендуется пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания исследование уровня кальпротектина в кале для исключения воспалительных заболеваний кишечника

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

- Рекомендуется пациентам с подозрением на СРК проведение эзофагогастродуоденоскопии для исключения органических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- 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
- Рекомендуется всем пациентам с СРК проведение илеоколоноскопии с биопсией терминального отдела тонкой и толстой кишки для исключения органических заболеваний

2.5 Дополнительные методы исследования:

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

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.

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:

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

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

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

- Рекомендуется пациентам с СРК при недостаточной эффективности диеты назначение альфа-галактозидазы.

3.3 Медикаментозное лечение

- Пациентам с СРК при наличии жалоб на боли в животе рекомендуется назначение спазмолитиков для купирования болевого синдрома

При сравнении препаратов высокая эффективность была отмечена при применении гиосцина бутилбромида и пинаверия бромида (NNT = 3) ; кроме того, по данным отдельных исследований назначение некоторых спазмолитиков (например, мебеверина**), наряду с уменьшением боли в животе приводит к достоверному улучшению качества жизни пациентов с различными вариантами СРК. Также мебеверин** обладает высоким профилем безопасности и хорошо переносится при длительном применении.

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

- Пациентам с СРК с диареей рекомендуется назначение смектита диоктаэдрического** для купирования диареи

- Пациентам с СРК с диареей рекомендуется назначение рифаксимины для купирования диареи

- 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

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

- Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого для лечения

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 A (по данным AGG), до категории B (по данным ASCRS).

С учетом значительного вклада в регуляцию моторики ЖКТ микробиоты кишечника, способствующей формированию каловых масс и выработке различных метаболитов, в первую очередь, короткоцепочных жирных кислот (КЦЖК), возможно назначение препаратов с комплексным механизмом действия, - оказывающих нормализующее

влияние как моторику ЖКТ, так и на состав и функции кишечной микробиоты (например, лактитола)

- Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение контактных слабительных для лечения запоров

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 B, по данным ASCRS - C, что, вероятно, связано с возможностью возникновения боли на фоне приема стимулирующих слабительных

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

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

Так, для лечения абдоминальной боли и нарушений стула у пациентов, страдающих СРК, с успехом применяются синтетические холиноблокаторы - эфиры с третичной аминогруппой, нормализующие двигательную активность кишечника, и, кроме того, повышающие порог болевой чувствительности за счет воздействия на глутаматные рецепторы синапсов задних рогов спинного мозга. Препарат данной группы - тримебутин - безопасен при длительным применением, а также эффективен для лечения сочетанных функциональных заболеваний (в частности, при сочетании синдрома функциональной диспепсии и СРК. Уровень доказательности эффективности применения тримебутина соответствует 2 категории, уровень практических рекомендаций - категории B.

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 x 7", 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.

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

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

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

Специфические меры реабилитации пациентов с СРК отсутствуют.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме является:

1) необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара; 2) наличие показаний к специализированному лечению СРК, требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара. 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Критерии качества оказания медицинской помощи.

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (наименование)			
Мероприятия	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
Диагностика			Клинические рекомендации 2021
1.			
2.			
3.			
Лечение			
1.			КР 2021
2.			
3.			
4.			

X. Информация для пациента (кратко о заболевании). Это расстройство работы кишечника и дискомфорт в животе во время дефекации. Сам по себе синдром – это не болезнь, а скорее набор симптомов, которые часто

возникают по неизвестной причине. К сожалению, такое расстройство может значительно снизить качество жизни человека, заставляя его пребывать в неудобном состоянии: нарушается пищеварение, ухудшаются обменные процессы в организме, снижается насыщение организма человека питательными веществами. Синдром раздраженного кишечника – очень частое явление среди людей возрастом от 25 до 40 лет. Статистика показывает, что хотя бы один раз в жизни каждый третий человек испытывал на себе неприятные симптомы синдрома раздраженного кишечника. Заниматься самолечением в данном случае может быть весьма опасно для здоровья. Дело в том, что синдром лечится комплексно и под пристальным вниманием лечащего врача. Последствием самолечения может стать кишечная непроходимость и многочисленные хронические заболевания ЖКТ. С первыми признаками синдрома раздраженного кишечника стоит обратиться к терапевту, который направит к более узкому специалисту – гастроэнтерологу. Диагноз обычно выставляется только после исключения опухолей, воспалительных изменений в кишечнике. В кишечнике происходит процесс переваривания пищи и получение питательных веществ организмом. Когда пища поступает в кишечник, она продвигается вдоль кишечника. Этот процесс продвижения достигается за счет работы гладкомышечных клеток в составе стенок кишечника. Клетки попеременно сокращаются и расслабляются. Но при появлении СРК (синдрома раздраженного кишечника) работа клеток нарушается. Пища начинает проходить по кишечнику либо слишком быстро, либо слишком медленно. В результате появляются дискомфортные ощущения и запоры или диарея. Симптомы синдрома раздраженного кишечника

- тошнота и наличие рвотного рефлекса;
- метеоризм с обильным выделением газов;
- боли или спазмы в животе;
- постоянное вздутие живота;
- нарушения стула – запоры или понос;
- рези внизу живота;
- нарушение сна;
- усиленное сердцебиение;
- повышенная усталость;
- длгое переваривание пищи;
- появление слизи в кале;
- ложные позывы к дефекации;
- потеря аппетита.

Также заболевание часто сопровождается симптомами, на первый взгляд, не характерными для кишечных патологий: головные боли, неприятные ощущения в области позвоночника и в мышцах, потеря веса и отеки живота. Все эти симптомы не постоянны, они могут исчезать, а с истечением времени снова появляться. Неприятные ощущения чаще всего появляются после каждого приема пищи, а затем становятся менее выраженными.

XI. Алгоритмы действий врача (схема):

Алгоритм диагностики СРК

Врач общей практики определяет необходимые исследования для конкретного пациента



Лист ознакомления с Приказом № _____ от «___» _____ 2021

«О внедрении клинических рекомендаций, утвержденных министерством здравоохранения Российской Федерации в ГБУ РД «Городская клиническая больница»»

№ ФИО
п/п

должность, структурное подразделение
подразделение

подпись
дата

