



Т. А. Соломенцева

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», Харьков

Синдром раздраженного кишечника. Трудности в диагностике и лечении

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — распространенное расстройство желудочно-кишечного тракта. В последние годы толчком к изучению заболевания стали новые данные о кишечной микрофлоре, генетических полиморфизмах, воспалении, связанных с возникновением симптомов СРК. Критерии для диагностики СРК устарели и нуждаются в пересмотре. В настоящее время обсуждаются новые рекомендации по диагностике СРК, которые планируют принять в 2016 г. как Римские критерии IV. В обзоре освещены проблемы диагностики и лечения СРК. Проведен анализ разных групп лекарственных средств для лечения этой болезни. Доказано, что СРК — тяжелая болезнь, которая требует индивидуального подхода к лечению больных.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, висцеральная чувствительность, микробиота, пробиотики, спазмолитики, рифаксимин.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — глобальная проблема здравоохранения. Хотя данное заболевание изучается более ста лет, оно остается нерешенной клинической задачей. Предложены разные механизмы и теории развития заболевания, которые иногда изменялись на противоположные. В последние годы появились новые данные о кишечной микрофлоре, генетических полиморфизмах, связанных с возникновением симптомов СРК.

Несмотря на активное изучение в последние годы, мы мало продвинулись в понимании всех механизмов развития СРК, и эффективность его лечения остается низкой. В связи с появлением новых фактов о развитии заболевания диагностика СРК требует усовершенствования. На сегодняшний день нет патогномоничных лабораторных и гистологических биомаркеров, подтверждающих диагноз СРК. Диагностика заболевания основана исключительно на клинических симптомах, которые не имеют четкой интерпретации и могут трактоваться по-разному, что затрудняет диагностику. Ведущие эксперты в области изучения СРК считают, что критерии для диагностики СРК устарели и нуждаются в пересмотре. В настоящее время обсуждаются новые рекомендации по диагностике

СРК, которые планируют принять в 2016 г. как Римские критерии IV.

Распространенность СРК варьирует в разных странах в зависимости от особенностей образа жизни, питания, а также критериев, используемых для диагностики [22]. По данным статистики, каждый десятый житель планеты страдает СРК. С каждым годом количество больных увеличивается. Врачи разных специальностей, которые связаны с ведением больных с СРК, знают, какая это трудная группа пациентов для лечения.

На сегодняшний день причина возникновения симптомов СРК не установлена. Больные отмечают разные события, которые могут стать пусковым фактором в развитии заболевания. Большинство пациентов связывают ухудшение состояния с психоэмоциональным стрессом, физическим переутомлением, нарушением режима питания, употреблением определенных продуктов [26]. У женщин провоцировать симптомы СРК может изменение гормонального фона. Сдвиг нейрогуморальной регуляции моторики кишки, нарушение висцеральной чувствительности, генетические факторы, изменение микробиоценоза кишки, иммунные нарушения рассматриваются как механизмы, влияющие на патогенез СРК. Ведущие специалисты в области изучения данной проблемы отдают предпочтение биопсихосоциальной модели СРК [5].

СРК — функциональное заболевание. При большой вариабельности клиники и часто достаточно интенсивных субъективных симптомах объективных данных, подтверждающих повреждение кишечника или других органов, не обнаруживают. При продолжительном рецидивирующем течении заболевания органические изменения органов и тканей не наблюдаются. Длительное наблюдение за пациентами с СРК показало, что частота возникновения повреждений органов и развития осложнений желудочно-кишечного тракта была сопоставима с таковой у здоровых лиц [28].

Что это значит? Если заболевание не прогрессирует, не развиваются осложнения, приводящие к инвалидизации и фатальным последствиям, то может быть не нужно его лечить? Однако необходимо посмотреть на проблему СРК с другой стороны.

Люди, подверженные упомянутой патологии, — это лица молодого трудоспособного возраста (средний возраст — 30–40 лет). Течение заболевания имеет затяжной характер, симптомы постоянно рецидивируют. Многообразные яркие клинические проявления заставляют и пациентов, и врачей исключать морфологические изменения органов. С этой целью больные подвергаются многочисленным лабораторным и инструментальным исследованиям, в том числе инвазивным и дорогостоящим. Возникновение резкой внезапной абдоминальной боли, которая может наблюдаться у больных с СРК, нередко заставляет их обращаться в хирургические клиники и подвергаться необоснованным оперативным вмешательствам [1].

Рецидив симптомов, отсутствие быстрого и стойкого эффекта от назначенного лечения являются поводом для обращения к врачам разных специальностей. Частое обращение за медицинской помощью, рецидивы боли и метеоризма, других симптомов заболевания изматывают больного и приводят к резкому ухудшению качества жизни. Несмотря на функциональный характер заболевания, качество жизни пациентов с СРК более низкое по сравнению с больными с другими хроническими заболеваниями [2].

До постановки точного диагноза СРК проходит, как правило, длительный период времени. При первом обращении пациента за медицинской помощью обилие жалоб требует от врача исключения органической патологии. Назначают комплексное обследование, которое может занять определенное время, больные часто консультируются с врачами смежных специальностей. Проведя обследование больного и убедившись, что забо-

левание носит функциональный характер, врач «теряет интерес» к данному пациенту, полагая, что его болезнь не прогрессирует и не вызывает осложнений, а потому не требует серьезного лечения и наблюдения за динамикой симптомов. При повторном обращении врач зачастую недостаточно внимателен к жалобам больного, не придает значения отсутствию положительной динамики в состоянии пациента. К сожалению, многие врачи руководствуются принципом «нет органической патологии — нет болезни», не относятся серьезно к жалобам пациента, не обращают внимания на то, что клинические симптомы не позволяют больному полноценно жить и работать. Нередко больному с функциональной патологией необоснованно устанавливают разные диагнозы и назначают неправильное лечение, которое не приводит к улучшению состояния больного, симптомы заболевания продолжают рецидивировать.

Больной с диагнозом СРК — это пациент, прошедший многие клиники, многочисленные, часто инвазивные, виды обследования, принимавший большое количество лекарственных препаратов и другие виды лечения и неудовлетворенный результатами терапии. Неудовлетворенность лечением заставляет больного менять врачей, которые назначают новые виды обследований, что в свою очередь приводит к назначению новых видов лечения, которое также может оказаться неэффективным. Новая терапия связана с материальными затратами, побочными эффектами, не всегда оказывает быстрое действие, что важно для данной категории пациентов, которые уже не верят в лечение. Разочарование в лечении, плохое физическое самочувствие часто приводят к депрессиям, раздражительности, что усугубляет течение заболевания. В поисках облегчения больные ищут новые клиники и новых врачей, настаивают на проведении новых дополнительных обследований, готовы принимать любые виды лечения, в том числе нетрадиционные. Поэтому для успеха лечения очень важен хороший контакт и взаимопонимание между врачом и пациентом уже с первых дней наблюдения. Квалифицированный врач не пренебрегает психосоматическими аспектами в общении с больными с СРК, уделяет достаточное количество времени для беседы с пациентом и объяснения особенностей его заболевания. Это позволяет больному лучше понять суть своего заболевания и быть активным участником процесса лечения, реже обращаться с повторными визитами по поводу обострения заболевания.

Как правильно выбрать стратегию терапии такой сложной категории больных? Что лечить у больных с СРК?

Несмотря на длительное изучение разных аспектов СРК, на сегодняшний день точно не известны этиологические факторы, приводящие к развитию заболевания, нет четкого представления о механизмах развития боли и диспепсических расстройств при данной патологии. Именно по этой причине не существует надежной этиопатогенетической терапии, все средства для лечения СРК являются симптоматическими. Не понятно, какие факторы могут привести к новому обострению симптомов и рецидиву заболевания, по этой причине невозможно проводить надежные профилактические мероприятия.

Симптоматический подход к лечению подразумевает назначение лекарственных средств для устранения конкретного симптома заболевания. При огромном разнообразии жалоб, предъявляемых больными с СРК, какой симптом лечить конкретно? Как правильно подобрать препарат, специфичный для конкретного больного?

Существуют диагностические критерии для постановки диагноза СРК, принятые в 2006 г., так называемые Римские критерии III. Однако как уже упоминалось, эти критерии основаны на клинических симптомах, которые не являются специфичными для СРК и могут наблюдаться при других заболеваниях. Многочисленные жалобы у больных с СРК могут быть переменными и индивидуальными, характерно большое количество и разнообразие «внекишечных» проявлений, которые не учитываются Римским консенсусом. Такая переменность клинической картины затрудняет диагностику и ограничивает точность постановки диагноза СРК.

Наиболее частая причина обращения больных с СРК за медицинской помощью — абдоминальная боль [6]. Боль может иметь разную локализацию, без четкой связи с приемом пищи, варьировать по интенсивности от неопределенного дискомфорта до сильных приступов схваткообразной, пекущей боли, которая требует исключения хирургической острой патологии. Боль беспокоит больного не только из-за болезненных ощущений, но и как возможное проявление тяжелого заболевания. Недостаточный медикаментозный контроль за купированием абдоминальной боли может вызвать тревожные расстройства у больных с функциональными заболеваниями, привести к развитию канцерофобии [15].

Основной причиной возникновения абдоминальной боли у больных с СРК является повышение висцеральной чувствительности кишки. В отличие от здоровых лиц больные с СРК воспринимают обычные периферические раздражители, обусловленные физиологической перистальтикой

кишечника, как болевые ощущения. У больных с СРК наблюдается увеличение чувствительности кишечных рецепторов к повышению давления в кишке, растяжению кишечной стенки. Большинство пациентов с СРК реагируют возникновением боли на менее интенсивные раздражители по сравнению со здоровыми лицами [4]. Другой причиной появления абдоминальной боли у данной группы больных являются расстройства моторики толстой кишки. Метеоризм служит дополнительным фактором, который провоцирует болевые ощущения в кишечнике при СРК.

Нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника при СРК приводит к изменению пропульсивной активности кишки, замедлению или ускорению транзита кишечного содержимого, что вызывает расстройство стула. Клинически это проявляется появлением диареи или запоров. На основании преобладающего варианта дефекации традиционно определяют форму СРК. Однако у большинства больных СРК, как правило, не бывает стойких запоров или поносов, стул обычно неустойчивый: наблюдается чередование диареи с задержкой стула. Запоры могут сменяться диарей в течение короткого промежутка времени, что затрудняет назначение медикаментозной терапии [3].

Метеоризм — еще один мучительный симптом, который ухудшает качество жизни пациентов СРК и заставляет обращаться за медицинской помощью. Аномальное скопление газа в кишечнике может быть причиной клинических симптомов, возникающих у больных СРК. Проведенные исследования по изучению состава кишечного газа у больных с СРК дали противоречивые результаты. В более ранних работах не обнаружили аномальное накопление газа в кишечнике или изменение его состава у больных СРК с проявлением метеоризма. В последнее время, в связи с активным изучением кишечной микрофлоры при СРК, появляются данные о том, что нарушение кишечной микробиоты приводит к образованию патологических газов в кишечнике у больных с СРК [13]. Тем не менее не обнаружено ни клинических симптомов, ни особенностей микрофлоры, которые бы четко коррелировали с аномальным накоплением газа в кишечнике. Это означает, что, помимо патологического газообразования в кишечнике, другие факторы могут быть ответственны за вздутие живота. В качестве одной из причин рассматривают висцеральную гиперчувствительность и задержку транзита по кишке [29].

Главными задачами лечения больных с СРК является купирование клинических симптомов, уменьшение частоты рецидивов заболевания,

улучшение качества жизни пациентов [10]. Индивидуальный подход к лечению пациентов — залог успеха терапии этой трудной категории больных. Важен выбор не только эффективного, но и безопасного средства, так как больные с СРК лечатся длительный период.

Анализ литературных источников в базах PubMed, Cochrane, Embase за 2000—2016 гг. выявил использование большого количества разных групп лекарственных препаратов для лечения СРК. Несмотря на обширную доступную литературу, количество четко спланированных рандомизированных контролируемых исследований невелико.

Традиционная фармакотерапия СРК включает использование пищевых волокон, спазмолитических средств, антидепрессантов, антидиарейных и слабительных препаратов, препаратов, регулирующих моторику кишки. По данным метаанализа диетических рекомендаций, пищевые волокна и спазмолитические средства — наиболее часто предписываемые для лечения СРК в Европе. В соответствии с основными клиническими симптомами для лечения СРК применяют препараты для регуляции моторики кишки, слабительные и антидиарейные средства [9]. Арсенал препаратов разных фармакологических групп для лечения СРК ограничен или побочными явлениями, или недостаточным опытом применения в клинике. Например, широкое применение препаратов с антихолинергическим действием ограничено большим количеством нежелательных эффектов.

В отношении новых препаратов, регулирующих моторику кишки, таких как антагонисты 5-гидрокситриптамина-3, активаторы хлорных каналов, не накоплено достаточного количества данных об их эффективности и безопасности, проводятся клинические исследования, что ограничивает их широкое применение для лечения больных с СРК [8]. Прием слабительных при СРК ограничен «привыканием» и необходимостью повышения дозы препаратов, поэтому их назначают на непродолжительный период, что не решает радикально проблему пациента и способствует рецидивированию симптомов.

Для лечения СРК разрабатывают новые препараты, которые на начальных этапах клинических исследований показывают хороший результат, однако профиль безопасности не позволяет их использовать для длительного лечения. Относительно новый препарат для лечения СРК — антагонист рецепторов серотонина 5-го типа — алосетрон — замедляет транзит по кишечнику, уменьшает спастический тонус ободочной кишки, снижает висцеральную чувствительность. В

последние годы его использовали в США, но во время клинических исследований были выявлены выраженные побочные эффекты, наиболее грозным из которых было развитие ишемического колита и тяжелых запоров. В связи с этим препарат не был разрешен к применению в Великобритании. Проблемы безопасности и наличие выраженных побочных эффектов привели к уходу с рынка такого препарата как цисаприд.

Среди активных средств для лечения СРК используют пробиотики [14]. Данную группу препаратов применяют для лечения СРК в течение длительного времени. Однако ранее их назначали в качестве дополнительных средств в комплексной терапии СРК. В настоящее время назначение пробиотиков является патогенетически обоснованным [18].

Молочнокислые бактерии чаще всего используют в составе пробиотических препаратов. Пробиотики, содержащие разные виды бифидобактерий, энтерококки и стрептококки, также широко используют в клинических испытаниях. Анализ клинических исследований по применению пробиотиков при СРК позволяет сделать вывод о благоприятном воздействии на течение и клинические проявления СРК [11]. Однако учитывая сложные механизмы развития СРК, неоднородность групп пациентов, включенных в исследования, отсутствие четких и воспроизводимых доказательств изменений кишечной флоры, для окончательной оценки эффективности пробиотиков при СРК требуются дополнительные исследования.

Изменение состава микрофлоры кишечника все чаще рассматривают как важный патогенетический фактор развития и поддержания симптомов СРК [12]. Это дает основание для применения антибиотиков в качестве средства для лечения этого многофакторного заболевания. Тем не менее следует четко определить показания для назначения антибиотиков при СРК. В качестве суррогатного маркера синдрома избыточного бактериального роста при СРК можно использовать водородный дыхательный тест, однако следует помнить, что он имеет достаточно низкую чувствительность и специфичность.

Антибиотики относительно недавно стали применять для лечения СРК. Первым антибиотиком, исследованным в клиническом испытании, был неомицин, который не адсорбируется в кишечнике. Показано улучшение клинических симптомов при СРК, однако повторное применение неомицина снижало клиническую эффективность, что, вероятно, связано с развитием резистентности бактерий к данному препарату.

Другие антибиотики широкого спектра действия, в частности тетрациклин, амоксициллин, клавуланат, метронидазол и фторхинолоны, подавляющие бактериальный рост в кишечнике, вызывают сомнение в эффективности лечения СРК. Нецелесообразность применения препаратов данной группы у больных СРК связана с развитием местных и системных побочных эффектов, поэтому их использование у пациентов с СРК не рекомендуется.

Полусинтетический антибиотик рифаксимин практически не имеет системной абсорбции и показал высокую эффективность в купировании симптомов СРК. Препарат характеризуется высоким профилем безопасности, практически не вызывает развития резистентности при длительном применении. Клинические исследования TARGET-1 и TARGET-2, включавшие в общей сложности 1260 пациентов, которые принимали рифаксимин в течение 4 нед, показали облегчение клинических симптомов у больных с СРК по сравнению с плацебо [21], тогда как частота побочных эффектов была сходной. Последующие исследования подтвердили положительное влияние рифаксимины на купирование боли и вздутие живота у больных с СРК. Кроме того, подтвердились хорошая переносимость и профиль безопасности рифаксимины по сравнению с плацебо [25]. На сегодняшний день рифаксимин — это единственный антибиотик, применение которого оправдано в лечении СРК.

Фекальная трансплантация кишечной микрофлоры — интересная стратегия, предложенная для широкого спектра заболеваний [16], в том числе для рецидивирующей инфекции *Clostridium difficile*, устойчивой к обычным антибиотикам, хронического запора, СРК и др. Ряд небольших исследований трансплантации фекальной микрофлоры при разных заболеваниях показали обнадеживающие результаты по использованию данного метода лечения, в том числе при СРК. Недавно было показано, что чувствительность к растяжению ободочной кишки у пациентов с СРК снижается после трансплантации фекальной микробиоты [23]. Данная стратегия терапии может иметь хорошие перспективы для лечения СРК, так как это недорогой и простой в исполнении метод лечения. Однако необходимы стандартизованные контролируемые исследования, чтобы определить показания и противопоказания для применения этого метода для лечения СРК, разработать приемлемый способ введения микробиоты для донора.

У части пациентов с СРК нарушения в психоэмоциональной сфере требуют постоянного

применения антидепрессантов и других видов психотерапевтического лечения [17]. Прием данной группы препаратов улучшает психоэмоциональное состояние больных, снимает напряжение, улучшает сон [20]. Однако у части пациентов препараты данной группы вызывают побочные эффекты, например, дневную сонливость, нарушение концентрации внимания, вялость. Это затрудняет их повседневную деятельность, мешает выполнять профессиональные обязанности, работу по дому, ограничивает возможность управления автомобилем, что резко снижает приверженность к лечению и приводит к рецидиву симптомов. Частота прекращения лечения антидепрессантами по причине побочных эффектов составляет 50 % [19].

С учетом патогенетических звеньев развития СРК становится очевидным, что препараты спазмолитического действия должны существенно облегчать состояние больных с разными вариантами функциональных заболеваний кишечника [24]. Боль — главный симптом СРК, который является наиболее существенным проявлением, нарушающим качество жизни пациентов. Купирование боли у большинства пациентов способствует уменьшению выраженности диареи, запоров, вздутия живота [7]. Патогенетически обоснованным является применение спазмолитических препаратов разных групп. Метаанализ рандомизированных двойных слепых контролируемых исследований показал, что для купирования боли при СРК спазмолитики являются наиболее эффективными средствами [27].

Больные с СРК — это хронические больные с постоянно рецидивирующими симптомами, которые часто и длительно вынуждены принимать лекарственные препараты, поэтому безопасность лекарственного средства стоит на первом месте.

СРК — многофакторное заболевание, развивающееся на фоне биопсихосоциальной дисфункции, характеризующееся нарушением кишечной моторики, аномальной секрецией воды в кишечнике, висцеральной гиперчувствительностью, нарушением проницаемости слизистой оболочки кишки, дисфункцией оси мозг — кишечник, генетическими аномалиями, нарушением микрофлоры кишечника и иммунной системы, психологическими расстройствами и т. д. Очевидно, что диагностика и лечение такой патологии являются трудными задачами, требуют междисциплинарного подхода, использования препаратов с разными механизмами действия, адекватных психотерапевтических мер, индивидуального контроля за динамикой симптомов, тесного взаимодействия между врачом и пациентом.

Список литературы

- Allescher H.D., Storr M. Irritable bowel syndrome a rhinitis of the gut? // *Gastroenterology*. — 2011.
- Andrae D.A., Patrick D.L., Drossman D.A., Covington P.S. Evaluation of the irritable bowel syndrome quality of life (IBS-QOL) questionnaire in diarrheal-predominant irritable bowel syndrome patients // *Health Qual. Life Outcomes*. — 2013. — Vol. 13. — P. 208.
- Bratten J.R., Spanier J., Jones M.P. Lactulose breath testing does not discriminate patients with irritable bowel syndrome from healthy controls // *Am. J. Gastroenterol.* — 2008. — Vol. 103. — P. 958.
- Camilleri M., Lasch K., Zhou W. Irritable bowel syndrome: methods, mechanisms, and pathophysiology. The confluence of increased permeability, inflammation, and pain in irritable bowel syndrome // *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol.* — 2012. — Vol. 303. — P. G775–G785.
- Chang J.Y., Talley N.J. An update on irritable bowel syndrome: from diagnosis to emerging therapies // *Curr Opin Gastroenterol.* — 2011. — Vol. 27. — P. 72–78.
- Cremon C., Carini G., Wang B. et al. Intestinal serotonin release, sensory neuron activation, and abdominal pain in irritable bowel syndrome // *Am. J. Gastroenterol.* — 2011. — Vol. 106. — P. 1290–1298.
- Darvish-Damavandi M., Nikfar S., Abdollahi M. A systematic review of efficacy and tolerability of mebeverine in irritable bowel syndrome // *World J. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 16 (5). — P. 547–553.
- Drossman D.A., Chey W.D., Johanson J.F. et al. Clinical trial: lubiprostone in patients with constipation-associated irritable bowel syndrome — results of two randomized, placebo-controlled studies // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2009. — Vol. 29. — P. 329.
- El-Salhy M., Gundersen D., Hatlebakk J.G., Hausken T. Irritable bowel syndrome: diagnosis, pathogenesis and treatment options. — New York: Nova Science Publishers, 2012.
- El-Salhy M., Hatlebakk J.G., Gilja O.H., Hausken T. Irritable bowel syndrome: recent developments in diagnosis, pathophysiology, and treatment // *Exp. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* — 2014. — N 8. — P. 435–443.
- Guglielmetti S., Mora D., Gschwender M., Popp K. Randomised clinical trial: Bifidobacterium bifidum MIMBb75 significantly alleviates irritable bowel syndrome and improves quality of life — a double-blind, placebo-controlled study // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2011. — Vol. 33. — P. 1123–1132.
- Halmos E.P., Christophersen C.T., Bird A.R. et al. Diets that differ in their FODMAP content alter the colonic luminal micro-environment // *Gut*. — 2015. — Vol. 64. — P. 93–100.
- He Q., Wang L., Wang F., Li Q. Role of gut microbiota in a zebrafish model with chemically induced enterocolitis involving toll-like receptor signaling pathways // *Zebrafish*. — 2014. — N 11. — P. 255–264.
- Hungin A.P., Mulligan C., Pot B. et al. Systematic review: probiotics in the management of lower gastrointestinal symptoms in clinical practice — an evidence-based international guide // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2013. — Vol. 38. — P. 864–886.
- Jemal A., Siegel R., Ward E. et al. Cancer statistics // *CA Cancer J. Clin.* — 2007. — Vol. 57. — P. 43–66.
- Konturek P.C., Haziri D., Brzozowski T. et al. Emerging role of fecal microbiota therapy in the treatment of gastrointestinal and extra-gastrointestinal diseases // *J. Physiol Pharmacol.* — 2015. — Vol. 66. — P. 483–491.
- Li N., Zhang Q.W., Liu D. Clinical efficacy observation of the treatment on diarrhea-predominant irritable bowel syndrome by the combination of psychotherapy and Tongxieyao-fang // *Liaoning Zhongyiyao Daxue Xuebao*. — 2012. — Vol. 14. — P. 172–174.
- Lorenzo-Zúñiga V., Llop E., Suárez C. et al. I.31, a new combination of probiotics, improves irritable bowel syndrome-related quality of life // *World J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 20. — P. 8709–8716.
- Moss-Morris R., McAlpine L., Didsbury L.P. et al. A randomized controlled trial of a cognitive behavioural therapy-based self-management intervention for irritable bowel syndrome in primary care // *Psychol. Med.* — 2010. — Vol. 40 (1). — P. 85–94.
- Naguib I.A., Abdelkawy M. Development and validation of stability indicating HPLC and HPTLC methods for determination of sulphuride and mebeverine hydrochloride in combination // *Eur. J. Med. Chem.* — 2010. — Vol. 45 (9). — P. 3719–3725.
- Pimentel M., Lembo A., Chey W.D. et al. Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation // *N. Engl. J. Med.* — 2011. — Vol. 364. — P. 22–32.
- Pimentel M., Talley N.J., Quigley E.M. et al. Report from the multinational irritable bowel syndrome initiative 2012 // *Gastroenterology*. — 2013. — Vol. 144. — P. e1–e5.
- Pinn D.M., Aroniadis O.C., Brandt L.J. Is fecal microbiota transplantation (FMT) an effective treatment for patients with functional gastrointestinal disorders (FGID)? // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2015. — Vol. 27. — P. 19–29.
- Reme S.E., Kennedy T., Jones R. et al. Predictors of treatment outcome after cognitive behavior therapy and antispasmodic treatment for patients with irritable bowel syndrome in primary care // *J. Psychosom. Res.* — 2010. — Vol. 68 (4). — P. 385–388.
- Schoenfeld P., Pimentel M., Chang L. et al. Safety and tolerability of rifaximin for the treatment of irritable bowel syndrome without constipation: a pooled analysis of randomised, double-blind, placebo-controlled trials // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2014. — Vol. 39. — P. 1161–1168.
- Shepherd S.J., Parker F.C., Muir J.G. et al. Dietary triggers of abdominal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: randomized placebo-controlled evidence // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2008. — N 6. — P. 765–771.
- Soares R.L. Irritable bowel syndrome: a clinical review // *World J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 20. — P. 12144–12160.
- Spiller R., Thompson W. Rome Foundation Diagnostic Algorithms // *Am. J. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 105. — P. 775–785.
- Stabell N., Stubhaug A., Flægstad T., Nielsen C.S. Increased pain sensitivity among adults reporting irritable bowel syndrome symptoms in a large population-based study // *Pain*. — 2013. — Vol. 154. — P. 385–392.

Т. А. Соломенцева

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», Харків

Синдром подразненого кишечника. Труднощі в діагностиці та лікуванні

Синдром подразненого кишечника (СПК) — поширений розлад шлунково-кишкового тракту. Останніми роками поштовх до вивчення захворювання дали нові дані про кишкову мікрофлору, генетичний поліморфізм, запалення, пов'язані з виникненням симптомів СПК. Критерії для діагностики СПК застарі-

ли і потребують перегляду. Нині обговорюються нові рекомендації з діагностики СПК, які планують прийняти в 2016 р. як Римські критерії IV. В огляді висвітлено проблеми діагностики та лікування СПК. Проведено аналіз різних груп лікарських засобів для лікування цього захворювання. Доведено, що СПК — тяжке захворювання, яке потребує індивідуального підходу до лікування хворих.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, вісцеральна чутливість, мікробіота, пробіотики, спазмолітики, рифаксимін.

T. A. Solomentseva

SI «L. T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine», Kharkiv

Irritable bowel syndrome: the difficulties in diagnosis and treatment

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a common disorder of the gastrointestinal tract. In recent years, the new data on the intestinal microflora, genetic polymorphisms, inflammation associated with the occurrence of IBS symptoms, gave an impetus to the disease investigation. Criteria for the IBS diagnosis seems to be outdated and require revision. The new recommendations for the IBS diagnosis are currently under discussion and are planned to be adopted in 2016 as the Rome criteria IV. This review highlights problems of diagnosis and treatment of this disease. The analysis of the various groups of drugs to treat the disease has been performed. It has been proved that IBS is a serious illness, which requires an individual approach to the patients' treatment.

Key words: Irritable bowel syndrome, visceral sensitivity, microbiota, probiotics, antispasmodics, rifaximin.

Контактна інформація

Соломенцева Тетяна Анатоліївна, к. мед. н., ст. наук. співр.
61039, м. Харків, просп. Любові Малої, 2а
Тел.: (57) 373-90-01, 777-56-77. E-mail: info@therapy.gov.ua

Стаття надійшла до редакції 24 березня 2016 р.