

# Сравнительная оценка американских, немецких, французских и российских рекомендаций по ведению больных с синдромом раздраженного кишечника

А.А. Шептулин<sup>1</sup>, М.А. Визе-Хрипунова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup> Кафедра госпитальной терапии ГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет» Минздрава РФ, Ульяновск, Российская Федерация

## Comparative of relation of American, German, French and Russian guidelines on irritable bowel syndrome management

A.A. Sheptulin<sup>1</sup>, M. A. Vize-Khripunova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup> Chair of internal diseases, hospital course, State educational state-funded institution of higher professional education «Ulyanovsk state university», Ministry of healthcare Russian Federation, Ulyanovsk, Russian Federation

**Цель обзора.** Сравнить американские, немецкие, французские и российские рекомендации по ведению больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

**Основные положения.** Согласно американским и французским рекомендациям, диагноз СРК следует ставить, ориентируясь главным образом на соответствие клинических симптомов Римским критериям СРК, тогда как в немецких и российских рекомендациях эти симптомы называют неспецифичными и рассматривают диагноз СРК как диагноз исключения, который может быть поставлен только после тщательного обследования больных.

При определении подходов к лечению американские рекомендации не включают в себя общие мероприятия, считают малоэффективными коррекцию диеты, а также такие препараты, как спазмолитики, полиэтиленгликоль, пробиотики. Напротив, немецкие, французские и российские рекомендации уделяют общим мероприятиям и диетическим

**Aim of review.** To compare the American, German, French and Russian guidelines on irritable bowel syndrome (IBS) management.

**Summary.** According to the American and French guidelines, the diagnosis of IBS should be made mainly according to compliance of clinical symptoms to Rome criteria of IBS, whereas German and Russian guidelines determine these symptoms as nonspecific and consider the diagnosis of IBS as the diagnosis of exclusion which can be made only after careful investigation of patients.

At definition of treatment approaches the American guidelines do not include general actions, consider dietic modifications as insufficiently effective as well as with such drugs as antispasmodics, polyethyleneglycol and probiotics. On the contrary, the German, French and Russian guidelines pay special attention to general recommendations and dietary modification and consider above-mentioned pharmaceuticals as quite effective.

**Conclusion.** Presented guidelines are similar to each other in respect of their plot; however significantly

Шептулин Аркадий Александрович — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». Контактная информация: arkalshep@gmail.com; 119991, Москва, ул. Погодинская, д.1, стр.1. Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Sheptulin Arkady A. — MD, PhD, professor, Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, «Sechenov First Moscow state medical university». Contact information: arkalshep@gmail.com; 119991, Moscow, Pogodinskaya str., 1, bld. 1. Vasilenko Clinic of Internal Diseases Propedeutics, Gastroenterology and Hepatology, Sechenov First Moscow state medical university

аспектам лечения очень большое внимание и считают названные лекарственные средства достаточно эффективными.

**Заключение.** Представленные рекомендации сходны друг с другом в плане их построения, однако существенно различаются в подходах к диагностике СРК и оценке эффективности ряда лекарственных препаратов.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, диагностика, лечение.

Актуальность проблемы *синдрома раздраженного кишечника* (СРК) обуславливается прежде всего его широкой распространенностью среди населения, нередко допускаемыми ошибками в диагностике данного заболевания, а также недостаточной эффективностью его лечения. Все это определило тот интерес, который вызвало к себе появление в последние годы в разных странах (США, Германия, Франция и Россия) клинических рекомендаций по ведению больных с СРК. Мы решили сравнить указанные рекомендации между собой с целью выявления сходства и различий между ними в подходах к диагностике СРК и оценке эффективности лекарственных препаратов, применяющихся при его лечении.

Были проанализированы следующие рекомендации: «Систематический, основанный на доказательствах обзор по ведению больных синдромом раздраженного кишечника рабочей группы по СРК Американского колледжа гастроэнтерологов» (An evidence-Based Systematic Review of the Management of Irritable Bowel Syndrome American College of Gastroenterology Task Force on IBS, 2009) [2], «Рекомендации Американского колледжа гастроэнтерологов по ведению больных с синдромом раздраженного кишечника и хроническими идиопатическими запорами» (American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation, 2014) [3], «Объединенные рекомендации по синдрому раздраженного кишечника (определение, патофизиология, диагностика и лечение)» Немецкого общества по заболеваниям пищеварительной системы и обмена веществ и Немецкого общества по нейрогастроэнтерологии и моторике (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, 2011) [4], «Практические рекомендации по лечению синдрома раздраженного кишечника (СРК)» Национального французского общества гастроэнтерологов (Prise en charge du Syndrome de l'Intestin Irritable (SIL).

differ in diagnostic approach to IBS and assessment of efficacy of series of drugs.

**Key words:** irritable bowel syndrome, diagnosis, treatment.

Conseil de pratique. Société Nationale Française de Gastroentérologie) (2013) [6] и «Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника» (2014) [1].

Мы сравнили между собой приведенные национальные рекомендации по трем позициям: отношение к правильности определения СРК, данного в Римских критериях СРК III пересмотра, трактовка критериев постановки диагноза СРК и оценка эффективности лекарственных препаратов, применяющихся при его лечении.

Как известно, последними Римскими критериями **СРК определяется** как комплекс функциональных расстройств, включающий в себя боли или ощущение дискомфорта в животе, которые уменьшаются после акта дефекации и сочетаются с изменениями частоты и консистенции стула. Данный диагноз предполагает отсутствие органических заболеваний, способных объяснить указанные клинические симптомы. При этом жалобы должны отмечаться не менее 3 дней в месяц в течение последних 3 месяцев при их общей продолжительности не менее 6 месяцев [5].

По рекомендациям Американского колледжа гастроэнтерологов необходимо упростить это определение и сделать его «дружественным для клиницистов» («clinician friendly»). Авторами предлагается собственное определение, согласно которому под СРК понимается «заболевание, характеризующееся болями или ощущением дискомфорта в животе, связанными с нарушением функции кишечника, продолжающимися свыше 3 месяцев». Не трудно заметить, что в результате такого упрощения исчезает важнейший признак СРК («боли уменьшаются после акта дефекации»), а продолжительность жалоб, требуемая для постановки диагноза, сокращается с 6 до 3 месяцев. На наш взгляд, подобная корректировка расширит круг больных, которым будет ставиться диагноз СРК, и, как следствие, приведет к увеличению числа пациентов, в действительности его не имеющих.

Первое знакомство с оценкой существующей трактовки СРК, данной в немецких рекоменда-

ях, вызывает в памяти эпизод известного фильма, где герой одной из новелл, надев пиджак с чужого плеча, восклицает: «Широко!» и получает в ответ реплику: «Где же широко? Тогда уж, скорее, узко!». Согласно немецким рекомендациям, необходимо расширить определение СРК и включить в него все симптомы, имеющиеся у больных, которые могут выходить на первый план в клинической картине заболевания (в частности, метеоризм и чувство распирания в животе).

Однако гораздо важнее, что авторы немецких рекомендаций подвергают жесткой критике определение СРК в Римских критериях III, по существу, называя эти критерии «нереалистичными и не применимыми на практике» (unrealistic and impracticable). По их мнению, оно имеет «принципиальные недостатки» (fundamental weakness), ориентировано на постановку диагноза СРК только на основании оценки клинических симптомов и не предполагает диагноза исключения. На самом деле, как подчеркивается немецкими исследователями, клиническая картина СРК является неспецифичной и может встречаться при самых разных заболеваниях.

Указанное замечание делается и авторами российских рекомендаций (с той лишь разницей, что оно приводится не в разделе «Определение», а в разделе, посвященном постановке диагноза СРК). Что же касается дефиниции СРК в Римских критериях III, то в российских рекомендациях дается лишь примечание, в котором обращается внимание на возможность разной трактовки больными СРК понятий «диарея» и «запор» и соответственно на необходимость более частого использования в процессе сбора анамнеза Бристольской шкалы консистенции кала.

Рекомендации Национального французского общества гастроэнтерологов дают определение СРК в соответствии с Римским критериям III без каких-либо изменений и дополнений.

В опубликованных рекомендациях по-разному трактуются **критерии постановки диагноза СРК**. Так, в рекомендациях Американского колледжа гастроэнтерологов упор делается на обнаружение «симптомов тревоги» (лихорадка, кровь в испражнениях, первое возникновение клинических симптомов в пожилом возрасте, а также прерывание ночного сна в результате их появления, немотивированное похудание, анемия, увеличение СОЭ и др.). При этом отсутствие «симптомов тревоги», как подчеркивается в рекомендациях, «должно убедить врача, что диагноз СРК правильный». При отсутствии «симптомов тревоги» и соответствии клинической картины заболевания Римским критериям III больным, по мнению авторов, не требуется проведение лабораторного и инструментального обследования (в частности, выполнение колоноскопии, если пациент моложе 50 лет). Опасность такого подхода очевидна.

Несомненное удешевление обследования больных будет сопровождаться повышением вероятности диагностических ошибок. Недостатком этой части американских рекомендаций является также отсутствие раздела дифференциального диагноза.

В немецких рекомендациях роль «симптомов тревоги» в постановке диагноза СРК оценивается очень неоднозначно. Их специфичность, как полагают авторы, является очень высокой, однако чувствительность остается крайне низкой. Другими словами, наличие «симптомов тревоги», действительно, исключает диагноз СРК, но их отсутствие отнюдь не подтверждает его. Можно полностью согласиться с этим замечанием: многие органические (в том числе онкологические) заболевания протекают на ранних стадиях без каких-либо «симптомов тревоги», а их появление свидетельствует нередко о той стадии, когда при оценке прогноза, как говорится, «поезд уже ушел».

Немецкие рекомендации считают необходимым обязательно исключать при постановке диагноза СРК следующие заболевания: бактериальные и паразитарные инфекции (в первую очередь, *Clostridium difficile*-ассоциированную болезнь), язвенный колит и болезнь Крона, микроскопический (коллагеновый и лимфоцитарный) колит, хронический панкреатит, нейроэндокринные опухоли, дисахаридазную недостаточность, целиакию, синдром избыточного бактериального роста, дивертикулярную болезнь кишечника, гипер- и гипотиреоз.

Особое внимание уделяется в этом разделе колоректальному раку и раку яичника. По данным авторов немецких рекомендаций, частота выявления колоректального рака в течение первого года после постановки диагноза СРК в 16 раз превышает таковую у лиц, не имеющих указанных клинических симптомов. Это свидетельствует о том, что у целого ряда больных начальные симптомы колоректального рака были ошибочно расценены как проявления СРК. У 50% женщин с начальными стадиями рака яичника первые клинические симптомы неотличимы от таковых при СРК.

По мнению авторов немецких рекомендаций, для исключения при постановке диагноза СРК широкого круга заболеваний требуется проведение тщательного лабораторного и инструментального обследования, включающего полный клинический и биохимический анализы крови, микробиологические исследования кала, исследование токсинов А и В *Clostridium difficile*, определение уровня эластазы-I и кальпротектина в кале, исследование серологических маркеров целиакии, уровня тиреотропного гормона, проведение ультразвукового исследования и колоноскопии с прицельной биопсией. Все женщины с подозрением на СРК должны быть проконсультированы гинекологом с проведением при необходимости дополнительного обследования.

В российских рекомендациях также подчеркивается, что клинические симптомы СРК не специфичны и что отказ от ультразвукового исследования органов брюшной полости и проведения колоноскопии при наличии СРК-подобных симптомов чреват серьезными диагностическими ошибками и риском несвоевременного распознавания хронических воспалительных заболеваний кишечника и колоректального рака. Что же касается перечня диагностических мероприятий и круга дифференциально-диагностического поиска, то они аналогичны таковым в немецких рекомендациях.

Французские рекомендации, как и американские, рассматривают диагноз СРК главным образом как диагноз, который должен ставиться на основании оценки клинических симптомов и исключения «симптомов тревоги», однако при диарейном варианте СРК предполагают проведение колоноскопии с биопсией слизистой различных отделов толстой кишки для исключения микроскопического колита, а также ряда лабораторных исследований (определение уровня тиреотропного гормона, антител к тканевой трансглутаминазе, С-реактивного белка).

Наиболее сложным оказалось **сопоставление оценок эффективности применения тех или иных лекарственных средств** в различных рекомендациях. Это объясняется неодинаковыми подходами к доказательности эффективности препаратов, различиями в количестве степеней доказательности (от 3 до 5) и способах ее обозначения (цифровые, буквенные). Поэтому мы решили выбрать усредненный способ оценки, который мог бы подойти для всех рекомендаций.

Проведенная оценка эффективности лекарственных средств и методов лечения СРК включала в себя, в первую очередь, такой параметр, как степень рекомендации (strength), которая могла быть сильной (strong), умеренной (moderate) и слабой (weak). Сильная степень рекомендации подразумевала, что данный препарат (метод лечения) безусловно следует назначать и что польза от его применения значительно превышает риск возникновения побочных эффектов. Умеренная степень говорила о потенциальной возможности назначения препарата, который может оказаться эффективным в определенных случаях. Наконец, слабая степень рекомендации свидетельствовала о том, что данный препарат назначать скорее всего не стоит и что риск от его применения превышает предполагаемую пользу.

Помимо степени рекомендации оценка эффективности включала также уровень доказательности (quality of evidence), который мог быть высоким (high), умеренным (moderate) и низким (low). Высокий уровень доказательности предполагал ее подтверждение систематическими обзорами и *рандомизированными контролируемые исследованиями* (РКИ) высокого качества. Умеренная

степень доказательности означала, что эффективность подтверждена исследованиями, выполненными по методу «случай—контроль», а также РКИ невысокого уровня. Низкий уровень доказательности свидетельствовал о том, что вывод об эффективности основывается на мнениях экспертов, лабораторных исследованиях и физиологических моделях. Доказательность эффективности тех или иных препаратов приведена во всех рекомендациях, кроме французских.

Как известно, лечение при СРК предполагает прежде всего *установление правильных взаимоотношений между врачом и пациентом (patient-physician relationship)*. В немецких рекомендациях этот аспект рассматривается как основа лечения больных с СРК (степень рекомендации — сильная, уровень доказательности — высокий). Российские и французские рекомендации также включают в себя положение о важности указанного компонента терапии, правда, без оценок ее эффективности. В американских рекомендациях данный раздел полностью отсутствует: это является тем более удивительным, что все его основные положения были разработаны как раз американским психиатром Д. Дроссманом (D. Drossman).

Важное место в лечении СРК всегда занимала *диетотерапия*. Возможность улучшения течения болезни при применении специальных диет оценивается в американских рекомендациях весьма скептически (степень рекомендации — слабая, уровень доказательности — низкий). Напротив, немецкие рекомендации считают необходимым выявлять у больного непереносимость определенных пищевых продуктов и при наличии таковой соответствующим образом корректировать диету (степень рекомендации — умеренная; уровень доказательности — умеренный). В российских рекомендациях также очень подробно излагаются основные подходы к диетическому питанию пациентов с СРК, хотя конкретных оценок его эффективности не приводится. Французские рекомендации указывают на возможность применения диет с временным исключением тех или иных продуктов (преимущественно содержащих лактозу), однако считают эффективность некоторых популярных диет (аглютеновой, FUDMAPs) недостаточно доказанной.

В настоящее время резко возрос интерес к применению *пробиотиков* при лечении СРК. В американских рекомендациях указывается на то, что пробиотики как класс лекарственных средств могут уменьшить выраженность клинических симптомов СРК (в частности, метеоризма), однако противоречивость результатов, касающихся применения отдельных препаратов, делает степень рекомендаций — слабой, а уровень доказательности — низким. В немецких рекомендациях, наоборот, роль пробиотиков (бифидобактерий,

лактобактерий и др.) оценивается очень высоко, при этом целесообразным считается подбор конкретных пробиотиков с учетом варианта течения болезни (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — высокий). В российских рекомендациях пробиотики (к примеру, комбинированные, содержащие различные штаммы бифидобактерий и лактобактерии) также рассматриваются как неотъемлемая часть лечения больных с различными вариантами СРК (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — умеренный). Во французских рекомендациях пробиотики указываются как препараты второй линии.

Как известно, основной группой лекарственных средств, используемых для купирования болей у пациентов с СРК, являются *спазмолитики*. В американских рекомендациях отмечается, что определенные спазмолитики при СРК могут оказывать кратковременный положительный эффект, который, однако, может сопровождаться при применении гиосцина бутилбромидом антихолинергическими побочными реакциями. В целом, эффективность этих препаратов оценивается в американских рекомендациях невысоко (степень рекомендации — слабая, уровень доказательности — низкий). В немецких же рекомендациях подчеркивается, что спазмолитики должны применяться (should be carried out) для купирования болей при СРК (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — высокий). В российских рекомендациях спазмолитики также рассматриваются как эффективные препараты для устранения болей (степень рекомендации — сильная, уровень доказательности — высокий). Французские рекомендации считают спазмолитики в таких случаях препаратами первого ряда.

Эффективность других лекарственных средств оценивается во всех рекомендациях с учетом варианта течения заболевания. В качестве препаратов, применяющихся при **диарейном варианте СРК**, называют лоперамида гидрохлорид, алосетрон, рифаксимин.

Несмотря на выраженное антидиарейное действие *лоперамида гидрохлорида* американские рекомендации рассматривают эффективность его применения при диарейном варианте СРК как недостаточно подтвержденную (степень рекомендации — слабая, уровень доказательности — низкий). Напротив, немецкие рекомендации считают назначение данного препарата таким большим оправданным (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — высокий). В российских рекомендациях эффективность лоперамида гидрохлорида в случаях сочетания болей и диареи характеризуется как невысокая (степень рекомендации — слабая, уровень доказательности — умеренный).

Антагонист 5-НТ<sub>3</sub>-рецепторов *алосетрон* приводится только в американских рекомендациях. Он позиционируется как препарат для лечения женщин с резистентными формами диарейного варианта СРК, причем его применение с учетом возможных побочных эффектов (запоры, риск развития ишемического колита) считается возможным лишь в рамках специальной программы мониторинга безопасности. В немецких, французских и российских рекомендациях алосетрон не рассматривается, поскольку этот препарат в европейских странах не лицензирован.

Что касается малоабсорбируемого антибиотика *рифаксими́на*, то американские рекомендации считают возможным его назначение при диарейном варианте СРК (степень рекомендаций — слабая, уровень доказательности — умеренный). В немецких рекомендациях использование рифаксими́на расценивается как малоэффективное, однако допускается в случаях сочетания диареи и метеоризма (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — высокий). В российских рекомендациях назначение рифаксими́на больным с диарейным вариантом СРК считается целесообразным (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — высокий).

При лечении **СРК с преобладанием запоров** оценивалась эффективность применения псиллиума, слабительных средств и прукалоприда.

Назначение *псиллиума*, представляющего собой пустые клеточные оболочки растения *Plantago ovata*, было признано целесообразным во всех рекомендациях, причем степень рекомендации была расценена как слабая — в американских и умеренная — в немецких и российских, уровень доказательности был определен как умеренный во всех трех документах.

Из большого перечня слабительных препаратов в исследуемых работах рассматривался только *полиэтиленгликоль*. Правда, в американских рекомендациях была подчеркнута лишь его способность увеличивать частоту стула при отсутствии влияния на боли (степень рекомендации — слабая, уровень доказательности — низкий). В немецких и российских рекомендациях назначение полиэтиленгликоля (макроголя) при лечении обстипационного варианта СРК было признано оправданным (степень рекомендации — умеренная в обоих документах, степень доказательности — соответственно умеренная и высокая).

Что касается других слабительных (лактолоза, стимулирующие слабительные), то они были представлены только в российских рекомендациях. В немецких рекомендациях сделана оговорка, что применение лактулозы и стимулирующих слабительных при обстипационном варианте СРК нежелательно из-за возможности усиления болей и метеоризма и допускается в исключительных случаях.

Неоднозначно оценивается и целесообразность применения агониста 5-HT<sub>4</sub>-рецепторов *прукалоприда*. В американских рекомендациях указывается, что этот препарат (лицензированный в Канаде и европейских странах) хорошо зарекомендовал себя при лечении функциональных запоров, но нет данных о его эффективности при обстипационном варианте СРК. По этой же причине прукалоприд отсутствует и в российских рекомендациях. В немецких рекомендациях, несмотря на отсутствие сведений об эффективности этого препарата при лечении СРК с запорами, назначение его таким пациентам считается возможным (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — умеренный).

Во всех рекомендациях оценивается эффективность применения *трициклических антидепрессантов* (ТЦА) и *селективных ингибиторов обратного захвата серотонина* (СИОЗС), а также *психотерапевтических методов* при разных вариантах СРК.

Как отмечается в американских рекомендациях, ТЦА и СИОЗС эффективны в устранении болей и других симптомов СРК, однако побочные реакции (головокружение и сухость во рту), а также негативное отношение к этим препаратам пациентов и врачей сдерживают их использование (степень рекомендации — слабая, уровень доказательности — высокий).

В немецких рекомендациях указывается, что ТЦА могут применяться при наличии депрессии и тревоги у больных с диарейным вариантом СРК, причем их лучше назначать в меньших дозах, чем при лечении депрессии (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — высокий). При обстипационном варианте СРК применение ТЦА нецелесообразно, в таких случаях лучше назначать СИОЗС (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — умеренный).

Очень важным, на наш взгляд, является содержащееся в немецких рекомендациях положение, согласно которому в настоящее время нет убедительных данных об эффективности нейролептиков при СРК. До сих пор врачи при функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта нередко назначают без достаточных на то оснований препараты этой группы (в частности, эглонил), способные давать серьезные побочные эффекты.

В российских рекомендациях также считается целесообразным применение ТЦА и СИОЗС при СРК с целью купирования болей и для лечения сопутствующих эмоциональных нарушений (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — высокий). Французские рекомендации рассматривают данные лекарственные средства как препараты второй линии.

*Психотерапевтические методы* (когнитивная поведенческая терапия, динамическая психотерапия, гипнотерапия) в американских рекоменда-

циях считаются эффективными при лечении больных с СРК, но в качестве обязательного условия требуется присутствие искусного и опытного терапевта, что ограничивает широкое применение этих методов и определяет слабую степень рекомендации и низкий уровень доказательности.

Немецкие рекомендации рассматривают психотерапевтические методы как средство терапии второй линии (*second-line therapy*), к которым целесообразно прибегать при наличии психосоциального стресса, а также сопутствующих психологических нарушениях в тех случаях, когда применяемые с этой целью препараты оказываются недостаточно эффективными (степень рекомендации — сильная, уровень доказательности — высокий). В российских рекомендациях психотерапевтические методы также считаются эффективными, но без оценки степени рекомендаций и уровня доказательности.

Кроме того, следует назвать лекарственные препараты, представленные в одних рекомендациях, но отсутствующие в других. Так, в американских рекомендациях прекрасную оценку получили селективный активатор кальциевых каналов 2-го типа любипростон и агонист гуанилатциклазы С линаклотид, усиливающие секрецию воды в просвет кишечника и эффективные в лечении обстипационного варианта СРК (степень рекомендации применительно к обоим препаратам — сильная, уровень доказательности — высокий). В европейских странах (за исключением Швейцарии) данные препараты не лицензированы. При попытке лицензирования любипростона в других европейских странах в 2009 г. препарат не был одобрен «по стратегическим соображениям» (*strategic reasons*) [4].

В свою очередь, в немецких рекомендациях приводятся комбинированный растительный препарат STW5/Иберогаст, применение которого считается целесообразным у больных как с обстипационным, так и диарейным вариантом СРК (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — умеренный), а также колестирамин, способный оказать хороший эффект при лечении диарейного варианта СРК (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — низкий). В немецких рекомендациях указывается и на возможность комбинации в ряде случаев различных лекарственных препаратов. Так, при наличии метеоризма считается оправданной комбинация спазмолитиков и симетикона.

В российских рекомендациях для лечения диарейного варианта СРК позиционируется диоктаэдрический смектит (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — умеренный), для купирования болей в животе — агонист κ- и μ-опиоидных рецепторов тримебутина малеат (степень рекомендации — умеренная, уровень доказательности — умеренный). В случаях метео-

ризма отмечается целесообразность использования комбинации спазмолитика альверина цитрата и симетикона.

### Заключение

Таким образом, анализ рекомендаций по диагностике и лечению СРК, принятых в разных странах, показывает, что между ними имеются существенные различия, касающиеся отношения к определению данного заболевания, подходов

к постановке диагноза и объему используемых для этого лабораторных и инструментальных исследований, оценки эффективности различных лекарственных препаратов. Накопление клинического опыта лечения таких больных, проведение новых рандомизированных контролируемых исследований и обобщение их результатов в систематических обзорах, несомненно, приведут к совершенствованию имеющихся рекомендаций и повысят уровень их доказательности.

### Список литературы

1. *Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К.* и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2014; (24) 2:92-101.
1. *Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Baranskaya E.K.* et al. Diagnosis and treatment of patients with irritable bowel syndrome: Clinical guidelines of the Russian gastroenterological association and Russian Association of coloproctology. Ros zhurn gastroenterol gepatol koloproktol 2014; (24)2:92.
2. *Brandt L.J., Chey W.D., Foxx-Orenstein A.E.*, et al. An Evidence-Based Systematic Review of the Management of Irritable Bowel Syndrome American College of Gastroenterology Task Force on IBS). Am J Gastroenterol 2009; 104(Suppl. 1):1-35.
3. *Ford A.C., Moayyedy P., Lacy B.E.*, et al. American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation. Am J Gastroenterol 2014; 109(Suppl. 1):2-26.
4. *Layer P., Andresen V., Pehl 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; 49:237-93.
5. *Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D.*, et al. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006; 130:1480-91.
6. *Sabaté J.-M., Jouet P.* Prise en charge du Syndrome de l'Intestin Irritable (SII). Conseil de pratique. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, 2013:1-5.