



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Синдром раздраженного кишечника

МКБ 10:**K58**

Год утверждения (частота пересмотра):**2016 (пересмотр каждые 3 года)**

ID:**KP1**

URL:

Профессиональные ассоциации:

Российская гастроэнтерологическая ассоциация

Ассоциация колопроктологов России

Утверждены

Российской гастроэнтерологической ассоциацией
Ассоциацией колопроктологов России

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
_____ 201_ г.

Оглавление

Ключевые слова:	4
Список сокращений:	4
Термины и определения	4
1. Краткая информация	4
1.1 Определение	4
1.2 Этиология и патогенез	4
1.3 Эпидемиология	5
1.4 Кодирование по МКБ 10	6
1.5 Классификация	6
2. Диагностика	7
2.1 Жалобы и анамнез	7
2.2 Физикальное обследование	10
2.3 Лабораторная диагностика	10
2.4 Инструментальная диагностика	10
2.5 Иная диагностика	10
2.6 Алгоритм диагностики	12
3. Лечение	13
3.1 Консервативное лечение	13
3.1.1 Диета и образ жизни	13
3.1.2 Препараты для купирования боли	14
3.1.3 Препараты для купирования диареи	14
3.1.4. Препараты для лечения запора	15
3.1.5 Препараты комбинированного действия	18
3.1.6 Пробиотики	19
3.1.7 Психотропные препараты	20
3.2 Хирургическое лечение	22
4. Реабилитация	22
5. Профилактика и диспансерное наблюдение	22
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания	23
7. Критерии оценки качества медицинской помощи	24
Список литературы	25
Приложение А1. Состав Рабочей группы	32
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	34
Приложение А3. Связанные документы	37

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	38
Приложение В. Информация для пациента	40

Ключевые слова:

Синдром раздраженного кишечника

Функциональное заболевание кишечника

Запор

Диарея

Список сокращений:

ВГЧ – Висцеральная гиперчувствительность

ЖКТ – Желудочно-кишечный тракт

РКИ – Рандомизированное контролируемое испытание

СИБР – Синдром избыточного бактериального роста

СИОЗС – Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СРК – Синдром раздраженного кишечника

СРК-Д – Синдром раздраженного кишечника с диареей

СРК-З – Синдром раздраженного кишечника с запором

СРК-С – Синдром раздраженного кишечника, смешанный вариант

СРК-Н – Неклассифицируемый синдром раздраженного кишечника

ТЦА – Трициклические антидепрессанты

УДД – Уровень достоверности доказательств

УУР – Уровень убедительности рекомендаций

Термины и определения

Синдром раздраженного кишечника – функциональное расстройство кишечника, при котором боль или дискомфорт в животе связаны с актом дефекации или изменениями его частоты.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более): Связана с дефекацией, связана с изменением частоты стула и/или формы стула. Эти симптомы должны отмечаться у больного последние 3 месяца при общей продолжительности не менее 6 месяцев.

1.2 Этиология и патогенез

Согласно современной концепции патогенеза СРК в формировании данного заболевания важную роль играют генетическая предрасположенность, а также психосоциальные факторы, включающие в себя стрессовые ситуации, нарушение копинга

(способности преодолевать стресс) и недостаточную социальную поддержку. Сочетание данных составляющих приводит к развитию висцеральной гиперчувствительности и нарушению моторики кишки.

Однако, в настоящее время схема патогенеза может быть дополнена целым рядом звеньев, касающихся изменений, локализованных на уровне кишечной стенки: таких как увеличение экспрессии сигнальных рецепторов, белков плотных контактов, нарушение цитокинового профиля, наличие неспецифического воспаления, а также изменение качественного и количественного состава кишечной микрофлоры.

Представители условно-патогенной и патогенной микрофлоры, обладающие факторами адгезии, и проникающие в лимфоидные фолликулы, запускают каскад иммунных реакций, приводящих к развитию воспаления в кишечной стенке. Так, в публикациях последних лет приводятся данные о повышении уровня интраэпителиальных лимфоцитов, плазматических клеток, лимфоцитов, тучных клеток в слизистой оболочке кишечника пациентов, страдающих СРК.

Информация о наличии воспаления трансформируется в электрический сигнал, который проводится по чувствительным нервным волокнам к спинномозговому ганглию, откуда центральные аксоны направляются через задние корешки в задний рог спинного мозга, что приводит к гиперактивации высших нервных центров (в первую очередь, лимбической системы) и усилению эфферентной иннервации кишечника.

Согласно данным, приводимым в современной литературе, сопутствующие тревожные, депрессивные, ипохондрические расстройства отмечаются у 75–100% больных СРК. В ряде случаев клинически значимое сопутствующее психическое расстройство может приводить к усилению выраженности гастроэнтерологических симптомов.

1.3 Эпидемиология

СРК страдают от 10 до 15% населения. Однако лишь 25-30% из них обращаются за медицинской помощью. Женщины страдают СРК чаще, чем мужчины, Диагноз в большинстве случаев устанавливается в возрасте от 30 до 50 лет. Достаточно часто, в 15-44,6% случаев, СРК сочетается с СФД.

Наличие СРК не сопровождается повышением риска колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника, а равно 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 Кодирование по МКБ 10

К58.0 – Синдром раздраженного кишечника с диареей

К58.9 – Синдром раздраженного кишечника без диареи

1.5 Классификация

Для описания консистенции стула может применяться бристольская шкала формы кала, согласно которой плотному стулу соответствуют типы 1 и 2, а жидкому – типы 6 и 7 (Таблица 1).

тип 1	Т	Отдельные твердые комки, типа «орехов», трудно продвигаются
тип 2	Т	В форме колбаски, но комковатый
тип 3	Т	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью
тип 4	Т	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий
тип 5	Т	Мягкие маленькие шарики с ровными краями
тип 6	Т	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул
тип 7	Т	Водянистый, без твердых частиц

Таблица 1. Бристольская шкала форм кала.

При классификации синдрома раздраженного кишечника, в зависимости от характера изменений стула, выделяют:

- 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 ¼ всех дефекаций), так и диарея (более, чем в ¼ 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.

2. Диагностика

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

Согласно Римским Критериям IV [3], СРК диагностируется при наличии следующих симптомов: рецидивирующая боль в животе, возникающая по меньшей мере 1 раз в неделю, характеризующаяся следующими признаками (двумя или более):

- связана с дефекацией;
- сочетается с изменением частоты стула;
- сочетается с изменением консистенции стула.

Симптомы возникают на протяжении последних 3-х месяцев при общей продолжительности не менее 6 месяцев.

При **формулировании диагноза** необходимо указать тип преобладающих нарушений стула. Возможны четыре формулировки диагноза:

1. Синдром раздраженного кишечника с диареей.
2. Синдром раздраженного кишечника с запором.
3. Синдром раздраженного кишечника, смешанный вариант.
4. Синдром раздраженного кишечника, неклассифицируемый вариант.

2.1 Жалобы и анамнез

Диагноз СРК устанавливается при соответствии жалоб пациента Римским критериям IV, исключения органических заболеваний ЖКТ и отсутствия «симптомов тревоги» [4,5].

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.

При установлении диагноза СРК следует оценить наличие следующих характерных симптомов [6,7]:

1. Боль в животе:

Больной может характеризовать боль как неопределённую, жгучую, тупую, ноющую, постоянную, кинжальную, выкручивающую. Боль локализована преимущественно в подвздошных областях, чаще слева. Боль обычно усиливается после приёма пищи, уменьшается после акта дефекации, отхождения газов, приёма спазмолитических препаратов. У женщин боль усиливается во время менструаций. Важной отличительной особенностью болевого синдрома при СРК считается отсутствие боли в ночные часы [8]. Более характерен преходящий, чем постоянный, характер боли.

2. Ощущение вздутия живота:

Менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после приёма пищи.

3. Нарушения стула, в виде запора, поноса или их чередования:

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 объём 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 [7].

Перечисленные выше клинические симптомы нельзя считать специфичными для СРК, так как они могут встречаться и при других заболеваниях кишечника.

4. Нарушения акта дефекации в виде императивных позывов на дефекацию или чувство неполного опорожнения кишечника.

Следует тщательно оценить правильность понимания пациентами **э** терминов «запор» и «понос». Так, многие больные с СРК, жалующиеся на «диарею», имеют в виду частую дефекацию оформленным стулом, пациенты с «запором» могут предъявлять

жалобы на дискомфорт в аноректальной области при дефекации, а не на редкое опорожнение кишечника или дефекацию плотными каловыми массами.

Также наличие СРК могут сопровождать жалобы, не связанные с функционированием кишечника, а именно:

- Диспепсия (отмечается у 15 – 44,6% пациентов с СРК), ~~тошнота, изжога~~ [9,10];
- Боли в поясничной области, ~~другие~~ мышечные и суставные боли;
- Урологические симптомы (никтурия, учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря) [11];
- Диспареуния (появление боли при половом акте) у женщин [12];
- Нарушение ночного сна

При обследовании больных СРК обращает на себя внимание несоответствие между большим количеством предъявляемых жалоб, длительным течением заболевания и удовлетворительным общим состоянием больного.

Симптомы тревоги

Приведенные ниже симптомы 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;
- постоянные боли 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.

2.2 Физикальное обследование

Физикальное обследование должно быть направлено на исключение органической патологии и в обязательном порядке включать в себя осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки (УДД 5, УУР D) [8].

2.3 Лабораторная диагностика

Диагностическим минимумом при наличии симптоматики, соответствующей СРК является проведение общего анализа крови с определением СОЭ, определение уровня С-реактивного белка, общий анализ мочи, кала и тест на скрытую кровь, а также определение антител IgA к тканевой трансглутаминазе (УДД 5, УУРD) [14].

2.4 Инструментальная диагностика

При отсутствии симптомов тревоги решение о проведении инструментального обследования принимается индивидуально с учетом анамнеза и наследственности. В рутинной практике исключение всех потенциальных органических патологий не является обоснованным при отсутствии характерных симптомов (УДД 5, УУРD) [15]. Вероятность выявления различных видов органического поражения ЖКТ («предтестовая вероятность») у пациентов с симптомами СРК представлена ниже в Таблице 2.

<i>Органическое поражение ЖКТ</i>	<i>Пациенты с СРК (%)</i>	<i>Общая популяция (%)</i>
Колит / ВЗК	0,51-0,98	0,3-1,2
Колоректальный рак	0-0,51	4,0-6,0
Целиакия	4,67	0,25-0,5
Инфекция ЖКТ	0-1,7	Нет данных
Дисфункция щитовидной железы	6,0	5,0-9,0
Непереносимость лактозы	22,0-26,0	25,0

Таблица 2. Предтестовая вероятность органического поражения ЖКТ у пациентов с симптомами, соответствующими СРК [16].

Дополнительным подтверждением диагноза может служить определение висцеральной гиперчувствительности (ВГЧ) [17,18].

2.5 Иная диагностика

Дифференциальный диагноз СРК проводится со следующими патологиями [19,20]:

- Целиакия (глютенная энтеропатия) [21], для которой характерно начало заболевания в детстве и которая может служить причиной замедленного развития ребенка. Необходимым скрининговым исследованием для исключения целиакии является определение антител IgA к тканевой трансглутаминазе;

- Лактазная и дисахаридазная недостаточность, при которых прослеживается связь симптомов с приемом определенных продуктов. Диагностика проводится при помощи дыхательного водородного теста с нагрузкой лактозой или фруктозой;

- Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы;

- Эндокринологические расстройства (гипертиреоз, гормон-продуцирующие опухоли ЖКТ);

- Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и язвенный колит), при которых возможно наличие ректального кровотечения, длительной постоянной диареи, инфильтрата в брюшной полости, необъяснимой потери массы тела, анемии, а также перианальные поражения (свищи, трещины). При подозрении на указанные патологии больной должен быть направлен на илеоколоноскопию;

- Лимфоцитарный или коллагенозный колит (микроскопические колиты), как правило, протекающие без боли и являющиеся причиной 23-30% случаев хронической диареи у лиц старшего возраста [22]. Для подтверждения диагноза необходимо проведение колоноскопии с биопсией слизистой оболочки ободочной кишки;

- Радиационный (постлучевой) колит;

- Колит, ассоциированный с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов;

- Ишемическая болезнь органов пищеварения;

- Рак толстой кишки;

- Острая инфекционная диарея, антибиотико-ассоциированная диарея и псевдомембранозный колит;

- Лямблиоз;

- Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке, для которого характерны диарея, вздутие живота и мальабсорбция. Диагностика осуществляется путем проведения дыхательного водородного теста для подтверждения избыточной колонизации тонкой кишки;

- Дивертикулит, при котором может отмечаться лихорадка, определяться инфильтрат в виде пальпируемого мягкого образования в левой подвздошной области, а боль носит локализованный характер (как правило, в левой подвздошной области);

- Эндометриоз, сопровождающийся циклической болью в нижних отделах живота, увеличением яичников или наличием ретроцервикальных узлов;
- Воспалительные заболевания органов малого таза, для которых характерно наличие неострых болей в нижних отделах живота, необъяснимой лихорадки, давящей боли с иррадиацией вверх при влагалищном исследовании придатков, а также набухание придатков;
- Рак яичника, являющийся обязательным для исключения диагнозом у женщин старше 40 лет.

К редким причинам СРК-подобных симптомов, в первую очередь, диареи, относятся болезнь Уиппла, амилоидоз с поражением кишечника, а также вирусные поражения толстой кишки (цитомегаловирус, вирус простого герпеса).

2.6 Алгоритм диагностики

Краткий алгоритм диагностики СРК представлен в Приложении Б.

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 (limitedtesting). 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» (см. посвященный дифференциальной диагностике раздел 2.5). Поэтому целесообразно рассматривать СРК как диагноз исключения. Для его постановки необходимо выполнение следующих исследований:

- Клинический и биохимический анализ крови;
- Исследование антител к тканевой трансглутаминазе (АТ к tTG) IgA или IgG у пациентов с диарейным и смешанным вариантом заболевания;
- Исследование уровня гормонов щитовидной железы;
- Анализ кала для выявления скрытой крови;

- Выполнение водородного дыхательного теста с глюкозой или лактулозой для выявления синдрома избыточного бактериального роста у пациентов с диарейным и смешанным вариантом заболевания;
- Анализ кала для выявления бактерий кишечной группы (*Shigellaspp.*, *Salmonellaspp.*, *Yersiniaspp.* и др), токсинов А и В *C.difficile*, определение уровня кальпротектина в кале, суточной потери жира (по показаниям), у пациентов с диарейным и смешанным вариантом заболевания;
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
- ЭГДС с биопсией двенадцатиперстной кишки для исключения целиакии (биопсия выполняется при выявлении АТ к tTG в диагностическом титре, или у родственников первой линии больных целиакией);
- Колоноскопия с биопсией.

3. Лечение

Лечение СРК включает в себя коррекцию диеты, образа жизни, прием фармакологических средства, а также психотерапевтические методы воздействия [23,24].

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

3.1 Консервативное лечение

Лечение СРК комплексное. В настоящее время с позиций медицины, основанной на доказательствах, в лечении пациентов, страдающих СРК, подтверждена эффективность препаратов, нормализующих моторику, влияющих на висцеральную чувствительность или воздействующих на оба механизма. Препараты, оказывающие влияние на воспалительные изменения кишечной стенки, находятся в стадии изучения у данной категории больных, и пока не нашли широкого применения.

3.1.1 Диета и образ жизни

Диета при СРК подбирается индивидуально путем исключения продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания (элиминационная диета). Несмотря на противоречивые данные исследований по оценке эффекта от назначения конкретной диеты, всем пациентам с СРК следует рекомендовать (УДД 5, УУРД) [23]:

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 приемами пищи.

3. При диарейном и смешанном варианте СРК возможно назначение аглютенной диеты [25], а также диеты с низким содержанием олиго-ди-моносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола) [26-27]. Вариант диеты см. в Приложении В (информация для пациентов).

4. При недостаточной эффективности диеты – возможно назначение альфа-галактозидазы (1-3 таблетки с первыми порциями пищи) [5].

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

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 (**УДД 2b, УУРВ**) [28-29].

3.1.2 Препараты для купирования боли

Согласно Римским критериям IV пересмотра спазмолитики рекомендованы для лечения абдоминальной боли у пациентов с СРК (**УДД 1b, УУР А**) [3].

Эффективность данной группы препаратов в сравнении с плацебо (58% и 46% соответственно) подтверждена в мета-анализе 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 [30].

При сравнении препаратов высокая эффективность была отмечена при применении гиосцина бутилбромида и пинаверия бромида (NNT=3) [31]; 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 [32]. Также мебеверин обладает высоким профилем безопасности и хорошо переносится при длительном применении [33-34].

3.1.3 Препараты для купирования диареи

Для лечения СРК с диареей применяются такие препараты, как лоперамида гидрохлорид, диоктаэдрический смектит, невсасывающийся антибиотик рифаксимин и пробиотики.

Снижая тонус и моторику гладкой мускулатуры ЖКТ, лоперамида гидрохлорид 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 достоверности доказательств эффективности приема лоперамида относится ко 2 категории, уровень убедительности рекомендаций некоторые авторы относят к категории А (при диарее, не сопровождающейся болью) и категории С – при наличии боли в животе (УДД 2, УУР А-С) [31].

В рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании F.Y Chang и соавторов (2007), оценивалась эффективность применения диоктаэдрического смектита 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 (УДД 2, УУР В) [35].

Согласно данным мета-анализа 18 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, включающих 1803 пациента СРК с диареей, короткий курс приема невсасывающегося антибиотика рифаксимины достаточно эффективно купирует диарею, а также способствует уменьшению вздутия живота у таких больных. При этом показатель NNT оказался равным 10,2. Применение рифаксимины может быть рекомендовано для лечения СРК (УДД 1b, УУР В) [36].

Пробиотики см. ниже.

3.1.4. Препараты для лечения запора

Лечение хронических запоров, в том числе СРК с запором, следует начинать с общих рекомендаций, таких как увеличение в рационе пациента объема потребляемой жидкости до 1,5-2 л в сутки, увеличение содержания растительной клетчатки, а также повышение физической активности (УДД 3, УУР С) [37-38]. С позиций медицины, основанной на доказательствах, уровень исследований, в которых изучалась эффективность общих мероприятий (диета, богатая клетчаткой, регулярный прием пищи, потребление достаточного количества жидкости, физическая активность) был невысоким и базировался большей частью на мнении экспертов, основанном на отдельных клинических наблюдениях. Таким образом, уровень доказательности соответствует III категории, достоверность практических рекомендаций.

Для лечения СРК с запором применяются слабительные следующих групп:

✓ слабительные, увеличивающие объем каловых масс (*пустые оболочки семян подорожника*);

- ✓ осмотические слабительные (*макрогол 4000, лактулоза*);
- ✓ слабительные средства, стимулирующие моторику кишки (*бисакодил*).

При неэффективности слабительных препаратов возможно назначение энтерокинетики пруклоприда.

Слабительные, увеличивающие объем каловых масс.

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 псиллума в дозе 10 г/сут. приводило к достоверному уменьшению симптомов заболевания уже на протяжении первого месяца лечения; 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 [37].

В целом, несмотря на достаточно длительный период применения пищевых волокон в лечении СРК, их эффективность остается неоднозначной. Назначение псиллума приводит к достоверному уменьшению выраженности симптомов заболевания, тогда как нерастворимые пищевые волокна (отруби) эффективны в меньшей степени и могут приводить к усилению симптомов (**УДД 2b, УУР B**) [31].

Осмотические слабительные.

К наиболее изученным представителям данной группы препаратов относятся полиэтиленгликоль (ПЭГ, макрогол) и лактулоза, 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) (**УДД 1, УУР A**) [40].

При курсовом назначении ПЭГ был показан эффект последействия – обеспечение нормальной работы кишечника после отмены препарата. Согласно данным Американского Колледжа Гастроэнтерологов (AmericanCollegeofGastroenterology, 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 микрофлоры 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 микрофлоры (например, лактитола) [41].

Слабительные средства, стимулирующие моторику кишки.

Лекарственные препараты данной группы стимулируют хеморецепторы слизистой оболочки толстой кишки и усиливают её перистальтику. Согласно результатам недавно 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) [42].

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 [43]. Согласно рекомендациям Российской Гастроэнтерологической Ассоциации (РГА), длительность курса лечения препаратами данной группы не должна превышать 10-14 дней (УДД 2, УУР С).

Энтерокинетики

При отсутствии эффекта на фоне приема указанных выше слабительных препаратов, целесообразно назначение прокинетики из группы агонистов 5-HT₄-рецепторов. Единственный на сегодняшний день препарат этого класса, доступный в России, – пруклоприд. Препарат одобрен с 2009 года в европейских странах для лечения хронических запоров у женщин, в том числе и при СРК-3, когда слабительные средства не обеспечили должного эффекта в устранении симптомов запора [44].

Пруклоприд положительно влияет на все симптомы запора, включая сопутствующие (вздутие, абдоминальную боль), а также улучшает качество жизни и обеспечивает стойкий эффект при длительном применении (УДД 2а, УУР В). 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 препарата идентична плацебо [45].

3.1.5 Препараты комбинированного действия

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 агонисты периферических опиоидных рецепторов, нормализующие двигательную активность кишечника в результате влияния на различные подтипы периферических опиоидных рецепторов, и, кроме того, повышающие порог болевой чувствительности за счет воздействия на глутаматные рецепторы синапсов задних рогов спинного мозга [46].

Препарат данной группы – тримебутина малеат – безопасен при длительным применении, эффективен для лечения сочетанной функциональной патологии (в частности, при сочетании синдрома функциональной диспепсии и СРК [47], а также эффективно уменьшает частоту и выраженность абдоминальной боли (УДД 2, УУР В).

Согласно результатам клинических исследований, схемы лечения, в которые был включен тримебутин, демонстрируют бóльшую эффективность по сравнению со схемами с назначением спазмолитиков в отношении уменьшения выраженности симптомов СРК и функциональной диспепсии (согласно Опроснику «7x7» [48]), 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 [49].

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, мелисса лекарственная, мята перечная, чистотел большой, солодка голая). STW 5 является одним из наиболее изученных растительных лекарственных средств [50-51]. В экспериментальных и клинических исследованиях было установлено многоцелевое (мультицелевое) действие STW 5, заключающееся в

нормализации моторики различных отделов ЖКТ, снижении висцеральной чувствительности и повышенного газообразования, противовоспалительном и антиоксидантном действии [51].

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 46 000 пациентов не превышала 0,04% [50].

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 [52].

3.1.6 Пробиотики

Пробиотики – это живые микроорганизмы, которые могут быть включены в состав различных пищевых продуктов, включая лекарственные препараты и пищевые добавки, оказывающие положительное влияние на функции микрофлоры [53].

В недавно выполненном мета-анализе 43 клинических исследований, в которых исследовалась эффективность и безопасность пробиотиков подтверждено позитивное влияние данной группы препаратов на основные симптомы СРК [54]. Доказана эффективность пробиотиков, содержащих различные штаммы лакто- [55] и бифидумбактерий [56].

Пробиотический препарат надлежащего качества должен соответствовать целому ряду требований:

- ✓ оболочка, содержащая пробиотик, должна обеспечивать беспрепятственное его прохождение по ЖКТ с последующей доставкой 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 [57].

Альтернативным направлением является сохранение жизнеспособности пробиотиков в ЖКТ и доставка микробных клеток в кишку путем создания микрокапсулированных пробиотических препаратов [58].

Пробиотики обычно производятся в стране их потребления во избежание нарушений условий их хранения при транспортировке.

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).

Препарат назначается по 1 капсуле 3 раза в день после еды, минимальный срок лечения – 28 дней.

Эффективность препарата в отношении облегчения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула доказана в рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях (УДД 2b, УУР B) [59-61].

3.1.7 Психотропные препараты

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 [62-64,72-73]. Стресс, психические травматические события прошлого часто оказываются значимыми факторами для развития СРК [61,62].

Описанные выше обстоятельства объясняют интерес к группе психофармакологических лекарственных препаратов, обладающих широким спектром фармакодинамических эффектов центрального и периферического свойства [60]. Психотропные препараты (трициклические антидепрессанты (ТЦА), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также нейролептики) применяются для коррекции эмоциональных нарушений, диагностируемых у большей части пациентов, страдающих СРК [4], а также для уменьшения боли в животе (УДД1a/b, УУР A) [4].

Антидепрессанты.

Согласно данным мета-анализа 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 ТЦА, оказывалось достоверно лучшим, по сравнению с исходным уровнем, в то время как в группе лиц, получавших СИОЗС отличия были не достоверными [65]. Сходные данные о низкой эффективности СИОЗС приводятся также в более ранних публикациях [66].

Согласно Римским критериям IV пересмотра, для уменьшения боли в животе могут назначаться такие антидепрессанты как дезипрамин в дозе 25-100 мг 4 раза в день, пароксетин 10-40 мг 4 раза в день, сертралин 25-100 мг 4 раза в день, циталопрам 10-40 мг 4 раза в день (УДЦ1а, УУР А) [4].

Антидепрессанты рассматриваются как достаточно безопасные препараты при лечении СРК. При назначении ТЦА 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 [65].

Нейролептики.

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 определённых формах СРК, когда клинически значимое сопутствующее психическое расстройство может приводить к усилению выраженности гастроэнтерологических симптомов [67,72]. Наряду с влиянием на коморбидные психические расстройства (у 81% больных СРК встречаются клинически значимые проявления тревожного и/или депрессивного расстройства [4], психофармакологические препараты обладают эффектами, значимыми для патогенеза СРК. Например, блокада гистаминовых рецепторов 1 типа важна для облегчения болевой чувствительности [66]; ярко выраженная у некоторых психотропных препаратов (нейролептики, ТЦА) спазмолитическая холинолитическая атропиноподобная активность - для облегчения мышечного спазма [69]; способность взаимодействовать с различными подтипами периферических серотониновых рецепторов также может внести значимый вклад в облегчение симптомов СРК (изменение частоты стула) [64].

К антипсихотикам (нейролептикам), обладающим антидепрессивной и противотревожной активностью, относят антипсихотики второго поколения (так называемые атипичные антипсихотики) – Оланзапин, Кветиапин, Арипипразол, Рисперидон [70], а также некоторые антипсихотики первого поколения, на протяжении долгого времени применяющиеся для лечения психосоматических заболеваний, такие, как Алимемазин [71]. 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 приёма).

3.2 Хирургическое лечение

При лечении синдрома раздраженного кишечника хирургические методы не применяются.

4. Реабилитация

Специфические меры реабилитации пациентов с СРК отсутствуют. Являясь хроническим заболеванием, ассоциированным с рядом эмоциональных нарушений, в большинстве случаев, длительное течение СРК требует психотерапевтических методов лечения [4].

При неэффективности медикаментозного (симптоматического) лечения СРК гастроэнтерологом, больным показана консультация психиатра для определения дальнейшей тактики лечения (УДД 3а, УУР С).

При оценке психотерапевтических методик определено, 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).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

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. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

СРК характеризуется волнообразным течением с чередованием периодов обострения, нередко провоцируемых психоэмоциональными стрессами, и ремиссии. Лечение оказывается эффективным у 30% пациентов, стойкая ремиссия наблюдается у 10%.

Имеющиеся данные о прогнозе течения СРК неоднозначны. У большинства пациентов с СРК симптомы, несмотря на проводимое лечение, сохраняются, но не усиливаются. Риск развития органических заболеваний кишечника у лиц с СРК не выше, чем в популяции. К факторам, оказывающим негативное влияние на прогноз заболевания, относятся нежелание получать лечение, тревога по поводу рисков, связанных с заболеванием, нарушение повседневных функций в результате СРК, длительный анамнез СРК, хронический стресс, а также наличие сопутствующих психиатрических заболеваний.

6.1. Область применения рекомендаций

Клинические рекомендации предназначены врачам-терапевтам, врачам общей практики (семейным врачам), гастроэнтерологам, колопроктологам, хирургам, эндоскопистам, организаторам здравоохранения, медицинским работникам со средним медицинским образованием, врачам-экспертам медицинских страховых организаций, в том числе при проведении медико-экономической экспертизы.

Консервативное лечение может проводиться в амбулаторных условиях при участии гастроэнтеролога и/или врача-колопроктолога. Стационарное лечение проводится в условиях дневного или круглосуточного стационара в специализированных гастроэнтерологических и колопроктологических отделениях (в исключительных случаях в терапевтических отделениях при наличии специализированных гастроэнтерологических коек и специалиста, имеющего профессиональную переподготовку по специальности «гастроэнтерология», и, соответственно, в хирургических отделениях при наличии специализированных колопроктологических коек и специалиста, имеющего профессиональную переподготовку по специальности «колопроктология»), применяется в дневном стационаре КСГ 9 «Болезни органов пищеварения, взрослые», в круглосуточном стационаре КСГ 192 «Другие болезни органов пищеварения, взрослые». В случае, если пациент госпитализирован с направительным диагнозом «Синдром раздраженного кишечника», при обследовании выявлено злокачественное новообразование толстой кишки, применяется КСГ 204 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования».

6.2. Ограничение применения рекомендаций.

Клинические рекомендации отражают мнение экспертов по наиболее спорным вопросам. В клинической практике могут возникать ситуации, выходящие за рамки представленных рекомендаций, поэтому окончательное решение о тактике ведения каждого пациента должен принимать лечащий врач, на котором лежит ответственность за его лечение.

7. Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Медицинская документация отражает опрос с целью выявления «симптомов тревоги»	5	D
Выполнена илеоколоноскопия (или предоставлен протокол ранее проведенного исследования) у больных старше 45 лет или при наличии «симптомов тревоги»	5	D
Взята биопсия из макроскопически неизменной слизистой оболочки толстой кишки при диарейном варианте СРК для исключения микроскопического колита (или предоставлена ли копия ранее выполненного исследования)	5	D
Проведено пальцевое исследование прямой кишки или проведен осмотр хирургом (колопроктологом)	5	D
Рекомендована консультация психоневролога	1a	A
Рекомендована консультация гинеколога (у пациенток с СРК)	5	D
Даны указания по лечебной диете,	5	D

	изменению физической активности		
	Назначены спазмолитики	2a	B
	В случае СРК с преобладанием запора назначены слабительные препараты	2a	B
	В случае СРК с преобладанием диареи назначены противодиарейные препараты	2b	C
0	По результатам лечения отмечено уменьшение болей в животе и улучшение консистенции и частоты стула	5	D

Список литературы

1. Brian E. Lacy, Fermín Mearin, Lin Chang, William D. Chey, Anthony J. Lembo, Magnus Simren, Robin Spiller. *Gastroenterology* 2016;150:1393–1407.
2. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А. Сочетание синдрома функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, 2011, № 4. С. 75-81.
3. Yarandi SS, 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.
4. C.K. Nagasako, Garcia Montes C, Silva Lorena SL, Mesquita MA. Irritable bowel syndrome subtypes: Clinical and psychological features, body mass index and comorbidities. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016 Feb;108(2):59-64.
5. Cho HS, Park JM, Lim CH, Cho YK, Lee IS, Kim SW, Choi MG, Chung IS, Chung YK. Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut Liver.*, 2011 Mar;5(1):29-36.
6. Mark Pimentel, Laura Hwang, Gil Y. Melmed, et.al. New Clinical Method for Distinguishing D-IBS from Other Gastrointestinal Conditions Causing Diarrhea: The LA/IBS Diagnostic Strategy. *Digestive Diseases and Sciences* January 2010, Volume 55, Issue 1, pp 145-149.
7. Полуэктова Е.А. Некоторые особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения синдрома раздражённого кишечника. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2001 г.
8. Shalaby SA, Sayed MM, Ibrahim WA, Abdelhakam SM, Rushdy M. The prevalence of coeliac disease in patients fulfilling Rome III criteria for irritable bowel syndrome. *Arab J Gastroenterol.* 2016 Jun 24. pii: S1687-1979(16)30028-4.

9. Шульпекова Ю.О., Баранская Е.К. Дифференциальная диагностика синдрома раздраженного кишечника и глютеновой энтеропатии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2009, Т.19. № 6, С. 39-48.
10. Jian-Feng Yang, Mark Fox, Hua Chu, Xia Zheng, Yan-Qin Long, Daniel Pohl, Michael Fried, Ning Dai. Four-sample lactose hydrogen breath test for diagnosis of lactose malabsorption in irritable bowel syndrome patients with diarrhea. *World J Gastroenterol.* 2015 Jun 28; 21(24): 7563–7570.
11. Leeds JS, Hopper AD, Sidhu R, Simmonette A, Azadbakht N, Hoggard N, Morley S, Sanders DS. Some patients with irritable bowel syndrome may have exocrine pancreatic insufficiency. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010 May;8(5):433-8.
12. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения (руководство для практикующих врачей) под общей редакцией В.Т.Ивашкина, Москва «Издательство «Литерра» 2011, стр. 506-516.
13. Guagnozzi D, Arias Á, Lucendo AJ. Systematic review with meta-analysis: diagnostic overlap of microscopic colitis and functional bowel disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016 Feb 24.
14. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Галимова С.Ф., Юрманова Е.Н. Микроскопический колит: клинические формы, диагностика, лечение. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2006, Т.16, № 6, С. 56-60.
15. Chachu KA, Osterman MT. How to Diagnose and Treat IBD Mimics in the Refractory IBD Patient Who Does Not Have IBD. *Inflamm Bowel Dis.* 2016 May;22(5):1262-74.
16. Shah E.D., Basseri R.J., Chong K., Pimentel M. Abnormal breath testing in IBS: a meta-analysis // *Dig. Dis. Sci.* – 2010. – Vol. 55. – P. 2441-9.
17. Кучумова С.Ю. Патогенетическое и клиническое значение кишечной микрофлоры у больных с синдромом раздраженного кишечника. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2016 г.
18. Longstreth GF, Tieu RS. Clinically Diagnosed Acute Diverticulitis in Outpatients: Misdiagnosis in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Dig Dis Sci.* 2016 Feb;61(2):578-88.
19. Cuomo R, Barbara G, Androzzzi P et.al. Symptom patterns can distinguish diverticular disease from irritable bowel syndrome. *Eur J Clin Invest.* 2013 Nov;43(11):1147-55.
20. Wu CY, Chang WP, Chang YH, Li CP, Chuang CM. 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 Jul;30(7):907-12.

21. Mathur R, Ko A, Hwang LJ, Low K, Azziz R, Pimentel M. Polycystic ovary syndrome is associated with an increased prevalence of irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci*. 2010 Apr;55(4):1085-9.
22. 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.
23. Moayyedi P, Quigley EM, Lacy BE, et al. The effect of dietary intervention on irritable bowel syndrome: a systematic review. *Clin Transl Gastroenterol* 2015:e107.
24. 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 Jan 14;21(2):600-8.
25. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Philadelphia, Pa: Churchill-Livingstone; 2000.
26. Ruepert et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. The Cochrane Collaboration The Cochrane Library 2013, Issue 3
27. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, et.al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2014 Aug;109 Suppl 1:S2-26.
28. Hou X, Chen S, Zhang Y, Sha W, Yu X, Elsayah 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.
29. Boisson J, Coudert Ph, Dupuis J, Laverdant Ch, Toulet J Tolerance de la mebeverine a long terme. *Act Ther* 1987;16(4):289-92.
30. Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А. Сравнительная оценка американских, немецких, французских и российских рекомендаций по ведению больных с синдромом раздраженного кишечника. РЖГГК он-лайн – www.gastro-j.ru.
31. 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. – Vol. 22 (12). – P. 2266-72.

32. Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, Chey WD. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis // *Am J Gastroenterol*. 2012 Jan;107(1):28-35.
33. Schindlbeck NE, Müller-Lissner SA. Dietary fiber. Indigestible dietary plant constituents and colon function. // *Med Monatsschr Pharm*. 1988 Oct;11(10):331-6.
34. Müller-Lissner SA, Kaatz V, Brandt W, Keller J, Layer P. The perceived effect of various foods and beverages on stool consistency. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2005 Jan;17(1):109-12.
35. Bijkerk CJ, de Wit NJ, Muris JW., et al. Soluble or insoluble fibre in irritable bowel syndrome in primary care? Randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2009; 339 : b3154.
36. Tack J, Müller-Lissner S et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation – a European perspective. // *NeurogastroenterolMotil*. 2011 Aug;23(8):697-710.
37. Ивашкин В.Т., Алексеенко С.А., Колесова Т.А., Корочанская Н.В., Полуэктова Е.А., Симаненков В.И., Ткачев А.В., Трухманов А.С., Хлынов И.Б., Шептулин А.А., Шифрин О.С. Резолюция Экспертного совета, посвященного проблемам диагностики и лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. *РЖГГК*. - 2016. - Т.26. - №4. - С.109-110.
38. Mueller-Lissner S, Kamm MA et al. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation // *Am J Gastroenterol*. 2010 Apr;105(4):897-903.
39. Bengtsson M, Ohlsson B. Psychological well-being and symptoms in women with chronic constipation treated with sodium picosulphate. // *Gastroenterol Nurs*. 2005 Jan-Feb;28(1):3-12.
40. А.А. Шептулин. Прукалоприд в лечении хронических запоров функциональной природы. *РЖГГК* – 2012. - Т. 22 - №1. - С.9-13.
41. Muhammad S Sajid, Madhu Hebbar, Mirza K Baig, Andy Li, Zinu Philipose. Use of Prucalopride for Chronic Constipation: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Randomized, Controlled Trials *J Neurogastroenterol Motil*. 2016 Apr 29
42. Delvaux M, Wingate D. Trimebutine: mechanism of action, effects on gastrointestinal function and clinical results // *J Int Med Res*. 1997 Sep-Oct;25(5):225-46.
43. Zhong YQ et al. A randomized and case-control clinical study on trimebutine maleate in treating functional dyspepsia coexisting with diarrhea-dominant irritable bowel syndrome // *ZhonghuaNeiKeZaZhi*. 2007 Nov;46(11):899-902.
44. В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, Е.А. Полуэктова, Д.В. Рейхарт, А.В. Белостоцкий, А.А. Дроздова, В.С. Арнаутов. Возможности применения Опросника «7×7»

(7 симптомов за 7 дней) для оценки динамики симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. РЖГГК. - 2016. - Т.26. - №3. - С.24.

45. В.Т.Ивашкин, Е.А.Полуэктова, Д.В.Рейхарт, А.А.Шептулин, О.С.Ляшенко, А.Г.Бениашвили, А.В.Белостоцкий. Эффективность наиболее часто назначаемых групп препаратов у пациентов с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта (синдромом функциональной диспепсии и синдромом раздраженного кишечника) (Результаты наблюдательного исследования). РЖГГК. - 2016. - Т.26. - №4. - С.7-14.

46. Ottillinger B, Storr M, Malfertheiner P, Allescher HD. STW 5 (Iberogast®)--a safe and effective standard in the treatment of functional gastrointestinal disorders. *Wien Med Wochenschr.* 2013 Feb;163(3-4):65-72.

47. Шептулин А.А., Кайбышева В.О. Эффективность применения растительного препарата STW 5 в многоцелевой терапии функциональной диспепсии. РЖГГК. - 2015. - Т.25. - №5. - С.101-106.

48. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Шептулин А. А. и соавт. Резолюция Экспертного совета «Как улучшить результаты лечения больных с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника»? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2016, №2, С. 101-104.

49. Francisco Guarner, Aamir G. Khan, James Garisch et.al World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Probiotics and prebiotics October 2011.

50. Ford AC, Quigley EMM, Lacy BE, 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; 109:1547–1561.

51. Tiequn B, Guanqun C, Shuo Z. Therapeutic effects of Lactobacillus in treating irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Intern Med.* 2015;54(3):243-9.

52. Dragana Skokovic-Sunjic Clinical Guide to PROBIOTIC SUPPLEMENTS AVAILABLE IN CANADA: 2015 Edition. Indications, Dosage Forms, and Clinical Evidence to Date. T

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. – Vol. 13. – P. 229–54.

54. Urbanska A.M., Bhathena 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. – Vol. 54. – P. 264–73.

55. В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина, А. А. Шептулин, О. С. Шифрин, Е. А. Полуэктова, С. Ю. Кучумова. Сравнительная эффективность композиции *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus rhamnosus* и *Saccharomyces boulardii* в лечении больных с диарейным вариантом синдрома раздраженного кишечника. РЖГГК. - 2015. - Т.25. - №2. - С.10.
56. В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина, А. А. Шептулин, О. С. Шифрин, Е. А. Полуэктова, С. Ю. Кучумова. Сравнительная эффективность композиции *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus rhamnosus* и прукалоприда в лечении больных с обстипационным вариантом синдрома раздраженного кишечника. РЖГГК. - 2015. - Т.25. - №3. - С.21-32.
57. 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, Vol. 3, No. 2, 18-23.
58. Osler W. The principles and practice of medicine: designed for the use of practitioners and students of medicine (1892), New York: D Appleton and company
59. Creed F. Relationship between IBS and psychiatric disorder // Irritable bowel syndrome (Ed. M. Camilleri, R. C. Spiller), 2002. – p.45-54.
60. Dekel R, Drossman DA, Sperber AD. The use of psychotropic drugs in irritable bowel syndrome. Expert Opin Investig Drugs. 2013 Mar;22(3):329-39.
61. 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 Aug 7;10(8):e0127815.eCollection 2015.
62. A.W. Bundeff, Woodis CB. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. The Annals of pharmacotherapy. 2014;48(6):777–84.
63. Pae CU, Lee SJ, Han C, Patkar AA, Masand PS. Atypical antipsychotics as a possible treatment option for irritable bowel syndrome. Expert Opin Investig Drugs. 2013 May;22(5):565-72.
64. Wouters MM et al. Histamine receptor H1-mediated sensitization of TRPV1 mediates visceral hypersensitivity and symptoms in patients with irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2016 Apr; 150:875.
65. Annaházi A, Róka R, Rosztóczy A, Wittmann T. Role of antispasmodics in the treatment of irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol. 2014 May 28;20(20):6031-43.

66. Albert U, Carmassi C, Cosci F, De Cori D, Di Nicola M, Ferrari S, Poloni N, Tarricone I, Fiorillo A. Role and clinical implications of atypical antipsychotics in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, trauma-related, and somatic symptom disorders: a systematized review. *Int Clin Psychopharmacol*. 2016 Mar 11.

67. Н.Н. Яхно, В.А. Парфенов, Д.В. Рейхарт, А.В. Белостоцкий, В.С. Арнаутов. Многоцентровая неинтервенционная проспективная наблюдательная программа изучения практики назначения препарата тералиджен у больных с диагнозом вегетативного расстройства (СТАРТ-2: российский опыт применения русскоязычной валидированной версии опросника 4DSQ. Промежуточный анализ). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(5): 27-33

68. Constanze Hausteiner-Wiehle, Peter Henningsen. Irritable bowel syndrome: Relations with functional, mental, and somatoform disorders. *World J Gastroenterol*. 2014 May 28; 20(20): 6024–6030.

69. Greenwood-Van Meerveld B, Moloney RD, Johnson AC, Vicario M. Mechanisms of stress-induced visceral pain: implications in irritable bowel syndrome. *J Neuroendocrinol*. 2016 Jan 8.

70. Юрманова Е.Н. «Отдаленные результаты лечения и прогноз пациентов с синдромом раздражённого кишечника» Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2007 год.

Приложение А1. Состав Рабочей группы

Ф.И.О.	Ученая степень	Ученое звание	Профессиональная ассоциация
Баранская Елена Константиновна	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
Белоусова Елена Александровна	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
Бениашвили Аллан Герович	К.м.н.	-	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
Васильев Сергей Васильевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Головенко Алексей Олегович	-	-	Ассоциация колопроктологов России
Головенко Олег Владимирович	Д.м.н.	-	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
Григорьев Евгений Георгиевич	Д.м.н.	Профессор , член-корр. РАН	Ассоциация колопроктологов России
Ивашкин Владимир Трофимович	Д.м.н.	Профессор, академик РАМН	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
Костенко Николай Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
Лоранская Ирина Дмитриевна	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
Ляшенко Ольга Сергеевна	-	-	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
Полуэктова Елена	К.м.н.	-	Российская

	Александровна			гастроэнтерологическая ассоциация
	Румянцев Виталий Григорьевич	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Тимербулатов Виль Мамилович	Д.м.н.	Профессор, член-корр. РАН	Российское общество хирургов
	Фоменко Оксана Юрьевна	К.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
	Халиф Игорь Львович	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
	Чашкова Елена Юрьевна	К.м.н.	-	Ассоциация колопроктологов России
	Шельгин Юрий Анатольевич	Д.м.н.	Профессор	Ассоциация колопроктологов России
	Шептулин Аркадий Александрович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Шифрин Олег Самуилович	Д.м.н.	Профессор	Российская гастроэнтерологическая ассоциация
	Яновой Валерий Владимирович	Д.м.н.	Профессор	Российское общество хирургов

Ни у одного из членов рабочей группы нет конфликтов интересов

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи терапевты
2. Врачи общей практики (семейные врачи)
3. Гастроэнтерологи
4. Колопроктологи
5. Организаторы здравоохранения
6. Врачи-эксперты медицинских страховых организаций (в том числе при проведении медико-экономической экспертизы).

Клинические рекомендации отражают мнение экспертов по ключевым вопросам. В клинической практике могут возникать ситуации, выходящие за рамки представленных рекомендаций, поэтому окончательное решение о тактике ведения каждого пациента должен принимать лечащий врач, на котором лежит ответственность за его лечение.

Уровень	Диагностическое исследование	Терапевтическое исследование
a	1 Систематический обзор гомогенных диагностических исследований 1 уровня	Систематический обзор гомогенных РКИ
b	1 Валидизирующее когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное РКИ (с узким ДИ)
c	1 Специфичность или чувствительность столь высоки, что положительный или отрицательный результата позволяет исключить/установить диагноз	Исследование «Все или ничего»
a	2 Систематический обзор гомогенных диагностических исследований >2 уровня	Систематический обзор (гомогенных) когортных исследований
b	2 Разведочное когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное когортное исследование (включая РКИ низкого качества; т.е. с <80% пациентов, прошедших контрольное наблюдение)

c	2	нет	Исследование «исходов»; экологические исследования
a	3	Систематический обзор гомогенных исследований уровня 3b и выше	Систематический обзор гомогенных исследований «случай- контроль»
b	3	Исследование с непоследовательным набором или без проведения исследования «золотого стандарта у всех испытуемых	Отдельное исследование «случай-контроль»
	4	Исследование случай-контроль или исследование с некачественным или не независимым «золотым» стандартом	Серия случаев (и когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества)
	5	Мнение экспертов без тщательной критической оценки или основанное на физиологии, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»	Мнение экспертов без тщательной критической оценки, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»

Таблица П1. Уровни достоверности доказательств (Оксфордский центр доказательной медицины)

<p>A Согласующиеся между собой исследования 1 уровня</p> <p>B Согласующиеся между собой исследования 2 или 3 уровня или экстраполяция на основе исследований 1 уровня</p> <p>C Исследования 4 уровня или экстраполяция на основе уровня 2 или 3</p> <p>D Доказательства 4 уровня или затруднительные для обобщения или некачественные исследования любого уровня</p>
--

Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций (Оксфордский центр доказательной медицины)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Рекомендации подлежат регулярному пересмотру в соответствии с новыми данными научных исследований в этой области не реже, чем каждые 3 года. Состав Рабочей группы, участвующей в обновлении рекомендаций, определяется руководителями ООО «Российская гастроэнтерологическая ассоциация» и ООО «Ассоциация колопроктологов России».

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания. Получены комментарии со стороны врачей амбулаторного звена. Полученные комментарии тщательно систематизировались и обсуждались на совещаниях экспертной группы.

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на Всероссийском съезде колопроктологов 26 августа 2016г. в г. Астрахань; в рамках 97 Осенней Сессии Национальной Школы Гастроэнтерологии, Гепатологии. Проект рекомендаций был повторно рецензирован независимыми экспертами и врачами амбулаторного звена. Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами экспертной группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Приложение А3. Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

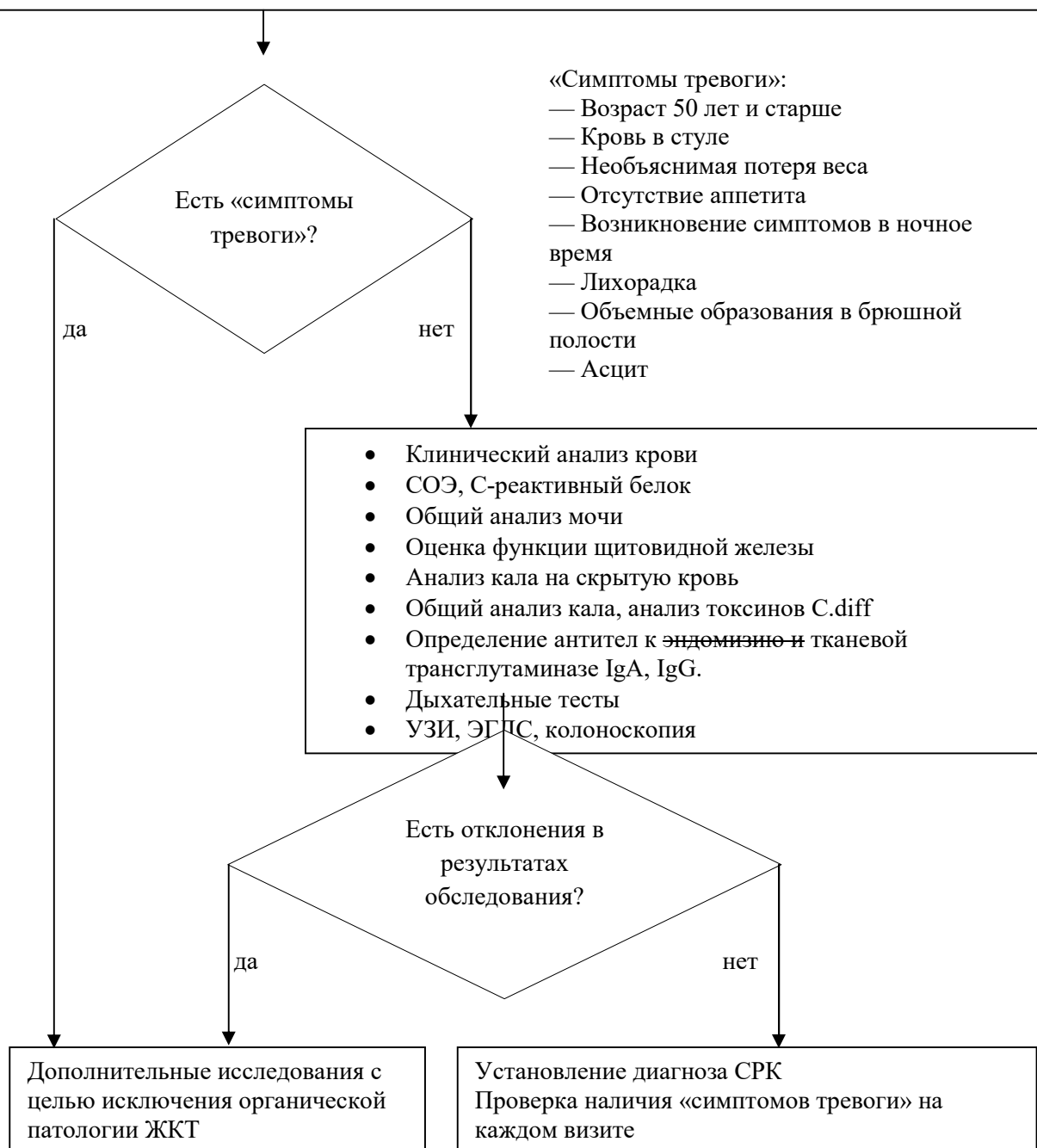
1) Стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме раздраженного кишечника (утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №774н от 9 ноября 2012 г).

2) Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология» (утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №906н от 12 ноября 2012 г)

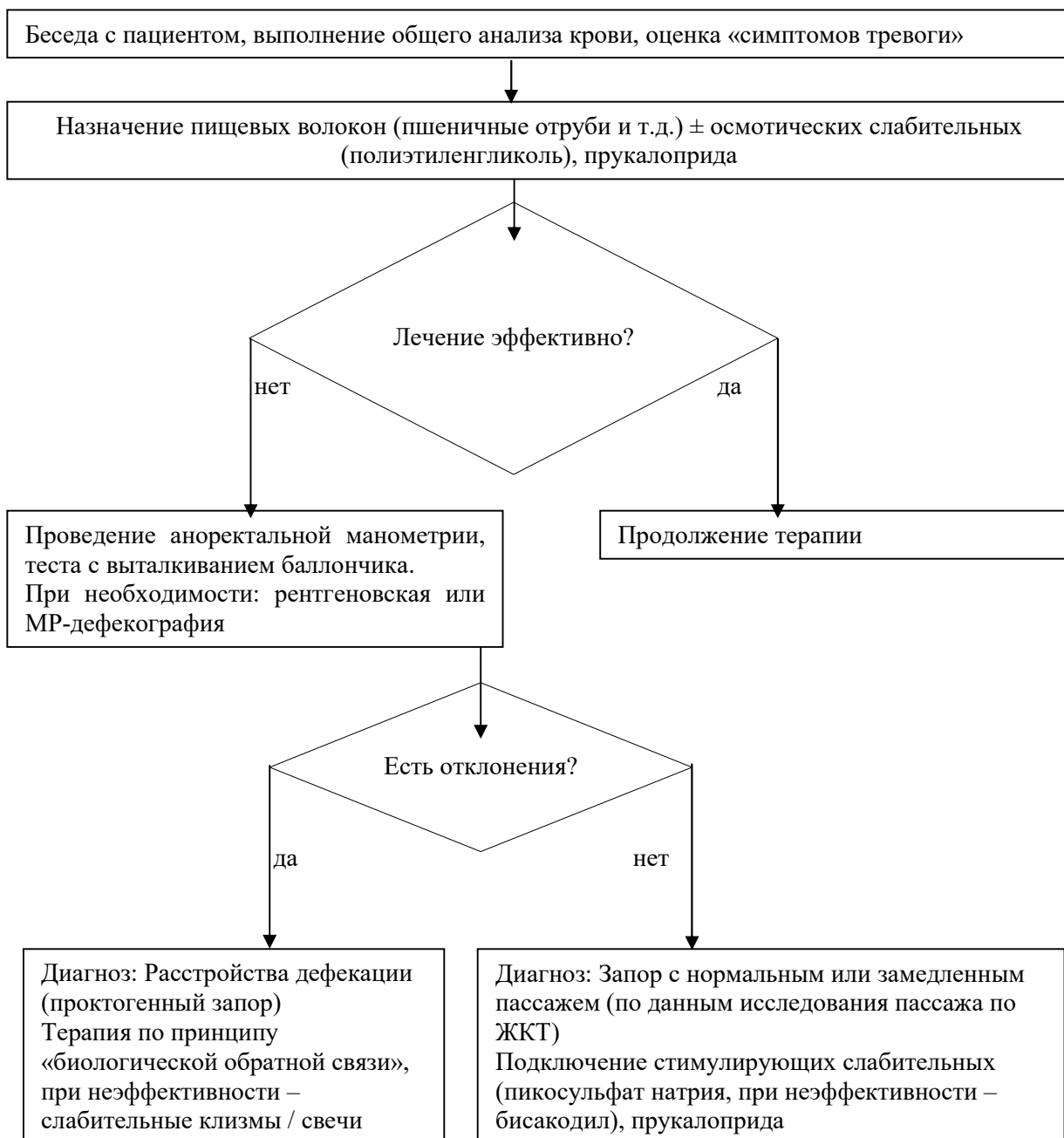
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Рецидивирующая боль животе, возникающая по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более)

- Связана с дефекацией
- Связана с изменением частоты стула
- Связана с изменением консистенции стула (со слов пациента, оценка по Бристольской шкале форм кала)



Приложение Б1. Алгоритм диагностики синдрома раздраженного кишечника.



Приложение Б2. Алгоритм диагностики и лечения хронического запора.

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 устанавливают 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 симптоматических лекарственных препаратов (спазмолитиков, пробиотиков, ~~препаратов~~ пищевых волокон), у части пациентов оказываются эффективны препараты, влияющие на повышенную чувствительность кишечника, а также уменьшающие выраженность тревоги и депрессии (антидепрессанты, нейрорептики). Больных СРК нередко одновременно беспокоят несколько симптомов (не только боль в животе, но и запор, диарея, вздутие живота, боли в суставах, 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 лечение именно на этом основном проявлении СРК.

Ниже представлен вариант диеты, который нередко оказывается эффективным при лечении СРК.

Вариант диеты с низким содержанием олиго-ди-моносахаридов

День 1

Завтрак:

Молочно-банановый коктейль.

Ингредиенты:

- Безлактозное молоко
- 0% йогурт
- Банан
- Натуральное арахисовое масло
- Какао-порошок
- ¼ чашки геркулеса
- 1 ч.л. меда (по вкусу)
- ¼ ч.л. ванили

- Нарезанный банан
- Измельченный арахис

Смешать в блендере молоко, йогурт, банан, арахисовое масло, какао-порошок, геркулес, мёд и ваниль. Получившийся коктейль вылить в чашку, украсить нарезанным бананом и измельчённым арахисом.

Кофе /чай с мятой/ вода

Обед:

Безглютеновый хлеб + курица или тунец или яйцо или шпинат + майонез

Чай с мятой или вода

Ужин:

Безглютеновая паста болоньезе

Ингредиенты:

- Спагетти (без глютена)
- Говяжий фарш
- Вяленые помидоры
- Жёлтый или красный перец
- Зелёный лук (только зелёная часть)
- Орегано (свежий или сухой)
- Базилик (свежий или сухой)
- Соль и перец по вкусу
- Пармезан (при желании)
- Чёрный чай или чай с мятой

Дополнительно:

Горсть грецких орехов (30 гр)

Чёрный чай или чай с мятой

День 2

Завтрак:

Безглютеновый тост + арахисовое масло

Кофе или чай с мятой или вода

Обед:

Ризотто с тыквой и морковью. Либо как самостоятельное блюдо, либо в сочетании с рыбой.

Ингредиенты:

- Тыква

- Морковь
- соль, перец (по вкусу)
- Рис
- Лук-порей
- Оливковое масло
- Куриный или овощной бульон (перец, морковь, капуста, помидор, картофель)

- 2 лимона (2 и ½ ст.л. лимонного сока и 2 ч.л. цедры лимона)
- Шпинат
- Свежая рубленая кинза
- Тертый сыр Пармезан (по желанию).

Чай с мятой

Ужин:

Лапша из коричневого риса с креветками.

Ингредиенты:

- Несолёный соевый соус без глютена
- Коричневый сахар или кленовый сироп
- Свежий сок 1-2 лаймов
- Рисовый уксус
- Кунжутное масло
- Растительное масло
- Красный перец
- Тёртая морковь
- Свежий имбирь
- Шпинат
- Очищенные креветки
- Чёрный перец
- Лапша из коричневого риса
- Зеленый лук (только зеленая часть).

Чёрный чай или чай с мятой и мёдом

Дополнительно:

1 чашка тертой моркови, ломтики огурца, 2-3 столовые ложки творога.

Ломтики дыни

Завтрак:

¼ чашки геркулеса, приготовленного с добавлением безлактозного молока, ½ банана.

Кофе/ чай с мятой

Обед:

Куриный (овощной) бульон с гренками (из безлактозного хлеба).

Коричневый рис + салат (отварная фасоль, кукуруза консервированная, листья салата, эстрагон, помидоры черри, зелёный лук (только зелёная часть), курица или креветки, сыр чеддер; заправка - оливковое масло, лимонный сок)

Чай с мятой

Ужин:

Курица, обжаренная в киноа с пармезаном+коричневый рис.

Ингредиенты:

- Куриная грудка
- Безлактозное молоко
- Картофельный крахмал
- Соль, перец
- Яйца
- Киноа
- Базилик (свежий)
- Пармезан
- Соус «Маринар» (масло оливковое, помидор, базилик, зеленый лук, морковь, орегано, соль, перец, лист лавровый).
- Сыр Моцарелла
- Чай с мятой и мёдом

Дополнительно:

200 г безлактозного йогурта.

Сорбет (лимон или черника).

День 4

Завтрак:

Омлет (на безлактозном молоке) со шпинатом, красным перцем и сыром Чеддер.
Апельсин.

Кофе/ чай с мятой

Обед:

Фаршированный печёный картофель

Ингредиенты:

- Картофель (запечь, разрезать пополам, вырезать сердцевину).
- Начинка (1 столовая ложка безлактозного молока, 2 чайные ложки

сливочного масла, сыр Чеддер (1/4 чашки).

Смешать с пюре, выложить обратно в кожуру. Сверху можно посыпать обжаренным красным перцем и нарезанным зелёным луком.

Чай с мятой/ Чёрный чай

Ужин:

Жареный стейк из постного мяса; Биб-латук (разновидность зеленого салата) с тёртой морковью, помидорами черри, ломтиками оранжевого перца, заправка - красный винный уксус и оливковое масло.

Чай с мятой

Дополнительно:

2-3 столовые ложки творога с черносливом (3-4 шт)

День 5

Завтрак:

Овсянка (1/2 стакана, приготовленная на воде или безлактозном молоке) + ½ стакана ягод (земляника, голубика) + 1 столовая ложка измельчённых грецких орехов

Кофе/чёрный чай/чай с мятой

Обед:

Тыквенный суп-пюре с безлактозными сливками.

Кунжутное тофу с брокколи и орехами

Ингредиенты:

- Твердый тофу
- Соевый соус (несоленный, без глютена)
- Кунжутное масло
- Семена кунжута
- Брокколи
- Арахисовое масло
- Чесночное масло (масло, в которое предварительно добавлены зубчики чеснока)
- Сушеный или свежий имбирь
- Кедровые или грецкие орехи

Чай с мятой/вода/томатный сок

Ужин:

Фаршированный перец. Фарш индейки или говядины обжарить до золотистого цвета, посолить, поперчить, Перемешать с равным количеством варёного риса. Смешать в небольших количествах сыр фета, зелёный лук и петрушку. Выложить всё в перец и запекать до того момента, пока перец не станет мягким, а сыр не расплавится.

Чай с мятой и мёдом

Дополнительно:

орехи макадамия

День 6

Завтрак:

Кукурузные хлопья или рисовые хлопья (без глютена) + молоко безлактозное+ ½ банана + 1 столовая ложка семян тыквы

Кофе/вода/ апельсиновый сок/ чай с мятой

Обед:

Суп-пюре (картофель, куриная грудка, кабачок, безлактозные сливки, соль, перец по вкусу).

Лимонный сорбет.

Чай с мятой

Ужин:

Шакшука (оливковое масло, небольшая луковица, 1 зубчик чеснока, перец, соус «Маринар», петрушка, яйца, тост из безлактозного хлеба).

Чай с мятой/чёрный чай

Дополнительно:

клубника, черника с безлактозным йогуртом.

День 7

Завтрак:

Яйцо пашот на тосте (безлактозный хлеб).

Кофе или чай с мятой или вода

Обед:

Сэндвич: безглютеновый хлеб, жареный сыр Чеддер, томат, ветчина. Подавать с салатом (1 чашка мелконарезанной капусты, 5 помидоров черри, 1 столовая ложка семян тыквы, оливковое масло, лимонный сок).

Фрукты (банан или мандарин или киви)

Чай с мятой

Ужин:

Овощи на гриле (кабачок, баклажан, помидор, картофель) с запеченной рыбой.

Чай с мятой и мёдом

Дополнительно:

безлактозный йогурт (возможно добавление черники, клубники).