Синдром раздраженного кишечника

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K52.3, K52.9, K58.0, K58.1, K58.2, K58.3, K58.8, K58.9 · Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль связана с дефекацией и изменениями частоты или формы стула. Рекомендация посвящена диагностике после исключения органической патологии и симптоматическому лечению взрослых и детей с учетом варианта СРК.

Главное

- СРК диагностируют по Римским критериям IV: рецидивирующая боль в животе не реже 1 раза в неделю, связанная минимум с двумя признаками — дефекацией, изменением частоты или формы стула; симптомы должны сохраняться последние 3 месяца при общей длительности не менее 6 месяцев.
- Выделяют СРК с запором, с диареей, смешанный и неклассифицируемый варианты. При запоре типы 1–2 по Бристольской шкале встречаются более чем в 25% дефекаций, при диарее — типы 6–7; при смешанном варианте оба диапазона превышают 25%.
- СРК не повышает риск колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника и не увеличивает смертность, но может существенно ухудшать качество жизни.
- Симптомы тревоги требуют углубленного обследования: потеря массы тела, начало болезни в пожилом возрасте, ночные симптомы, прогрессирование, постоянная боль как ведущий симптом, семейный анамнез рака толстой кишки, целиакии или воспалительных заболеваний кишечника, лихорадка, изменения со стороны внутренних органов, снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз, повышение СОЭ, скрытая кровь в кале и изменения биохимических показателей.
- Специфической профилактики и планового диспансерного наблюдения при СРК не требуется. Повторное обследование проводят индивидуально при появлении новых симптомов, прежде всего симптомов тревоги, или при резистентном течении.
- Тактика должна быть индивидуальной: врач и пациент согласуют понимание заболевания, цели лечения, ожидаемые сроки эффекта, возможные нежелательные явления и границы лекарственной терапии.

Диагностика

1. Уточнить частоту и характер боли, ее связь с дефекацией и приемом пищи, особенности стула, вздутие, ночные симптомы, динамику болезни, семейный анамнез и возможные эмоциональные нарушения.
2. Сопоставить симптомы с Римскими критериями IV. Одновременно активно искать симптомы тревоги; диагноз рассматривается как диагноз исключения.
3. Провести физикальное обследование для исключения органического заболевания; оно обязательно включает осмотр перианальной области и пальцевое трансректальное исследование. У ребенка дополнительно измеряют рост и массу тела.
4. Всем пациентам с подозрением на СРК выполнить общий анализ крови, определить С-реактивный белок и провести биохимический анализ крови. Взрослым также исследуют кал на скрытую кровь; детям — общий анализ мочи и копрологическое исследование.
5. При диарейном и смешанном вариантах определить антитела к тканевой трансглутаминазе: IgA, а при селективном дефиците IgA — IgG; исследовать кал на инфекционные причины, кальпротектин и токсины A и B Clostridioides difficile.
6. Провести водородно-метановый дыхательный тест с декстрозой или лактулозой для выявления СИБР, УЗИ органов брюшной полости и эзофагогастродуоденоскопию для исключения органической патологии. Всем взрослым рекомендована колоноскопия с биопсией терминального отдела подвздошной кишки и ободочной кишки с гистологической оценкой.
7. У детей колоноскопию выполняют селективно при красных флагах. Илеоколоноскопию не следует проводить при кальпротектине менее 50 мг/г; при отсутствии красных флагов и кальпротектине менее 250 мкг/г в двух образцах дальнейшее обследование на ВЗК не проводят, а значения более 250 мкг/г в двух

отдельных образцах у детей с симптомами поражения желудочно-кишечного тракта, указывающими на возможное ВЗК, подтверждают необходимость илеоколоноскопии.

Лечение

- Питание подбирают индивидуально с исключением продуктов, усиливающих симптомы. Пациенту следует есть регулярно, не пропускать приемы пищи, избегать длительных перерывов и вести пищевой дневник; при диарейном и смешанном вариантах возможна аглютеновая диета. Рекомендуются умеренные физические нагрузки.
- При боли в животе назначают спазмолитики — УУР А, УДД 1. Среди препаратов с отмеченной эффективностью указаны гиосцина бутилбромид, пинаверия бромид и отилония бромид; также может применяться мебеверин.
- Алверин с симетиконом применяют для уменьшения боли: в капсуле 60 мг алверина и 300 мг симетикона; УУР В, УДД 2 для взрослых и УУР С, УДД 5 для детей. Детям препарат разрешен с 14 лет.
- При диарее применяют лоперамид; у взрослых с диарейным СРК также возможны смектит диоктаэдрический — 1 пакетик 3 раза в день в течение 8 недель — и рифаксимин внутрь 400 мг каждые 12 часов 10 дней, УУР А, УДД 1. Детям рифаксимин назначают с 7 лет в суточной дозе 600 мг, разделенной на 3 приема, курсом 7 дней.
- При запоре используют объемообразующие слабительные, включая оболочку семян подорожника овального не менее 10 г/сут, УУР В, УДД 2; осмотические слабительные, включая полиэтиленгликоль, лактулозу и лактитол, УУР С, УДД 5; контактные слабительные, включая бисакодил, УУР А, УДД 2. Курс контактных средств не должен превышать 10–14 дней.
- Взрослым с запором при отсутствии эффекта от слабительных назначают прукалоприд: 1 мг 1 раз в сутки лицам старше 65 лет или 2 мг 1 раз в сутки лицам моложе 65 лет, УУР В, УДД 1. Детям до 18 лет препарат не рекомендуют.
- Взрослым при недостаточном эффекте спазмолитиков для уменьшения боли назначают антидепрессанты, УУР В, УДД 1. Для амитриптилина указаны поддерживающие дозы 10 мг 1 раз в сутки или 75 мг перед сном; максимальный эффект может формироваться до 8 недель, а дозу повышают еженедельно.
- Штаммоспецифические пробиотики назначают для уменьшения симптомов СРК, УУР А, УДД 1. В тексте приведены схемы: Bifidobacterium longum + Enterococcus faecium — 2×10^7 КОЕ 3 раза в день 14 дней вместе с лечением; Saccharomyces boulardii — 5×10^9 КОЕ 2 раза в день 28 дней в монотерапии.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении СРК пациента направляют к гастроэнтерологу или колопроктологу; консультация должна состояться не позднее 30 рабочих дней с даты направления.
- В стационар или дневной стационар направляют при необходимости сложных интервенционных диагностических вмешательств либо специализированного лечения, требующего наблюдения в стационарных условиях.
- Детей с впервые выявленным СРК и яркой клинической симптоматикой обследуют и лечат в гастроэнтерологическом или педиатрическом отделении; при слабых или умеренных проявлениях лечение проводят амбулаторно.
- Показания к госпитализации ребенка: выраженное обострение с сильной болью, диспепсией, диареей или длительным запором; сочетание СРК с соматической патологией; необходимость дифференциальной диагностики с органическим заболеванием ЖКТ.

Частые вопросы

Какие критерии позволяют поставить диагноз СРК?

Нужна рецидивирующая боль в животе не реже 1 раза в неделю, связанная как минимум с двумя признаками: дефекацией, изменением частоты или формы стула. Симптомы должны быть в последние 3 месяца, а общая продолжительность — не менее 6 месяцев; органические причины и симптомы тревоги должны быть исключены.

Когда при СРК нужна колоноскопия?

В рекомендации указано проведение всем взрослым колоноскопии с биопсиями терминального отдела подвздошной и ободочной кишки с гистологией. У детей исследование выполняют селективно при красных флагах; при отсутствии красных флагов и кальпротектине менее 250 мкг/г в двух образцах дальнейшие исследования на ВЗК не проводят.

Чем купировать боль при СРК?

При боли назначают спазмолитики, УУР А, УДД 1; возможны также алверин с симетиконом и мебеверин. Если у взрослого спазмолитики неэффективны, для уменьшения боли применяют антидепрессанты, УУР В, УДД 1.

Как лечить диарейный вариант СРК?

Для купирования диареи применяют лоперамид. У взрослых также могут использоваться смектит диоктаэдрический по 1 пакетику 3 раза в день 8 недель и рифаксимин 400 мг каждые 12 часов 10 дней; рифаксимин имеет УУР А, УДД 1.

Какая тактика при СРК с запором?

При запоре применяют объемообразующие или осмотические слабительные; для оболочки семян подорожника овального указана доза не менее 10 г/сут. Контактные слабительные применяют курсом не более 10–14 дней, а прукалоприд у взрослых назначают при отсутствии эффекта от указанных выше слабительных средств.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/892-sindrom-razdrazhennogo-kishechnika. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/892_1