

Рекомендовано  
Экспертным советом  
РГП на ПХВ «Республиканский центр  
развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Республики Казахстан  
от «15» сентября 2015 года  
Протокол № 9

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

### I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

**1. Название протокола:** Синдром раздраженного кишечника у детей

**2. Код протокола:**

**3. Код (ы) по МКБ-10:**

K58 Синдром раздраженного кишечника

K58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей

K58.9 Синдром раздраженного кишечника без диареи

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| АД           | – | артериальное давление;                                  |
| АЛТ          | – | аланинаминотрансфераза;                                 |
| АСТ          | – | аспартатаминотрансфераза;                               |
| Анти-tTG IgA | – | антитела к тканевой трансглутаминазе IgA;               |
| ЖКТ          | – | желудочно-кишечный тракт;                               |
| ИФА          | – | иммуноферментный анализ;                                |
| МКБ          | – | международная классификация болезней;                   |
| СИБР         | – | синдром избыточного бактериального роста;               |
| СОЭ          | – | скорость оседания эритроцитов;                          |
| СРБ          | – | «С» реактивный белок;                                   |
| СРК          | – | синдром раздражённого кишечника;                        |
| ТТГ          | – | тиреотропный гормон;                                    |
| $T_3$        | – | трийодтиронин;  |
| УЗИ          | – | ультразвуковое исследование;                            |
| ФЭГДС        | – | фиброэзофагогастродуоденоскопия;                        |
| ЭГДС         | – | эзофагогастродуоденоскопия;                             |
| IBS-C        | – | синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора; |

- IBS-D – синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи;
- IBS-M – смешанный синдром раздраженного кишечника;
- IBS-U – не классифицируемый синдром раздраженного кишечника;
- VIP – вазоинтестинальный пептид.

**5. Дата разработки протокола:** 2015 г.

**6. Категория пациентов:** дети.

**7. Пользователи протокола:** педиатры, гастроэнтерологи детские, врачи общей практики.

## II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

|     |   |
|-----|---|
| А   | Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.   |
| В   | Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.   |
| С   | Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+).<br>Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++)или+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию. |
| D   | Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.   |
| GPP | Наилучшая фармацевтическая практика.  |

## 8. Определение:

СРК – это комплекс функциональных нарушений кишечника, наиболее частыми симптомами которого, являются нарушение самого акта дефекации, различные варианты абдоминального болевого синдрома и отсутствие при этом значимых воспалительных или иных органических изменений кишечной трубки.[1–3] (УД – А).

## **9. Клиническая классификация[1,2]:**

- СРК с преобладанием запора;
- СРК с преобладанием диареи;
- СРК смешанный;
- СРК не классифицируемый.

## **10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:**

### **Показания для плановой госпитализации:**

- длительность заболевания (болевого синдром, диарея или задержка стула) более 3-х месяцев;
- неэффективность амбулаторного лечения;
- необходимость исключения органической патологии кишечника.

**Показания для экстренной госпитализации:** нет.

## **11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**

### **11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:[3–9] (УД – А).**

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- исследование кала (копрограмма) общеклиническое;
- исследование кала на простейшие и гельминты;
- обнаружение скрытой крови в кале (качественное);
- бактериологическое исследование испражнений на патогенную и условно – патогенную микрофлору.

### **11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, СРБ (количественное));
- УЗИ комплексное органов брюшной полости;
- бактериологическое исследование испражнений на кишечный дисбактериоз.

**11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:** согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

### **11.4 Основные (обязательные) диагностические исследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические исследования, не проведенные на амбулаторном уровне):**

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- обзорная рентгенография органов брюшной полости;

- бактериологическое исследование испражнений на патогенную и условно-патогенную микрофлору (выделение чистой культуры);
- исследование кала (копрограмма) общеклиническое;
- обнаружение скрытой крови в кале качественное;
- определение общей альфа-амилазы в сыворотке крови;
- определение общей альфа-амилазы в моче;
- ультразвуковая диагностика комплексная (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки);
- пальцевое исследование прямой кишки.
- тотальная фиброколоноскопия.

### **11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне):**

- определение антител к тканевой трансглутаминазе IgA (анти - tTG IgA);
- определение тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение свободного трийодтиронина (Т3) в сыворотке крови ИФА – методом;
- определение тиреоглобулина в сыворотке крови ИФА-методом;
- определение кальпротектина (маркер воспаления) в кале;
- фиброэзофагогастродуоденоскопия;
- компьютерная томография толстого кишечника (виртуальная колоноскопия).

### **11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся.**

## **12. Диагностические критерии постановки диагноза\*\* [3-16] (УД – В):**

### **12.1 Жалобы:**

- рецидивирующую абдоминальную боль или дискомфорт в животе (чувство сдавления, распирающего, вздутия), связанные с дефекацией, изменениями частоты и характера стула или другими признаками.

Негастроэнтерологические жалобы:

- характерные для неврологических и вегетативных расстройств – головная боль, боли в поясничной области, чувство кома в горле, сонливость или, наоборот, бессонницу, дизурию, нарушение менструального цикла у девочек.

Клинические симптомы СРК, согласно Римским критериям III (2006):

- частота дефекации менее 3 раз в неделю или более 3 раз в день;
- шероховатый и твёрдый, либо мягкий и водянистый стул;
- натуживание во время дефекации;
- императивные позывы к дефекации (невозможность задержать опорожнение кишки), ощущение неполного опорожнения кишки;

- Выделение слизи во время дефекации;
- Чувство переполнения, вздутия или переливания в животе.

Все перечисленные жалобы могут усиливаться при стрессовых ситуациях (экзамены, контрольные, ссоры и др.).

### **Анамнез:**

- боль сразу после еды, вздутие живота, усиление перистальтики, урчание, диарея или запоры. Боли стихают после дефекации и отхождения газов, как правило, не беспокоят по ночам. Как правило, периоды болей в животе длятся несколько дней, а затем стихают. Болевой синдром при СРК не сопровождается потерей массы тела, лихорадкой, анемией, увеличением СОЭ. Нарушение стула в виде утренней диареи, возникающая после завтрака, в первую половину дня; отсутствие диареи по ночами и во время сна; примесь слизи в кале. Патологической считают частоту стула более 3 раз в день (диарея) и менее 3 раз в неделю (запоры), связанные с двумя или более из нижеследующих признаков:

- улучшение после дефекации;
- натуживание при дефекации;
- начало, связанное с изменением частоты стула;
- начало, связанное с изменением формы стула;
- патологическая форма стула (комковатый/твердый стул или жидкий/водянистый стул);
- императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи и вздутие.
- нерезультативные позывы к дефекациям, слишком сильные потуги;
- при дефекации - присутствие в кале слизи, обильное выделение газов.
- наследственность (частые заболевания желудочно-кишечного тракта у родственников);
- особенности раннего развития ребенка (дисбиоз, кишечные инфекции на первом году жизни)
- стрессовые факторы и хроническая утомляемость (сильные эмоциональные переживания, большие нагрузки в школе)
- потребление некоторых продуктов питания (избыток мучных продуктов, кофеина, шоколада и др.)
- особенности личности ребенка (повышенная впечатлительность, обидчивость, частая смена настроения или, наоборот, все переживания «в себе», без выраженных внешне эмоций);
- гормональные изменения (в период полового созревания).

**Согласно Римским Критериям III, при диагностике и разделении синдрома раздраженного кишечника (СРК) (IBS) необходимо ориентироваться по преобладающей форме стула:**

**1. СРК с преобладанием запора (IBS-C):** твердый или комковатый стул (тип 1-2) — >25% дефекаций и жидкий или водянистый стул (тип 6-7) — <25% дефекаций без применения антидиарейных или слабительных средств.

**2. СРК с преобладанием диареи (IBS-D):** жидкий или водянистый стул (тип 6-7) — >25% дефекаций и твердый или комковатый стул (тип 1-2) — <25% дефекаций без применения антидиарейных или слабительных средств.

**3. Смешанный СРК (IBS-M):** твердый или комковатый стул —> 25% дефекаций и жидкий или водянистый стул —> 25% дефекаций без применения антидиарейных или слабительных средств.

**4. Неклассифицируемый СРК (IBS-U):** недостаточная выраженность отклонений консистенции стула для перечисленных вариантов.

При этом для каждого из вариантов в «Римских критериях III» предусмотрены минимальные и максимальные варианты встречаемости нетипичного характера каловых масс, учет которых проводится без применения противодиарейных или слабительных средств. Принимая во внимание, что эта классификация – путь к унифицированному описанию и пониманию больных, у которых дефекация часто изменяется в течение времени (запор сменяется поносом и наоборот), предложен термин «**перемежающийся СРК**» (IBS-A) и выделяют еще одну форму СРК. Это **постинфекционный СРК (PI-IBS)**, развившийся после перенесенных острых кишечных инфекций. К этой форме заболевания, несмотря на ее отсутствие в «Римском консенсусе III», привлечено большое внимание специалистов и исследователей. Данное состояние описано более полувека назад [G.T. Stewart, 1950] и, по данным современных авторов, у 7–33% пациентов, перенесших кишечные инфекции в период от 3–4 мес. до 6 лет, развивается картина СРК. Возникающие при этом трудности практически врачам предложено решать с применением Бристольской шкалы формы кала (рисунок 1) [3,7,8,16, 17].

### Рис.1 Бристольская шкала формы кала

Тип 1. Отдельные твердые комки, как орехи (труднопроходящие)



Тип 2. Колбасовидный, но комковатый



Тип 3. Колбасовидный, но с трещинами на поверхности



Тип 4. Колбасовидный или змеевидный, гладкий и мягкий



Тип 5. Мягкие комочки с четкими краями (легкопроходящий)



Тип 6. Пушистые рваные кусочки, пористый кал



Тип 7. Водянистый, без твердых кусочков, целиком жидкость

### 12.2 Физикальное обследование:

- Общий осмотр – выявление признаков системного заболевания, симптомов интоксикации – отсутствие симптомов интоксикации и других патологических сдвигов. Возможны симптомы вегетативных расстройств.
  - Осмотр области живота – (осмотр, аускультация, пальпация) – без патологических проявлений, кроме умеренного вздутия; аускультация - без особенностей; пальпация: умеренная болезненность по ходу толстого кишечника.
  - Исследование перианальной области – без патологии.
  - Пальцевое исследование прямой кишки – без патологии.
- Обнаружение каких-либо отклонений от нормы (гепатоспленомегалия, отёки, свищи и т.д.) при физикальном обследовании свидетельствует против диагноза СРК. (Алгоритм диагностики – Приложение 1)

**12.3 Лабораторные исследования:** нет патологических сдвигов.

**12.4 Инструментальные исследования:** без патологических изменений.

**12.5 Показания для консультации узких специалистов:**

- гастроэнтеролога – на амбулаторном уровне для решения вопроса о госпитализации;
- психоневролога – для исключения психических расстройств;
- невролога – для исключения патологического состояния со стороны ЦНС;
- уролог – при наличии внекишечных проявлений у пациентов: дизурия, боли в пояснице для исключения патологии органов мочевого выделения.
- хирурга – при наличии выраженного болевого абдоминального синдрома, для исключения аномалии развития толстого кишечника;
- эндокринолог – для исключения гипотиреоза, тиреотоксикоза и сахарного диабета;
- гинеколога – для исключения гинекологических заболеваний;
- инфекциониста – для исключения кишечных инфекции (амёбные, бактериальные, глистные инвазии).

**12.6 Дифференциальный диагноз:**

Для детского возраста симптомами, исключающими диагноз СРК (Римские критерии III, 2006), считают:

- немотивированное уменьшение массы тела;
- сохранение симптомов ночью (во время сна);
- постоянную интенсивную боль в животе;
- прогрессирование ухудшения состояния;
- лихорадку;
- ректальные кровотечения;
- безболезненные поносы;
- стеаторею;
- непереносимость лактозы, фруктозы и глютена;

- изменение лабораторных показателей.

Дифференциальный диагноз проводится со следующими заболеваниями и состояниями:

- кишечные инфекции (бактериальные, вирусные, амёбные);
- воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона);
- синдромом мальабсорбции (постгастроэктомический, панкреатический, энтеральный);
- патологические состояния со стороны ЦНС (переутомление, испуг, эмоциональные нагрузки, волнение);
- психопатологические состояния (депрессия, синдром тревоги, панические атаки, синдром соматизации);
- нейроэндокринные опухоли (карциноидный синдром, опухоль, зависящая от вазоинтестинального пептида);
- эндокринные заболевания (тиреотоксикоз);
- функциональные состояния у женщин (предменструальный синдром, беременность);
- проктоанальная патология (диссинергия мышц тазового дна, синдром опущения промежности, одиночная ректальная язва);
- неадекватные реакции на пищевые продукты (кофеин, алкоголь, жиры, молоко, овощи, фрукты, чёрный хлеб и др.), обильный приём пищи, изменение привычек питания;
- побочные реакции на прием лекарственных средств (слабительные, препараты железа, желчных кислот).

Самой распространенной патологией, сопровождающейся проявлениями СРК, является врожденная ферментопатия - лактазная и дисахаридазная недостаточность, простейшим способом диагностики которой, является диета с исключением цельного молока и творога, сорбитола (жевательная резинка), усвоение которых требует достаточного количества лактазы или дисахаридазы.

Органические заболевания кишечника - колоректальный рак, полипоз, дивертикулез, болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, микроскопические колиты, мастоцитоз, кишечные инфекции, паразитарные инфекции, синдром мальабсорбции, синдром короткой тонкой кишки, долихосигма, целиакия, туберкулез обязательно входят в круг дифференциально-диагностического поиска.

Нейроэндокринные опухоли ЖКТ, в первую очередь гастриномы, карциноидный синдром и VIP-омы, на первых стадиях могут протекать под маской диарейной или болевой формы СРК. Гинекологические болезни (чаще эндометриоз и пластический рубцовый перитонит) могут иметь типичную для СРК клиническую картину. Среди эндокринных заболеваний чаще тиреотоксикоз и сахарный диабет с автономной диабетической энтеропатией протекают по типу диарейной формы СРК.



### **13. Цели лечения:**

- исчезновение болевого синдрома и дискомфорта;
- нормализация моторики кишечника;
- улучшение психоэмоционального тонуса. [18-21] (УД – В)

### **14. Тактика лечения\*\*[18-48] (УД – А):**

#### **14.1 Немедикаментозное лечение:**

##### **Режим:**

- достаточный ночной сон (7-8 часов);
- ограничение времени просмотра телевизора и работы за компьютером до 30-60 минут в день;
- ежедневные игры и прогулки на свежем воздухе;
- умеренная физическая активность;
- коррекция психоэмоциональной неустойчивости – аутотренинг, психотерапевтические меры.

**Диетотерапия:** является ключевым моментом в терапии – регулярный прием пищи, потребление достаточного количества жидкости. Снижение потребления продуктов с лактозой, фруктозой, сорбитом.

##### **Диета при СРК, протекающем с запором:**

- разнообразные напитки, газированные воды в холодном виде;
- хлеб ржаной и хрустящие хлебцы с отрубями;
- однодневные молочнокислые продукты (кефир, ацидофильное молоко, простокваша, мацони), сметана, творог;
- сливочное и растительное масло;
- мясо и рыба в любом виде;
- супы в холодном виде;
- крупы (гречневая, ячневая, перловая);
- яйца вкрутую;
- сырые овощи и фрукты (морковь, чернослив, квашеная капуста, абрикосы).

То есть, при преобладании запоров – включить продукты, богатые пищевыми волокнами. Исключаются кофе, крепкий чай, какао, шоколад, кисели, слизистые супы, протертые каши, сдобное тесто. Ограничиваются блюда в горячем виде.

При запоре, сопровождающемся болью - овощи дают в отварном и протертом виде, мясо рубленое или отварное. При запоре в сочетании с выраженным метеоризмом в рационе ограничивают капусту, картофель, бобовые, арбуз, виноград, ржаной хлеб и цельное молоко.

##### **Диета при СРК, с преобладанием диареи:**

Пищу следует принимать 5-6 раз в день небольшими порциями. При диарейном синдроме – ограничить содержание грубой клетчатки, поваренную соль, сахар и сахаристые вещества.

##### **Рекомендуется:**

- крепкий черный чай, отвар из черники, белые сухари, сухое несдобное печенье;

- молочнокислые продукты
- масло сливочное в небольшом количестве;
- яйца и яичные блюда в ограниченном количестве;
- рисовый или овсяный отвар.

## **14.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне и стационарном уровне:**

### **С целью регуляции моторно-эвакуаторной функции:**

Тримебутин – детям 3-5 лет по 25 мг за 15 мин. до еды 3 раза в день перорально, детям 5-12 лет 50 мг за 15 мин. до еды 3 раза в день перорально, детям с 12 лет: по 100-200 мг 3 раза в сутки за 15 мин. до еды 3 раза в день перорально – длительность приема определяют индивидуально, но не более 2 месяцев.

**При склонности к запорам:** Лактулоза (дозу препарата подбирают индивидуально) детям в возрасте от 1 до 6 лет – 5-10 мл перорально 1 раз в день утром во время еды; от 7 до 14 лет начальная доза составляет 15 мл, поддерживающая – 10 мл. Длительность приема определяют индивидуально, но не более 1 месяца.

Макрогол – детям старше 8 лет внутрь в дозе 10-20 г (предварительно растворить в 50 мл воды) один раз в сутки, утром во время еды, перорально. Курс лечения – до 3 месяцев.

**С целью купирования диареи:** Лоперамид – детям старше 5 лет по 2 мг/сутки в 2-3 приема перорально, до нормализации стула или при отсутствии стула более 12 ч.(УД – В).

### **С целью купирования болевого синдрома и чувства дискомфорта (в качестве альтернативы при непереносимости других спазмолитических препаратов):**

Дротаверин гидрохлорид – детям с 6 лет 80-200 мг в 2-5 приема, максимальная суточная доза 240 мг, длительность 3-5 дней, перорально.

Гиосцина-бутил-бромид – суточная доза 0,3-0,6 мг /кг массы тела в 2-3 приема; максимальная суточная доза – 1,5 мг на кг массы тела, длительность 3-5 дней, перорально.

Папаверин – от 6 мес до 2 лет по 5 мг, 3–4 лет по 5–10 мг, 5–6 лет по 10 мг, 7–9 лет по 10–15 мг, 10–14 лет по 15–20 мг. п/к или в/м 2–4 раза в сутки; в/в медленно – 20 мг с предварительным разведением в 10–20 мл 0,9% раствора NaCl; ректально по 20–40 мг 2–3 раза в день. Длительность 3-5 дней

**Для купирования метеоризма:** Симетикон по 1-2 ч. ложки эмульсии или 1-2 капсулы 3-5 раз в день, перорально, детям раннего возраста – по 1 ч. ложке 3-5 раз в день. Длительность курса определяется степенью болевых ощущений.

**При депрессивных состояниях, сопровождающихся нарушениями сна, ажитацией, тревожностью (по назначению психоневролога):** Амитриптилин – детям с 12 лет 10-30 мг или 1-5 мг/кг/сутки, дробно, перорально, после еды до 50 мг в сутки, длительность 4-6 недель;

Тофизепам – перорально по 25-50 мг 1-3 раза в день; максимальная суточная доза – 150 мг. Курс лечения – от 4 до 12 недель.

**Для подготовки к эндоскопическим или рентгенологическим исследованиям на стационарном уровне:** детям старше 15 лет макрогол 4000 из расчета 1

пакетик на 15-20 кг массы тела (Содержимое 1 пакетика необходимо развести 1 литром воды). Один стакан раствора принимают в течение 10 минут, затем 1 литр – за следующие 60 минут. Рассчитанную дозу макрогола можно принять однократно, перорально или в 2 приема (утром и вечером). Если запланированная процедура или операция состоится утром, то раствор выпивают вечером.

### **14.3. Другие виды лечения:**

#### **14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:**

различные психотерапевтические методы.

**14.3.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне:** различные психотерапевтические методы.

**14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой медицинской помощи:** не проводятся.

**14.4. Хирургическое вмешательство:** нет.

**14.5. Профилактические мероприятия:** соблюдение режима питания, исключение неоправданного применения лекарственных препаратов.

### **14.6. Дальнейшее ведение:**

Прогноз заболевания благоприятный, но ухудшается у пациентов с тяжелой степенью заболевания. Течение хроническое, рецидивирующее, но не прогрессирующее и не осложненное. Риск развития воспалительных заболеваний кишечника и колоректального рака у больных СРК такой же, как и в общей популяции[7,47,48].

### **15. Индикаторы эффективности лечения.**

- отсутствие болевого синдрома и диспепсического синдромов, дискомфорта, нормализация моторики кишечника и психоэмоционального статуса;
- ремиссия;
- улучшение самочувствия без существенной положительной динамики объективных данных (частичная ремиссия).

### **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Шарипова Майра Набимуратовна – доктор медицинских наук, РГКП «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г.Алматы, заместитель директора по научной работе и постдипломному образованию, врач – педиатр высшей квалификационной категории;

2) Кульниязова Гульшат Матаевна – доктор медицинских наук, РГП и ПХВ «Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова», г.Актобе, профессор кафедры Общая врачебная практика №1

с курсом коммуникативных навыков, врач-педиатр высшей квалификационной категории;

3) Тукбекова Бибигуль Толеубаевна – доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», профессор, заведующая кафедрой Детские болезни №2, Председатель ассоциации педиатров и специалистов педиатрического профиля Карагандинской области, г.Караганда.

4) Такирова Айгуль Тулеухановна – врач-педиатр высшей квалификационной категории, ассистент кафедры Общая врачебная практика РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», Председатель ассоциации педиатров и специалистов педиатрического профиля Карагандинской области, г.Караганда.

5) Сатыбаева Рашида Темирхановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры Детские болезни №2 АО «Медицинский университет Астана» гастроэнтеролог.

6) Табаров Адлет Берикболович – клинический фармаколог, РГП на ПХВ "Больница медицинского центра Управление делами Президента Республики Казахстан", начальник отдела инновационного менеджмента.

**17. Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

**18. Рецензенты:** Хабижанов Болат Хабижанович – доктор медицинских наук, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по педиатрии №2 РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им С.Д.Асфендиярова».

**19. Указание условий пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**20. Список использованной литературы:**

1. Drossman D.A. The functional Gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. 2006; 130(5): 1377–90.

2. Thompson W.G. The road to Rome *Gastroenterology*. - 2006; 130 (5); 1466 - 1479.

3. Общая врачебная практика: национальное руководство. Т.1/под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М.Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - С.474-480.

4. Bremner AR, Sandhu BK. Recurrent abdominal pain in childhood: The functional element. *Indian Pediatr*. - 2009; 46: 375-379.

5. Маев И.В., Черемушкин СВ. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III // *Consilium medicum*. 2007. - № 1. С. 29-34.,

6. Парфенов А.И., Ручкина И.Н. Синдром раздраженного кишечника: алгоритм диагностики и стандарт лечения // *Consilium medicum*. 2003. Т. 5. № 6. С. 330-336.

7. Ардатская М.Д. Синдром раздраженного кишечника: эпидемиология, этиопатогенез, диагностика и лечебная коррекция. - «Фарматека», 2010, № 13, с. 17-23.
8. Щербаков, П.Л. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков // Вопросы современной педиатрии, 2006;5(3):52.
9. Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment and evidence-based medicine / L. Saha // World Journal of Gastroenterology. – 2014. – V. 20 (2). – P. 6759–6773.
10. Sandhu BK, Paul SP. Irritable bowel syndrome in children: pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment. - World Journal of Gastroenterology. – 2014. – V. 20. – P. 6013–6023.
11. Weydert J.A., Ball T.M., Davis M.F. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain // Pediatrics. — 2003. — V. 111, № 1. — P 1-11.
12. Hyams J.S. Recurrent abdominal pain and irritable bowel syndrome in children. J. Pediatr Gastroenterol Nutr. - 1997. - V. 25, Suppl1. - P S16-17.
13. Quigley E.M., Abdel-Hamid H., Barbara G., Bhatia S.J., Boeckxstaens G., De Giorgio R., Delvaux M., Drossman D.A., Foxx-Orenstein A.E., Guamer F., Gwee K.A., Harris L.A., Hungin A.P., Hunt R.H., Kellow J.E., Khalif I.L., Kruis W., Lindberg G., Olano C., Moraes-Filho J.P., Schiller L.R., Schmulson M., Simren M., Tzeuton C. A global perspective on irritable bowel syndrome: a consensus statement of the World Gastroenterology Organisation Summit Task Force on irritable bowel syndrome. J. Clin. Gastroenterol.-2012; 46(5):356-366.
14. Cash B, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol 2002; 97: 2812 - 2819.
15. Longstreth GF, Drossman DA. Severe irritable bowel and functional abdominal pain syndromes: managing the patient and health care costs. Clin Gastroenterol Hepatol 2005; 3: 397-400.
16. Weydert JA, Shapiro DE, Acra SA, Monheim CJ, Chambers AS, Ball TM: Evaluation of guided imagery as treatment for recurrent abdominal pain in children: a randomized controlled trial. BMC Pediatr. 2006, 6:29.
17. Спиваковский Ю.М., Шульгина Е.Н., Эйберман А.С. Герасименко Ю.К., Скупова О.В. Синдром раздраженного кишечника у детей в свете «Римских критериев III» и роль иммуномодулирующей терапии в коррекции основных проявлений болезни. – РМЖ Педиатрия. - ТОМ 18, № 5, 2010. – С. 255-257.
18. Guthrie E, Whorwell PJ. Psychotherapy and hypnotherapy in IBS. Irritable bowel syndrome (ed. M. Camilleri, R.C. Spiller). London, 2002:151-60.
19. Longstreth GF, Wilson A, Knight K, et al. Irritable bowel syndrome, health care use, and costs: a U.S. managed care perspective. Am J Gastroenterol 2003; 98: 600-07
20. Полуэктова Е.А., Кучумова С.Ю., Шептулин А.А., Ивашкин В.Т. Лечение синдрома раздраженного кишечника с позиций современных представлений о патогенезе заболевания. Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2013;23(1):57–65.
21. Sandhu BK, Paul SP. Irritable bowel syndrome in children: pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment. - World J Gastroenterol. 2014. - (20):6013-6023.

22. Симаненков В.И., Лутаенко Е.А. Лечение синдрома раздраженной кишки с позиций доказательной медицины. Пособие для врачей и клинических фармакологов. СПб., 2008. 108 с.
23. Huertas-Ceballos AA, Logan S, Bennett C, Macarthur C, Martin AE. WITHDRAWN: Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. - Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 17; 2: CD003019.
24. Лагунова И.В., Лебедева Т.Н., Марчукова А.Ю. Современные подходы к диетическому питанию детей с синдромом раздражённого кишечника у детей. – Фармация, 2014; 24: 195. С.30-32.
25. Жихарева Н.С. Принципы патогенетической терапии синдрома раздраженного кишечника. - Медицинский совет. - 2012. № 5. С. 62-69.
26. Синдром раздраженного кишечника: новые горизонты медикаментозной терапии / С.В. Бельмер и др. Лечащий Врач. – 2012. – № 2. – С. 68-72.
27. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А., Яковенко А.В. Эффективность мебеверина гидрохлорида в коррекции моторных нарушений кишечника. Гастроэнтерология. - 2008. - № 5. - С. 42-45.
28. Wittman T., Paradowski L., Ducrotte L., Andro Delestrain MC. The efficacy of alverne itrate/simeticone combination in IBS treatment. *Aliment Pharmacol Ther*, 2010; 31:615 - 624.
29. Barthet M. et al. The efficacy of alverne citrate/simeticone combination in treatment IBS, dosage: 3 capsules daily for 8 weeks, *Gastroenterologie* 1996; 10: 2-7.
30. Longstreth GF, Drossman DA. Severe irritable bowel and functional abdominal pain syndromes: managing the patient and health care costs. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 397-400.
31. Clouse RE, Lustman PJ. Antidepressants for IBS. *Irritable bowel syndrom.*- London, 2002: 161-72.
32. Guandalini S<sup>1</sup>, Magazzù G, Chiaro A, La Balestra V, Di Nardo G, Gopalan S, Sibal A, Romano C, Canani RB, Lionetti P, Setty M. VSL#3 improves symptoms in children with irritable bowel syndrome: a multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind, crossover study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010. - 51(1): 24-30.
33. Ардатская М.Д. Дисбактериоз кишечника: понятие, диагностика, принципы лечебной коррекции// *Consilium medicum.* 2008. Т. 10. № 8. С. 86-92.
34. O'Mahony L, McCarthy J, Kelly P, et al. LactoBacillus and Bifidobacterium in irritable bowel syndrome: symptom responses and relationship to cytokine profiles. *Gastroenterology* 2005;128: 541-51.
35. Кондрашин Ю.И. Новый противовирусный антибактериальный иммуномодулирующий препарат Кипферон. *Русский медицинский журнал.* 2006;14(4):318–319.
36. Kline RM, Kline JJ, Di Palma J, Barbero GJ. Enteric-coated, pH-dependent peppermint oil capsules for the treatment of irritable bowel syndrome in children. - *J Pediatr.* 2001 Jan;138 (1):125-8.
37. Bauserman M<sup>1</sup>, Michail S. The use of Lactobacillus GG in irritable bowel syndrome in children: a double-blind randomized control trial. *J Pediatr.* 2005 Aug;147 (2):197-201.

38. Chao HC ; Chen CC ; Chen SY. The effect of probiotics on serotonin signalling in plasma and intestinal GG tissue in pediatric irritable bowel syndrome. - *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 2011, 52, E165.
39. Schmulson M, Bielsa MV, Carmona-Sánchez R, Hernández A, López-Colombo A, López Vidal Y, Peláez-Luna M, Remes-Troche JM, Tamayo JL, Valdovinos MA Microbiota, gastrointestinal infections, low-grade inflammation, and antibiotic therapy in irritable bowel syndrome: an evidence-based review. - *Rev Gastroenterol Mex.* 2014 Apr-Jun; 79(2):96-134.
40. Scarpellini E., Glorgio V., Gabrielli M., Vitale G., Tortora A., Ojetti V., Gigante G., Fundaro C., Gasbarrini A. Rifaximin treatment for small intestinal bacterial overgrowth in children with irritable bowel syndrome: a preliminary study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences.* - 2013; 17: 1314-1320.
41. Prasko J, Jelenova D., Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. - *Biomed pap med fac univ palacky olomouc czech repub.* - 2010; 154(4):307–314.
42. Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, Nanayakkara N, Mendis N, Perera N, Rajindrajith S. Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* - 2011, 53:659–665.
43. Lindfors P, Unge P, Arvidsson P, Nyhlin H, Björnsson E, Abrahamsson H, Simrén M: Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings—results from two randomized, controlled trials. *Am J Gastroenterol* 2012, 107:276–285.
44. Roberts L, Wilson S, Singh S, Roalfe A, Greenfield S: Gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome: piloting a primary care-based randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2006, 56:115–121.
45. Lindfors P, Unge P, Nyhlin H, Ljótsson B, Björnsson ES, Abrahamsson H, Simrén M: Long-term effects of hypnotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 2012, 47:413–420.
46. Gulewitsch MD, Müller J, Hautzinger M, Schlarb AA: Brief hypnotherapeutic behavioral intervention for functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in childhood: a randomized controlled trial. *Eur J Pediatr* 2013, 172:1043–1051.
47. Linares Rodríguez A<sup>1</sup>, Rodrigo Sáez L, Pérez Alvarez R, Sánchez Lombraña JL, Rodríguez Pérez A, Arribas Castrillo JM. Prognosis of patients with irritable intestine syndrome. A prospective study with 1 year follow-up. - *Rev Esp Enferm Dig.* 1990 Jan; 77(1):18-23.
48. Quigley E.M., Abdel-Hamid H., Barbara G., Bhatia S.J., Boeckxstaens G., De Giorgio R., Delvaux M., Drossman D.A., Foxx-Orenstein A.E., Guamer F., Gwee K.A., Harris L.A., Hungin A.P., Hunt R.H., Kellow J.E., Khalif I.L., Kruis W., Lindberg G., Olano C., Moraes-Filho J.P., Schiller L.R., Schmulson M., Simren M., Tzeuton C. A global perspective on irritable bowel syndrome: a consensus statement of the World Gastroenterology Organisation Summit Task Force on irritable bowel syndrome. *J. Clin. Gastroenterol.* 2012; 46(5):356–66.]
49. Rahman MZ, Ahmed DS, Mahmuduzzaman M, Rahman MA, Chowdhury MS, Barua R, Ishaque SM. Comparative efficacy and safety of trimebutine versus

mebeverine in the treatment of irritable bowel syndrome. *Mymensingh Med J.* 2014 Jan;23(1):105-13.

50. Zhong YQ, Zhu J, Guo JN, Yan R, Li HJ, Lin YH, Zeng ZY. [A randomized and case-control clinical study on trimebutine maleate in treating functional dyspepsia coexisting with diarrhea-dominant irritable bowel syndrome]. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.* 2007 Nov;46(11):899-902.

51. Candy D1, Belsey J. Macrogol (polyethylene glycol) laxatives in children with functional constipation and faecal impaction: a systematic review. *Arch Dis Child .* 2009 Feb;94(2):156-60.52

52. Denno DM<sup>1</sup>, VanBuskirk K<sup>2</sup>, Nelson ZC<sup>2</sup>, Musser CA<sup>2</sup>, Hay Burgess DC<sup>2</sup>, Tarr PI<sup>3</sup>.

1. Use of the lactulose to mannitol ratio to evaluate childhood environmental enteric dysfunction: a systematic review. *Clin Infect Dis.* 2014 Nov 1;59 Suppl 4:S213-9. doi: 10.1093/cid/ciu541.



## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СРК

**Этап 1 – предварительный диагноз:** проводят анализ анамнестических данных: уточняют жилищно-бытовые условия пациента, состав семьи, состояние здоровья родственников, особенности профессиональной деятельности, нарушение режима и характера питания, наличие вредных привычек. Важно установить связь между возникновением клинических симптомов и воздействием внешних факторов (нервные стрессы, перенесенные кишечные инфекции, возраст больного к началу заболевания, продолжительность заболевания до первого обращения к врачу, проводимое ранее лечение и его эффективность). Исключают явные органические нарушения.

**Этап 2 – выделение доминирующего симптома** для определения клинической формы СРК. При СРК практически всегда доминируют абдоминальные боли. Изучение характера болей, их связи с приёмом пищи, временем суток позволят ориентировать на наличие или отсутствие СРК. Больные предъявляют жалобы, которые могут сопровождать течение и прогностически неблагоприятных органических заболеваний, исключив которые врач может остановиться на диагнозе функционального заболевания. Клиническую форму СРК определяют при анализе характера и частоты стула (рис1).

**Этап 3** – для диагностики СРК важно исключение «симптомов тревоги».

**Этап 4** – представляет наибольшие технические сложности, так как необходимо проводить дифференциальную диагностику СРК с различными органическими поражениями кишечника или других органов желудочно-кишечного тракта.

**Этап 5** – после проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и состояниями, и исключения симптомов «тревоги», последним этапом, подтверждающим диагноз СРК, является проведение первичного (пробного) курса лечения, продолжительностью 6–8 недель. Курс терапии включает в себя коррекцию индивидуальных привычек питания, подбор диеты и проведение необходимой лекарственной коррекции. Если во время проведения предварительной терапии отмечают положительный эффект, лечение продолжают в течение 2–3 мес. При отсутствии эффекта на фоне проводимого лечения, продолжают диагностический поиск.

Примечание: Диагноз СРК является диагнозом исключения, т.е. выставляется только после исключения какой-либо органической патологии.