

Глобальные практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической
Организации

Ведение частых ЖК симптомов в общей популяции

Глобальный взгляд на изжогу, запор, метеоризм и
абдоминальную боль/дискомфорт

Май 2013



Авторы обзора

Richard Hunt (сопредседатель, Канада/Великобритания)

Eamonn Quigley (сопредседатель, США)

Zaigham Abbas (Пакистан)

Abraham Eliakim (Израиль)

Anton Emmanuel (Великобритания)

Khean-Lee Goh (Малайзия)

Francisco Guarner (Испания)

Peter Katelaris (Австралия)

Andre Smout (Нидерланды)

Mohammad Umar (Пакистан)

Peter Whorwell (Великобритания)

John Johanson (США)

Roque Saenz (Чили)

Luc Besançon (Франция)

Edith Ndjeuda (Франция)

John Horn (США)

Pali Hungin (Великобритания)

Roger Jones (Великобритания)

Justus Krabshuis (Франция)

Anton LeMair (Нидерланды)

Содержание

1	Введение	4
5	1.1 Эпидемиология функциональных желудочно-кишечных симптомов	
	1.1.1 Северная Америка/США	5
	1.1.2 Европа/Западные страны	6
	1.1.3 Азия	6
	1.1.4 Латинская Америка—функциональные ЖК симптомы	7
	1.1.5 Африка—функциональные ЖК симптомы	7
	1.2 Каскады ВГО	7
2	2 Диагноз	8
	2.1 Функциональные желудочно-кишечные симптомы	9
	2.2 Профиль жалоб—факторы симптома и пациента	9
	2.3 Диагностические тесты для функциональных желудочно-кишечных симптомов	11
3	3 Изжога	12
	3.1 Определение и описание	13
	3.2 Эпидемиология	13
	3.3 Диагностические/симптоматические замечания	14
	3.4 Дифференциальный диагноз	14
	3.5 Настораживающие признаки	15
	3.6 Изжога—каскад ведения	15
	3.6.1 Самопомощь при изжоге	16
	3.6.2 Фармацевт	18
	3.6.3 Врач общей практики	18
	3.6.4 Специалист	19
4	4 Абдоминальная боль/дискомфорт	20
	4.1 Определение и описание	20
	4.2 Эпидемиология	20
	4.3 Диагностические/симптоматические замечания	21
	4.4 Дифференциальный диагноз	22
	4.5 Настораживающие признаки	23
	4.6 Абдоминальная боль/дискомфорт—каскад ведения	24
	4.6.1 Самопомощь при абдоминальной боли/дискомфорте	25
	4.6.2 Фармацевт	26
	4.6.3 Врач общей практики	26
	4.6.4 Специалист	27
5	5 Метеоризм	28
	5.1 Определение и описание	28
	5.2 Эпидемиология	29
	5.3 Диагностические/симптоматические замечания	29
	5.4 Дифференциальный диагноз	30
	5.5 Настораживающие признаки	31
	5.6 Метеоризм—каскад ведения	31
	5.6.1 Самопомощь при метеоризме	31
	5.6.2 Фармацевт	32
	5.6.3 Врач общей практики	32

	5.6.4	Специалист	32
6		Запор	33
	6.1	Определение и описание	33
	6.2	Эпидемиология	33
	6.3	Диагностические/симптоматические замечания	34
	6.4	Дифференциальный диагноз	35
	6.5	Настораживающие признаки	35
	6.6	Запор—каскад ведения	35
	6.6.1	Самопомощь при запоре	35
	6.6.2	Фармацевт	37
	6.6.3	Врач общей практики	37
	6.6.4	Специалист	38
		Ссылки	Error! Bookmark not defined.

Список таблиц

Таблица 1	Локализация боли и дифференциальный диагноз	23
Таблица 2	Триггер боли/облегчения и дифференциальный диагноз	23

Список рисунков

Рис. 1	Алгоритм самопомощи при изжоге	17
Рис. 2	Клинический алгоритм для рецидивирующей изжоги	20
Рис. 3	Преобладание спазмов и боли в животе во всех возрастных группах	21
Рис. 4	Схема приема лекарств при спазмах и болях в животе	24
Рис. 5	Главные терапевтические классы препаратов, используемые в разных странах	25
Рис. 6	Клинический алгоритм для постоянной/рецидивирующей абдоминальной боли/дискомфорте	27
Рис. 7	Клинический алгоритм про абдоминальной боли/дискомфорте	28
Рис. 8	Частота ЖК симптомов нижних отделов брюшной полости в Канаде	34
Рис. 9	Клинический алгоритм для хронического запора	38

1 Введение

Эти практические рекомендации по теме Всемирного Дня Здорового Пищеварения (WDHD) берут как стартовую точку четыре ключевые желудочно-кишечные (ЖК) симптомы: изжогу, абдоминальную боль/дискомфорт, метеоризм и запор. Рекомендации также уникальны в предоставлении четырех уровней ведения симптомов в виде каскадов: самопомощь и “безрецептурные” советы; точка зрения фармацевта; перспектива врача общей практики — где симптомы играют первичную роль в оценке пациента; и участие специалиста. Цель – предоставление уникальных и повсеместно полезных практических рекомендаций, которые помогут в ведении частых, беспокоящих, но не инвалидизирующих ЖК заболеваний. В создании этих практических рекомендаций принимала участие группа экспертов по желудочно-кишечным заболеваниям и первой врачебной помощи, а также Международная Фармацевтическая Федерация (FIP).

ЖК-симптомы, с возможным исключением изжоги, обычно проявляются в виде хронических или повторных жалоб на неприятные ощущения в глотке, пищеводе, желудке, желчных путях, кишечнике или аноректальной области. В то время как имеются определенные данные по эпидемиологии индивидуальных симптомов, больше всего сведений об их группах или агрегациях, известных как функциональные желудочно-кишечные расстройства (ФЖКР) — нарушениях пока еще не объясненных структурными или биохимическими патологиями. Эти дисфункции поражают большую часть популяции и требуют значительной доли первичной и гастроэнтерологической медицинской помощи. Категоризация этих симптомов в скрытые функциональные желудочно-кишечные расстройства была разработана при мультинациональном консенсусе в соответствии с заранее определенными симптомными критериями [1].

Доступно относительно мало данных по эпидемиологии индивидуальных симптомов (за исключением запора), в отличие от данных по ФЖКР. *Последние часто используются в данных практических рекомендациях как синоним первых, например, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) вместо изжоги, синдром раздраженного кишечника (СРК) вместо абдоминальной боли/метеоризма.*

Обращаясь к любому ЖК расстройству у населения, важно различать диагностированные и не диагностированные ЖК проблемы; существует огромное количество пациентов, имеющих проблемы и не имеющих специфического диагноза [2]. Имеются доказательства, что при диспепсии только 50% пациентов реально консультируются со своим врачом [3]. Причины для консультации могут быть детерминантами ведения больного.

Важную роль в ведении данных ЖК проблем играет местная или региональная эпидемиология; необходимо принимать во внимание распространенность паразитарных болезней: черви, *Giardia* (лямблии), вирусы, а также распространенность злокачественных заболеваний. Например, в Мексике гиардиоз (лямблиоз); в Юго-Восточной Азии - вирусный гепатит; а в

южных районах Анд рак желудка и желчного пузыря должны рассматриваться при проведении дифференциального диагноза.

Существуют также культурные и религиозные аспекты, которые влияют на ответ пациента на наличие симптоматики: японская популяция признанно терпелива к боли; в других культурах пренебрежение к боли и другим жалобам может расцениваться как своеобразная жертва во имя души и последующей жизни. Борьба с внешними стрессовыми обстоятельствами, такими как война, миграция, голод, сексуальное или иное насилие может быть очень важной причиной развития болезней и симптомов. Наконец, в некоторых культурах, важную роль играет острая пища.

1.1 Эпидемиология функциональных желудочно-кишечных симптомов

Различия между странами в частоте развития абдоминальных симптомов необходимо интерпретировать с осторожностью; они могут отражать различия в культуре, языке или выражении, а также в методах исследования [4].

Культурные различия, вероятно, приведут к различию в [5]:

- Восприятию симптомов — различия в идеях и понятиях
- Обращении за медицинской помощью (включая доступ к ней)
- Использовании лекарств
- Предпочтении типов и схем лечения
- Ожиданиях в исходе лечения
- Относительной доступности безрецептурных и рецептурных препаратов

1.1.1 Северная Америка/США

В 1993, Drossman et al. [1] опубликовали данные исследования домовладельцев в США по распространенности 20 функциональных желудочно-кишечных нарушений, основанного на мультинациональных диагностических (Римских) критериях.

- Шестьдесят девять процентов пациентов сообщили, по меньшей мере, об одном из 20 функциональных расстройств в течение предыдущих 3 месяцев. Симптомы относились к 4 главным анатомическим областям, со значительным переклестом:
 - Кишечные: 44%
 - Пищеводные: 42%
 - Гастродуоденальные: 26%
 - Аноректальные: 26%
- У женщин наблюдалась более высокая, чем у мужчин, частота дисфагии, синдрома раздраженного кишечника, запоров, абдоминальной боли и болей в области желчевыводящих путей.
- У мужчин наблюдалась более высокая, чем у женщин, частота метеоризма.
- Число сообщений о симптомах, за исключением недержания, уменьшалось с возрастом.
- Низкое социально-экономическое положение, низкий уровень образования и низкий доход были связаны с большим числом жалоб на симптомы.

1.1.2 Европа/Западные страны

- Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта встречаются у до 30% взрослой популяции в Западных странах [6,7] и признаются частой причиной абдоминальной боли. Только 20–50% этих симптомов могут быть формально отнесены к СРК [1,8].
- При СРК абдоминальная боли и/или дискомфорт является главным симптомом; другие кишечные симптомы – это измененный характер стула, с преобладанием запора или диареи, неустойчивость стула, а также метеоризм, растяжение живота или вздутие. [8,9].
- Термин “СРК” вероятно ограничен англо-саксонскими странами, и, возможно, излишне применяется как свободное описание функциональных симптомов. В других странах подобные жалобы обычно называют абдоминальным спазмом и болью, абдоминальным дискомфортом или абдоминальными расстройствами [4].
- Хронические запоры – это наиболее частый функциональный ЖК симптом в европейских популяциях, который диагностируется почти у каждого пятого человека, в зависимости от используемых критериев. Существуют противоречивые данные о ценности применения строгих Римских критериев III для диагноза запора, с плохой конструктивной валидностью и 10%-ным ложно-негативным уровнем, о котором сообщалось в одной из серий исследований [10]. Среди пожилой и институционализированной популяции более чем 50% пациентов требуется назначение слабительных средств [11].
- Симптомы ГЭРБ все более превалируют в США, также как и во всем мире. В Соединенных Штатах, El-Serag [12] сообщал о 4%-ном увеличении распространенности еженедельных симптомов ГЭРБ в год. Основное увеличение происходит за счет увеличения веса тела и изменений других факторов стиля жизни европейских и североамериканских популяций, особенно городских [13].

1.1.3 Азия

- В недавнем исследовании сообщалось о 16% распространенности ГЭРБ в городской взрослой популяции в северной Индии, что совпадает с показателями других индустриальных стран [14].
- Исследование в Пакистане показало распространенность гастроэзофагеальных симптомов в 24%, 58% из которых выявлены у мужчин [15]. Распространенность синдрома раздраженного кишечника, функционального запора и функциональной диареи среди китайских студентов составляли 20%, 25%, и 5%, соответственно. У студенток кишечная симптоматика встречалась реже, чем у студентов-юношей ($P < 0.01$) [16]. Исследования в Азии позволяют предположить, что желудочно-кишечные инфекции, такие как гиардиоз, представляют собой частую причину рецидивирующей абдоминальной боли, но также имеет место и функциональная абдоминальная боль [17]. Абдоминальная боль – преобладающими функциональными расстройствами страдают 13% детей в возрасте 10–16 лет в Шри-Ланке, что представляет собой значительную проблему для здравоохранения; среди 2180 обследованных детей СРК был выявлен у 107 (4.9%), функциональная диспепсия у 54 (2.5%),

функциональная абдоминальная боль у 96 (4.4%), и абдоминальная мигрень у 21 (1.0%) [18]. В другом исследовании в Шри-Ланке, ФЖКР присутствовали более чем у четверти подростков в обследуемой группе, наиболее частым было наличие СРК [19]. Перехлест между ГЭРБ, функциональной диспепсией и СРК встречается часто и ухудшает качество жизни жителей Азии. Частый общий симптом при этих расстройствах - это послеобеденное перенасыщение [20,21]. В некоторых районах, таких как Турция, у пациентов с диспепсией может иметь место целиакия, которая должна быть отклонена при дифференциальном диагнозе [22].

- В лонгитудинальном популяционном исследовании 70-летних жителей Иерусалима, до трети из них предъявляли жалобы на симптомы со стороны верхних отделов ЖКТ, в основном на изжогу, в то время как 10% сообщали об абдоминальной боли на протяжении последней недели, а менее 1% - о болях в нижних отделах живота [23].

1.1.4 Латинская Америка — функциональные ЖК симптомы

- В исследовании с использованием Римских критериев II чилийцев [24] в возрасте старше 20 лет, были получены следующие данные:
 - Пищеварительные симптомы 67%; критерии СРК 26% (высокая частота по сравнению с другими латиноамериканскими данными); средний возраст начала заболевания 41.3 лет (диапазон 20–66); средний возраст появления симптомов 26.5 лет.
 - Пациенты с симптомами обращались за медицинской помощью в 43%.
 - В группе с СРК было выявлено больше холецистэктомий, чем в группе без СРК: 30.4 против 13.7%, соответственно (в Чили высокая частота рака желчного пузыря).
 - Не было выявлено различий в социально-экономическом статусе, географической области проживания или в семейном анамнезе СРК.
- Madrid et al. [25] также сообщали, что положительный гидрогенный тест с лактулозой чаще отмечался среди детей с функциональными симптомами пищеварительного тракта.
- Подгруппы пациентов с СРК включают: функциональную диарею 7%, функциональный запор 9%, и функциональный метеоризм 23%; чаще синдром встречается у женщин.
- В андской популяции в отношении патологии пищевода, а также в связи с патологией толстой кишки, такой как мегаколон или запоры, необходимо принимать во внимание хроническую привычку к жеванию листьев коки.

1.1.5 Африка—функциональные ЖК симптомы

Функциональные ЖК симптомы встречаются в Африке, но в имеющихся данных очевидны большие провалы [26–28].

1.2 Каскады ВГО

Всемирная Гастроэнтерологическая Организация (ВГО) разработывает диагностические и лечебные каскады для своих практических рекомендаций с целью предоставить ресурсочувствительные пособия, а не фокусироваться на золотом стандарте. Тем не менее, для данных практических рекомендаций был выбран другой подход, основанный на этапах лечения: от самопомощи до

фармацевта, врача общей практики/семейного врача и, наконец, специалиста-гастроэнтеролога. Расширенных инструкций для гастроэнтеролога в рекомендациях нет, так как достаточные источники имеются в Интернете и в опубликованной литературе, ссылки на которые даются.

Пациенты, приобретающие медикаменты, должны консультироваться у фармацевта, не имеются ли у препаратов, упоминаемых в данном документе в рамках самопомощи, каких-либо официальных противопоказаний или известного взаимодействия с другими лекарствами, которые они могут принимать. В некоторых странах безрецептурные лекарства доступны только в государственных аптеках. В большинстве стран мира фармацевт может рекомендовать только безрецептурные средства (поскольку не имеет права выписывать лекарства) для помощи пациенту, в то время как в других странах существует промежуточный класс лекарств: продающиеся только в аптеках. Следовательно, часто сложно сделать выбор между вариантами лечения, предлагаемыми фармацевтом, и это приводит к истинному самолечению. Для решения этого вопроса в данных рекомендациях рассматриваются и процесс (самолечение против рекомендаций фармацевта) и ответ (в обоих случаях безрецептурные средства).

Тем не менее, необходимо принимать во внимание, что фармацевт систематически изучает медикаменты с двумя целями:

- Определить могут ли ЖК симптомы быть побочными эффектами приема лекарств
- Определить имеют ли препараты, используемые для лечения ЖК симптомов любые имеющиеся лекарственные взаимодействия с теми препаратами, которые уже принимает пациент

Все увеличивающееся количество доказательств позволяет предположить, что диета [29], стиль жизни, когнитивные, эмоциональные/поведенческие, и более широкие психосоциальные факторы могут играть роль в этиологии, ведении и клинической эффективности лечения функциональных ЖК расстройств [30].

2 Диагноз

Интерпретируя частые симптомы, рассмотренные в данных рекомендациях, диагноз может быть установлен, если симптомы пациента соответствуют опубликованным диагностическим критериям для данного ФЖКР [31] при отсутствии анамнеза, позволяющего предположить наличие какого-либо структурного (органического) заболевания, которое могло бы дать альтернативное объяснение клинической картине (см.ниже). Возраст и пол (с незначительным взаимодействием) – это наиболее клинически достоверные переменные.

Ответственность за установление диагноза обычно лежит на враче и, в целом, исключает самопомощь и вмешательство фармацевта.

2.1 Функциональные желудочно-кишечные расстройства

Многочисленные функциональные желудочно-кишечные симптомы могут быть отнесены к четырем главным анатомическим областям: пищеводной, гастродуоденальной, кишечной и аноректальной:

- Пищеводные симптомы:
 - Функциональная боль в груди
 - Функциональная изжога
 - Функциональная дисфагия
- Гастродуоденальные симптомы:
 - Функциональная диспепсия
 - Язвopodobная диспепсия
 - Диспепсия как нарушения моторики
 - Неспецифическая диспепсия
 - Аэрофагия
- Кишечные симптомы
 - СРК
 - Функциональный запор
 - Функциональная диарея
 - Функциональный абдоминальный метеоризм
 - Хроническая абдоминальная боль
 - Функциональная билиарная боль
 - Дискинезия сфинктера Одди
- Аноректальные симптомы
 - Функциональное недержание
 - Фекальная мазня
 - Большое каловое недержание
 - Функциональная аноректальная боль
 - Синдром леватора
 - Спастическая прокталгия - Proctalgia fugax
 - Затруднение при дефекации—дисхезия

Следующие разделы (2.2 и 2.3) помогают оценить и мониторировать четыре принципиальных симптома, обсуждаемых в данных рекомендациях.

2.2 Профиль жалоб — факторы симптома и пациента

- *Доминирующие пищеварительные симптомы, испытываемые эпизодически* – по отдельности или в комбинации. Локализация, описание:
 - Изжога
 - Абдоминальная боль
 - Абдоминальный спазм
 - Абдоминальный дискомфорт
 - Метеоризм, растяжение, вздутие, другие “связанные с газами” жалобы
 - Абдоминальное давление, чувство напряженности, наполненности
 - Изменения стула
 - Диарея
 - Запор
 - Неустойчивый стул
 - Стул с избыточным количеством слизи

- Срочные позывы
 - Тенезмы
 - Другое
 - Тошнота
 - Рвота
 - Черный, дегтеобразный стул
 - Стул, содержащий свежую кровь или мазки крови и/или слизи
- Временные факторы
 - Первое появление (внезапное начало)
 - Длительность проблемы — “сколько это продолжается?”
 - Длительность эпизодов
 - Частота (всегда, регулярно, иногда, периодически)
 - Обстоятельства — связь с едой, поза, время дня, дефекация, менструальный цикл
- Качества симптома
 - Тяжесть — например, по шкале от 1 = легкая до 10 = сильная (1–4 умеренная, 5–7 средняя, 8–10 сильная)
 - Сочетанный дистресс (по визуальной аналоговой шкале)
 - Влияние на:
 - Ежедневную деятельность
 - Социальную жизнь
 - Работу, учебу
 - Способность к физическим нагрузкам
 - Пищевые привычки
 - Сон
 - Половую активность
- Наличие не-ЖК симптомов, сопутствующие заболевания
 - Головная боль
 - Лихорадка
 - Кашель
 - Необъяснимая потеря веса
 - Связь с не-ЖК состояниями, беременность, дизурия, диспареуния
 - Другие не-ЖК симптомы и сопутствующие психологические состояния
- Факторы пациента
 - Возраст, пол
 - Стиль жизни — курение, употребление алкоголя, питание/диета, физические упражнения, сон, стресс, путешествия
 - Культура пациента по отношению к пище и диете
 - Медицинская «грамотность» пациента, как она может влиять на его/ее способность к самопомощи
 - Состояние здоровья — анамнез пациента:
 - Настоящие и прошлые симптомы, психологические черты, семейный анамнез
 - Конкурентные медицинские состояния — предшествующие или следующие
 - Рецептурные и безрецептурные препараты, пищевые добавки
- Предпринятые действия после появления симптомов:
 - Попытки облегчить симптомы
 - Самостоятельный прием одного или нескольких лекарств/средств

- Посещение аптеки, фармацевта, магазина здоровой пищи, целителя или нетрадиционного медицинского практика, специалиста по акупунктуре
- Консультация у врача, специалиста
- Лечение
 - Доступность безрецептурных, рецептурных препаратов
 - Немедицинские, нетрадиционные методы лечения, гербальная медицина, акупунктура и т.д.
 - Ожидания от лечения
 - Тип лекарства (лекарств), применявшихся для лечения симптома (симптомов)
 - Частота применения лекарств, дозы
 - Время применения — профилактически, «по требованию», когда появляются симптомы, или постоянно/«поддерживающее»
 - Эффективность и уровень удовлетворенности, описание изменений в симптомах, новые симптомы, побочные эффекты
 - Длительность эпизодов при наличии или отсутствии лечения
 - Использование “других” средств
- Сообщение о симптоме
 - Римские III диагностические опросники (см. <http://www.romecriteria.org/questionnaires>)
 - Поведенческие коммуникации — не критерий для диагноза:
 - Словесное и несловесное выражение варьирования интенсивности боли
 - Срочное сообщение об интенсивных симптомах
 - Минимизирование или отрицание роли психосоциальных факторов
 - Требование дополнительных диагностических обследований
 - Фокусирование внимания на полном выздоровлении
 - Частый поиск медицинской помощи
 - Взятие ограниченной персональной ответственности за самолечение
 - Просьбы о наркотических анальгетиках
- Медицинский эпидемиологический контекст
 - Данные об уровне инфекции *Helicobacter pylori*, раке желудка, пищеводе Барретта и аденокарциноме пищевода в районе нахождения пациента
 - Доступ к диагностическим возможностям и терапии

2.3 Диагностические тесты для функциональных желудочно-кишечных симптомов

- Физикальный осмотр
- Базовые лабораторные исследования:
 - Клинический анализ крови
 - Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) / С-реактивный белок (СРБ)
 - Биохимический анализ
 - Анализ кала на скрытую кровь (пациенты > 50 лет)
 - Тест на беременность
 - Функциональные печеночные тесты
 - Кальпротектин или другие фекальные тесты на выявление воспалительной болезни кишечника (ВБК) у пациентов с ранее

- предполагаемым СРК, но с возможностью ВБК; сейчас рутинный метод первичной медицинской помощи (в частности, в Великобритании)
- Серология целиакии; считается рутинным методом в областях с высоким уровнем распространения целиакииной болезни
 - Анализ кала на яйца глист и паразиты
 - Эндоскопия
 - Видимая патология
 - Биопсия, гистология
 - Суточное измерение рН пищевода (48–72-часовое при применении пищеводной рН капсулы Bravo) или импеданс-рН мониторинг: измерение экспозиции пищевода кислоте и оценка временной ассоциации между изжогой и эпизодами кислотного рефлюкса
 - Манометрия
 - Исследование подвижности пищевода, манометрия с высоким разрешением
 - Аноректальная манометрия
 - Визуальные методы
 - Рентгеноскопия желудка и кишечника с барием — воздушное контрастирование натошак, после приема бария и его транзит по кишечнику, высокая клизма
 - Бариевая клизма с двойным контрастированием
 - Абдоминальное ультразвуковое исследование
 - Абдоминальная компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансное исследование (МРИ) брюшной полости
 - Разное
 - Дыхательные тесты с: лактозой, глюкозой, фруктозой [32]
 - Диетические ограничения, после которых следует специфическая диетическая провокация, может считаться диагностическим тестом
 - Терапевтическое пробное применения кислотосупрессии (“тест с ингибитором протонной помпы”) у пациентов с изжогой или другими симптомами, которые могут иметь отношение к кислотному рефлюксу
 - Пищевая аллергия или непереносимость, непереносимость лактоза, эозинофильные инфильтраты

3 Изжога

Необходимо отметить, что не все частые ЖК симптомы являются функциональными. Это утверждение особенно актуально для симптома изжоги. Большинство пациентов, жалующихся на изжогу, страдают гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с видимыми повреждениями слизистой пищевода или без них. В соответствии с Римским III консенсусом, даже эндоскопически здоровым пациентам с изжогой диагностируется рефлюксная болезнь, если имеются доказательства того, что их симптомы вызваны забросом желудочного содержимого. Такая ситуация соответствует диагнозу неэрозивной рефлюксной болезни (НЭРБ). У этих пациентов нет функционального ЖК расстройства. Только в случаях изжоги в отсутствие изменений слизистой, патологического воздействия кислоты в пищеводе и положительной связи «симптом – рефлюкс», отсутствии ответа на

кислотоподавление, можно говорить о ее функциональном характере и диагностировать «функциональную изжогу» [33].

3.1 Определение и описание

- Изжога – это загрудинное жжение или ощущение жара, которое может распространяться к шее, горлу и лицу. Синоним - “pyrosis.”
- Изжога также может сочетаться с другими симптомами, относящимися к верхним отделам ЖКТ.
- Она может сопровождаться регургитацией кислой/кислотной жидкости или желудочного содержимого в рот — кислотной или пищевой регургитацией.
- Симптомы обычно возникают периодически и могут ощущаться:
 - Вскоре после еды
 - Во время физической нагрузки
 - В положении лежа
 - Ночью
- На практике, может не быть точного различия между тем, что считается симптомами ГЭРБ и «диспепсией» — действительно, результаты исследования Даймонд (Diamond study) [34] подняли вопрос о том, могут ли изжога и рефлюкс быть симптомами, свидетельствующими о ГЭРБ.

3.2 Эпидемиология

- Более трети популяции в Западных странах испытывает изжогу, примерно одна десятая - ежедневно.
- В США приблизительно 60 миллионов взрослых испытывают изжогу или принимают лекарства от нее один раз в месяц. Примерно 15 миллионов взрослых испытывают изжогу каждый день.
- Считается, что в Азии ГЭРБ менее распространена, чем в Западных странах. Тем не менее, несколько популяционно основанных исследований показали ее распространенность в более чем 10% [35]. В сравнительных исследованиях показано, что симптомы и распространенность эрозивного эзофагита выше на Западе [36,37]. Существует путаница в отношении интерпретации симптомов верхних отделов ЖКТ. Термин “изжога” не имеет эквивалента во многих азиатских языках — вместо этого азиатские пациенты могут ощущать и описывать изжогу как боль в груди. “Ветры” — обычно означают отрыжку или распирающее и желание отрыгнуть — это преобладающая жалоба у многих пациентов с ГЭРБ, также как и с другими «болезнями» верхних отделов ЖКТ [35,38]. Диагноз, основанный только на симптомах рефлюкса, может быть ошибочным. В популяциях с высокой распространенностью инфекции *H. pylori*, у значительной части пациентов с ГЭРБ сопутствующим заболеванием является пептическая язвенная болезнь. Эмпирическое лечение, обоснованное только «типичными» симптомами ГЭРБ не может считаться достаточным [39]. Распространенность диспепсии в азиатских популяциях практически не отличается от западной [40]. В терминах гастроскопии, многим азиатским пациентам больше нравятся уверения («более удовлетворительно») в отрицательных результатах эндоскопии, чем стратегия «исследуем и лечим» при инфекции *H. pylori* [41]. Тем не менее, другое исследование сообщает о чувстве удовлетворения эмпирическим назначением ингибиторов протонной помпы (ИПП) [42]. В Азии также меняется схема

заболеваний верхних отделов ЖКТ, с меньшим числом случаев пептической язвенной болезни и большим – рефлюксных эзофагитов (тем не менее, все равно меньшим, чем в Европе или Северной Америке), а также уменьшается количество случаев рака желудка [43,44].

3.3 Диагностические/симптоматические замечания

- Важно установить может ли кислота быть связана с изжогой.
 - Сделать это очень просто, определив ответ на прием антацидов (или альгинатных составов) и кислотоподавление.
 - Для оценки наличия воздействия кислоты на пищевод и временной связи между изжогой и эпизодами рефлюкса может проводиться 24-часовое (48–72 –часовое с пищеводной рН капсулой Bravo) пищеводное рН или импеданс-рН мониторинговое исследование, с использованием такого измерения, как симптом-ассоциированная вероятность.
- Пациенты с симптомами ГЭРБ, не отвечающие на терапию ИПП и имеющие негативные результаты эндоскопии, без доказательств наличия кислотного рефлюкса, должны рассматриваться как страдающие функциональной изжогой [45].
- Римские III диагностические критерии для функциональной изжоги - это:
 - Жгущий загрудинный дискомфорт или боль
 - Доказательства того, что гастроэзофагеальный рефлюкс *не* является причиной симптома
 - Отсутствие гистологически подтвержденной патологии пищевода
 - Критерии удовлетворяют требованиям в течение предыдущих 3 месяцев, с появлением симптома по меньшей мере за 6 месяцев до установления диагноза
- Эпигастральная боль или дискомфорт, которые не поднимаются в загрудинную область не могут называться изжогой.
- Инфекция *H. pylori* не играет прямой причинной роли при изжоге и ГЭРБ; нет показаний для исследования на инфекцию *H. pylori*.
- Вместе и изжогой могут выявляться атипичные симптомы ГЭРБ, включающие боли в грудной клетке, которые могут имитировать ишемическую кардиальную боль, или кашель и другие респираторные симптомы (как результат аспирации рефлюксного содержимого в легкие, или как рефлекс, вызванный рефлюксатом в дистальном отделе пищевода, или комбинации обоих механизмов), что может имитировать астму или другие респираторные или ларингеальные расстройства.
- Для установления диагноза у рефракторных к ИПП пациентов полезным может оказаться проведение комбинированного рН и импеданс исследования. Оно также может сфокусировать поиск альтернативных причин симптоматики, например пищеводной гиперчувствительности, и методов лечения для них.

3.4 Дифференциальный диагноз

- ГЭРБ — эзофагит, пищевод Барретта, НЭРБ
- Ахалазия
- Диффузный спазм пищевода
- Эозинофильный эзофагит

- Другая патология органов грудной клетки

3.5 Настораживающие признаки

- Дисфагия — трудность при глотании
- Одинофагия — болезненное глотание
- Рецидивирующие бронхиальные симптомы, аспирационная пневмония
- Дисфония, рецидивирующий кашель
- ЖК кровотечение
- Наличие железодефицитной анемии
- Прогрессирующая непланируемая потеря веса
- Лимфоаденопатия
- Образование в эпигастрии
- Появление изжоги в возрасте > 50–55 лет
- Семейный анамнез пищеводной аденокарциномы [46]

3.6 Изжога—каскад ведения

- Периодическая изжога обычно не оказывает длительного эффекта.
- Боль и дискомфорт, вызываемые изжогой, если она возникает часто, могут сильно ограничить ежедневную деятельность, продуктивность работы, сон и качество жизни.
- Правильное ведение и наблюдение могут контролировать симптомы и позволяют избежать осложнений (таких как пептические стриктуры) в большинстве случаев.
- Могут быть эффективны “старые” простые средства:
 - Редко возникающий рефлюкс может быть эффективно купирован приемом антацидов.
 - Пациенты должны избегать пищевых продуктов, которые вызывают симптомы — обычно шоколада, кофе, жирной пищи.
 - Употребление жевательной резинки повышает выделение слюны и частично нейтрализует действие кислоты.
 - При ночной изжоге помогает подъем изголовья кровати.
 - Безрецептурные антагонисты H₂-рецепторов (АН2Р) широко используются и эффективны при лечении.
- Хотя ИПП в высокой степени безопасны, некоторые исследования предполагают, что при длительном использовании могут возникать определенные проблемы [47].
 - Большинство людей с периодической изжогой не нуждаются в пожизненном применении ИПП, поэтому проблемы с безопасностью при длительном лечении не возникают.
 - Тех пациентов, которым необходим длительный прием полных доз ИПП, необходимо наблюдать диспансерно.
 - В настоящее время ИПП в низких дозах доступны в аптеках без рецепта во многих странах.
- Чрезмерный прием ИПП — люди, которым необходима постоянная желудочная кислотная супрессия, должны иметь соответствующие показания для длительного приема ИПП; длительная необходимость в ИПП должна регулярно пересматриваться.

- Ответ на кислотоподавление (или нейтрализацию) у пациентов с функциональной изжогой по определению минимален или отсутствует, и пациенты подвергаются риску быть отправленными на хирургическое лечение по поводу ГЭРБ. Следовательно, все пациенты с симптомами ГЭРБ, направленные на хирургическое лечение, должны пройти 24-часовое рН мониторинговое исследование для исключения функциональной изжоги [45].

3.6.1 Самопомощь при изжоге

Исключения для самопомощи [48]:

- Симптомы изжоги:
 - Более 3 месяцев, тяжелая или ночная изжога
 - Продолжаются после 2 недель лечения безрецептурными АН2Р или ИПП
 - Возникают во время приема рецептурных АН2Р или ИПП
- Появление изжоги в возрасте > 50–55 лет
- Дисфагия или одинофагия
- Признаки ЖК кровотечения: рвота кровью или черным содержимым, или черный дегтеобразный стул, анемия, дефицит железа
- Симптомы или признаки ларингита: охриплость, чихание, кашель или поперхивание
- Необъяснимая потеря веса
- Продолжающаяся тошнота, рвота, диарея
- Симптомы, предполагающие боль в груди кардиального характера: радиация в плечо, руку, шею, челюсть, нехватка дыхания, потливость
- Беременные женщины или кормящие матери
- Дети < 12 лет для антацидов/АН2Р, < 18 лет для ИПП

Ведение:

- Триггеры — идентифицировать самые частые триггерные вещества и поведенческие моменты; избегать этих триггеров для уменьшения риска развития симптомов кислотного рефлюкса
- Изменения стиля жизни:
 - Снижение веса, если он повышен; единственное наиболее важное изменение стиля жизни
 - Избегать никотина, кофе, алкоголя, газированных напитков, шоколада, мяты, жареной или жирной пищи, цитрусовых или их соков, томатных продуктов, чеснока или лука, острой пищи
 - Есть меньшие порции, более часто
 - Приподнять изголовье кровати на 20–25 см
 - Избегать еды и напитков в течение 3 часов перед сном
- Варианты самопомощи — доступность варьирует в разных странах:
 - Антациды — рекомендованы для кратковременного или периодического облегчения
 - Простые антациды нейтрализуют желудочную кислоту — например, сода, кальций, магний и соли алюминия
 - Альгинат содержащие препараты, содержат альгиновую кислоту с небольшой дозой антацидов: минимальный буферный эффект
 - Снижение секреции желудочной кислоты
 - АН2Р — эффект продолжается до 10 часов

- ИПП — эффект продолжается до 24 часов
- Опорожнения желудка — прокинетики уменьшают желудочно-пищеводный рефлюкс, но для клинического использования доступны немногие средства и их эффективность в клинических испытаниях была небольшой. Метоклопрамида необходимо избегать.

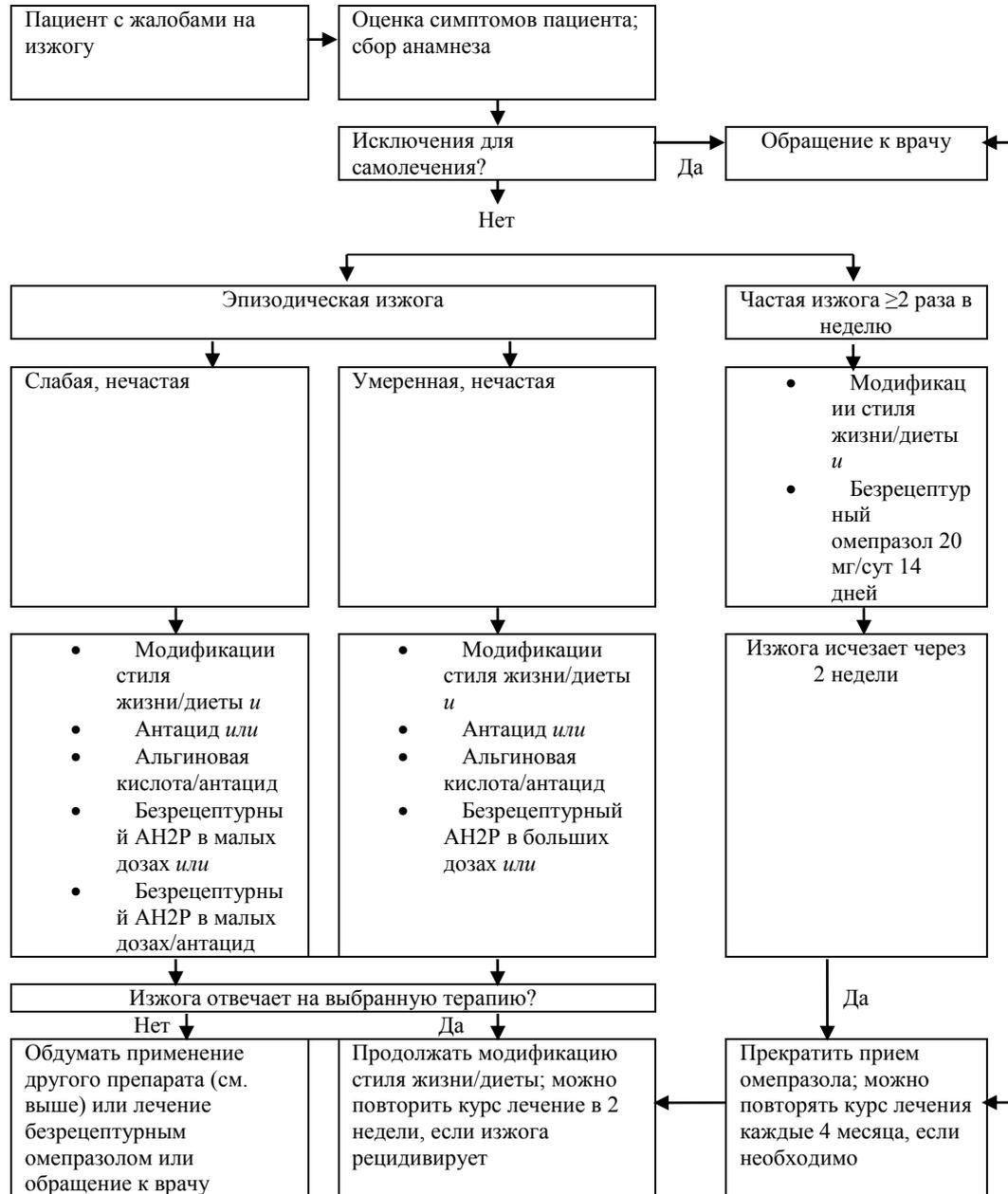


Рис. 1 Алгоритм самопомощи при изжоге (воспроизведен с разрешения Berardi 2009 [48]). N.B.: некоторые из безрецептурных вариантов доступны не во всех странах.

- Диспансерное наблюдение:
 - Целями самолечения являются отсутствие симптомов и возвращение к оптимальному качеству жизни при использовании максимально стоимость-эффективной терапии.

- Если состояние удовлетворительное и достигнуто полное выздоровление, пациентам рекомендуется посетить медицинское учреждение для диагностической оценки.

3.6.2 Фармацевт

- Необходима проверка любых препаратов, которые принимались при появлении изжоги:
 - Бифосфонаты, аспирин/нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), железо, калий, хинидин, тетрациклин
 - Зидовудин, антихолинергические препараты, альфа-адренергические антагонисты, барбитураты
 - β_2 -адренергические агонисты, блокаторы кальциевых каналцев, бензодиазепины, допамин
 - Эстрогены, наркотические анальгетики, нитраты, прогестерон, простагландины, теофиллин
 - Трициклические антидепрессанты (ТЦА), химиотерапия
 - Если принимались какие-либо из этих препаратов, необходимо предложить пациенту обратиться к врачу общей практики/семейному врачу
- Ведение:
 - Пациенты должны избегать приема НПВП, калиевых добавок, биофосфанатов и других триггерных лекарственных средств.
 - В дополнение к корректировке стиля жизни и диеты, необходимо рассмотреть вопрос о добавлении солей алюминия, солей магния, солей кальция, их комбинации, альгинатов или антацидов/АН2Р или ИПП (в безрецептурной дозе).
- Настораживающие признаки и наблюдение:
 - Если пациент старше 60 лет или в возрасте 50–60 лет и имеет факторы риска развития рака (например, табак, алкоголь и ожирение), необходимо обращение к врачу.
 - Если нет улучшения после 32 недель лечения, необходимо обратиться к семейному врачу.

3.6.3 Врач общей практики

- Диагноз:
 - Анамнез пациента, состояние здоровья, принимаемые лекарства, возраст
 - Аллергии, семейный анамнез пищевой аллергии или эозинофильного эзофагита, наследственной ангиоэдемы; дифференцировать от пищевой непереносимости
 - Симптомы, длительность, частота, ситуация, средства, приносящие облегчение
 - Настораживающие сигналы
- Ведение:
 - Оценка ответа на лечение ИПП.
 - Нет доказательств того, что увеличение дозы ИПП до стандартной в ответ на неадекватный ответ на меньшие дозы полезен. Тем не менее, прием ИПП 2 раза в день за 30 минут до еды может улучшить ответ у

некоторых пациентов. “Слепое” повышение дозы ИПП – главный фактор повышения стоимости лечения.

- Пациент должен избегать приема любой пищи и напитков после ужина.
- Если лечение дало удовлетворительные результаты, доза должна быть уменьшена до минимальной эффективной.
- Если лечение не дает эффекта, необходимо рассмотреть проведение эндоскопии.
- Биопсия берется при наличии видимой патологии, если дополнительным симптомом является дисфагия, или необходимо исключить наличие инфекции *H. pylori* или эозинофильного эзофагита.
- Наблюдение:
 - Пациентам, требующим длительного ведения, должно быть предложено проведение ежегодного осмотра.
 - Рутинная эндоскопия не нужна пациентам без настораживающих признаков; направление на срочную эндоскопию необходимо пациентам старше 55 лет с необъяснимой, персистирующей, недавно возникшей диспепсией.
 - Ранняя эндоскопия может рассматриваться в географических областях, где высока частота рака желудка.

3.6.4 Специалист

Полные детали ведения специалистом изжоги выходят за рамки практических рекомендаций, и читатель отсылается к соответствующим практическим рекомендациям по ведению ГЭРБ [49,50].

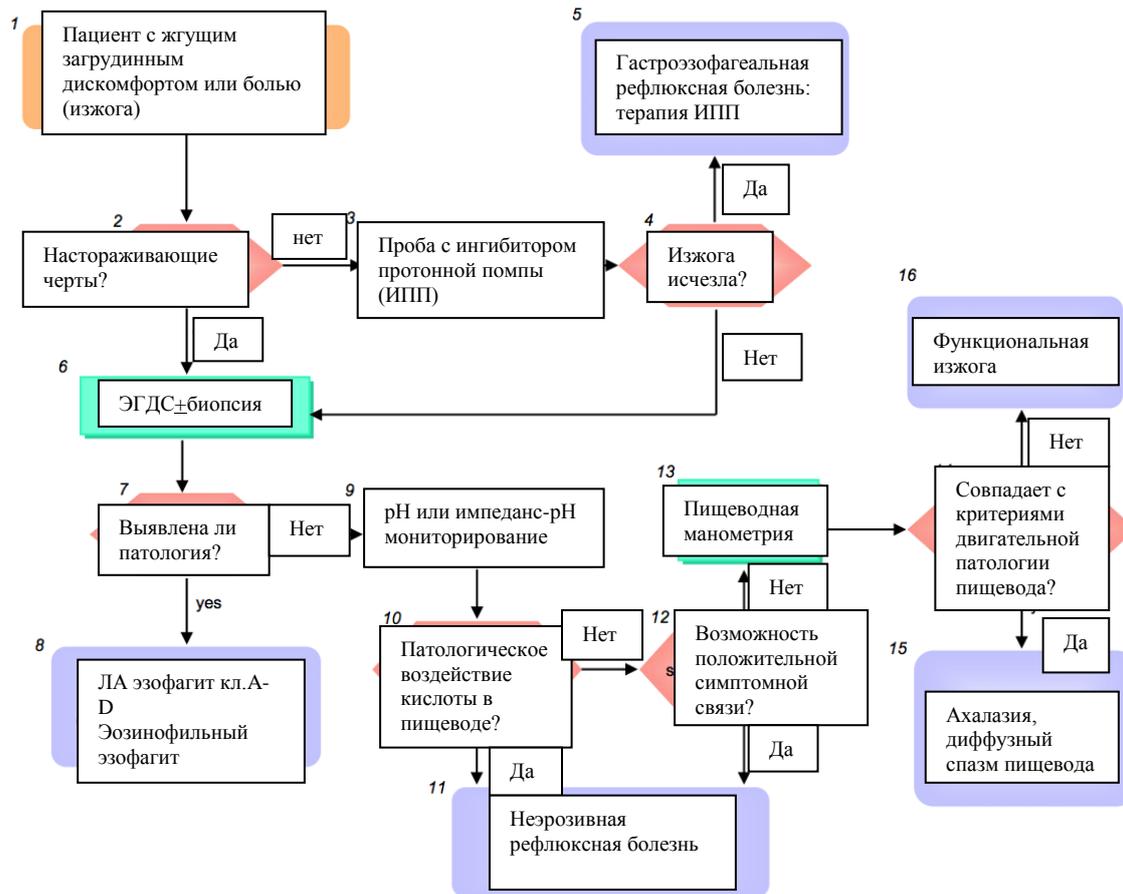


Рис. 2 Клинический алгоритм для рецидивирующей изжоги. *Источник:* www.romecriteria.org.

4 Абдоминальная боль/дискомфорт

4.1 Определение и описание

- Хроническое, локализованное или диффузное неприятное чувство или боль в брюшной полости.
- Диспепсия (или несварение) – это хроническая или рецидивирующая боль в верхних отделах живота, с ощущением переполнения и раннего насыщения во время еды. Она может сопровождаться вздутием, отрыжкой, тошнотой или изжогой. Диспепсия часто связана с ГЭРБ и может являться первым симптомом пептической язвенной болезни и иногда рака желудка.

4.2 Эпидемиология

- В нескольких исследованиях сообщалось о распространенности абдоминального спазма и боли на уровне 10–46% общей популяции [4].
- Частота выше у женщин, чем у мужчин, что также выявляется в различных возрастных группах.

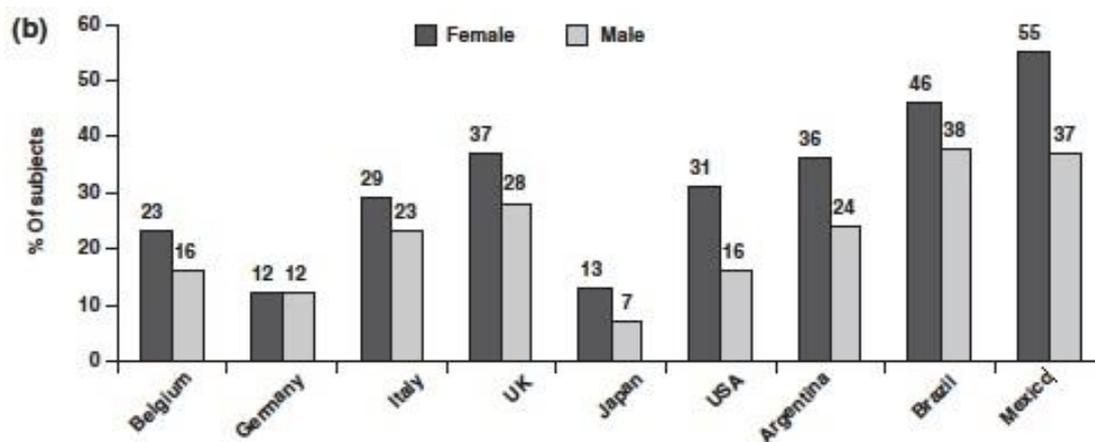


Рис. 3 Частота абдоминального спазма и боли в различных возрастных группах в общей популяции. *Источник: Quigley et al. 2006 [4].*

- Имеются существенные различия между культурами в общей концепции СРК и терминах, используемых для описания симптомов во время приступа или эпизода. В то время как абдоминальная боль и спазмы — и, в меньшей степени, вздутие, диарея и запор — обычно расцениваются как наиболее беспокоящие симптомы, в их распространенности существуют значительные различия между странами. Такие вариации также могут отражать различия в культурах, языках или выражениях, делающих интерпретацию симптомов проблематичной. Частота абдоминальных спазмов и боли, связанные с ними медикаменты, использование безрецептурных средств, в частности спазмолитиков, постоянно высоки в общей популяции во всех странах. С другой стороны, существуют значительные различия в одной и той же стране в номенклатуре описывания одинаковых симптомов, а также в их частоте, тяжести, влиянии на пациента и его ответ [4].

4.3 Диагностические/симптоматические замечания

- Абдоминальная боль, сопровождающаяся нарушениями дефекации, обычно расценивается как СРК [51,52].
- Римские III диагностические критерии для функциональной абдоминальной боли таковы:
 - Постоянная или практически постоянная абдоминальная боль.
 - Отсутствует, или только редкая, связь между болью и психосоциальными событиями (например, еда, дефекация или менструации).
 - Некоторые затруднения в повседневной жизни.
 - Боль - невымышленная.
 - Имеются незначительные симптомы, подпадающие под критерии для других функциональных расстройств, которые могут объяснять боль.
 - Симптомы соответствуют критериям в течение предыдущих 3 месяцев, с появлением симптомов, по меньшей мере, за 6 месяцев до установления диагноза.

4.4 Дифференциальный диагноз

- Существует множество возможных причин абдоминальной боли. Мы фокусируемся на частых причинах хронической абдоминальной боли, с болью/дискомфортом как главным признаком. Тем не менее, нужно помнить, что специфические ЖК состояния могут вызывать сильную, острую абдоминальную боль. Они включают в себя: аппендицит, перфорацию пептической язвы, ущемленную грыжу, дивертикулит, обструкцию тонкого и толстого кишечника, тромбоз верхней брыжеечной артерии, панкреатит и холецистит.
- Синдром раздраженного кишечника (СРК) — это абдоминальная боль, связанная с перистальтикой кишечника, приводящая к частому, жидкому (или неоформленному) стулу или редкому, твердому стулу, с облегчением, которое наступает после дефекации.
- Кишечные инфекции: их главные симптомы – диарея и рвота; также может присутствовать боль, обычно спастическая по своему характеру.
- Непереносимость специфической пищи — FODMAP, лактозы [32,53,54]. FODMAP – это плохо адсорбирующиеся короткоцепочечные углеводы и моносахариды, включая фруктаны, галактаны, фруктозу и полиолы; акроним расшифровывается как “Ферментируемые Олиго-, Ди-, Моносахариды И Полиол.”
- Функциональная диспепсия или болевое эпигастральное расстройство (БЭР): боль локализована в эпигастрии, периодическая. Не подпадает под критерии для желчнокаменной болезни или дисфункции сфинктера Одди.
- Пептическая язвенная болезнь: заболеваемость остается высокой во многих странах, что вызвано инфекцией *H. pylori* и применением ацетилсалициловой кислоты (АЦК) и НПВП.
- Нераспознанный запор.
- Целиакия.
- Печеночный застой/отек любого происхождения — например, правосторонняя сердечная недостаточность, стеатоз, гепатит.
- ВБК, особенно болезнь Крона.
- Хроническая мезентериальная ишемия (пожилые пациенты): боль усиливается после еды (брюшная жаба) и несоизмерима физикальным данным; первое появление у пожилых пациентов, анамнез сосудистого заболевания, симптомы тошноты, рвоты и значительной потери веса; может наблюдаться диарея.
- Гинекологическая патология — боль связана с менструацией, или усиливается при ней; необходимо помнить, что СРК часто усиливается при менструациях. Гинекологические причины хронической/рецидивирующей абдоминальной боли/дискомфорта - это: эндометриоз, дисфункциональное маточное кровотечение, воспалительная болезнь таза (ВБТ), рак яичника (может имитировать СРК или диспепсию, может быть сложным для выявления). Разрыв кисты яичника и эктопическая беременность проявляются острой абдоминальной болью. Должно быть выполнено исследование тазовых органов, необходимо рассматривать направление на УЗИ и/или направление к гинекологу.

Таблица 1 Локализация боли и дифференциальный диагноз

Локализация боли	Происхождение	Возможный диагноз
Эпигастрий, верхние отделы брюшной полости	Пищевод, желудок, 12-перстная кишка, желчный пузырь, поджелудочная железа	ГЭРБ, гастрит, язва желудка или 12-перстной кишки, холецистит, панкреатит
Нижние отделы брюшной полости	Толстый кишечник — отделы: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Левые:</i> восходящая/сигмовидная кишка • <i>Правые:</i> нисходящая/слепая, аппендикс 	<ul style="list-style-type: none"> • Дивертикулит • Илеоколит Крона, аппендицит
Боли в области таза	<ul style="list-style-type: none"> • Гинекологическое • Синдром хронической тазовой боли 	<ul style="list-style-type: none"> • Кисты яичников, ВБТ • Интерстициальный цистит, эндометриоз, уретральный синдром, дисфункция тазовой мускулатуры
Задние отделы брюшной полости	Стенка брюшной полости	Хроническая абдоминальная боль, синдром ущемления абдоминального кожного нерва

ГЭРБ, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; ВБТ, воспалительная болезнь таза.

Таблица 2 Триггер боли/облегчения и дифференциальный диагноз

Триггер боли/облегчения	Возможный диагноз
После приема пищи	Язва желудка, хронический панкреатит, камни желчного пузыря, брюшная жаба, синдром раздраженного кишечника (СРК), функциональная диспепсия, постпрандиальный дистресс-синдром
Облегчение после еды	Язвенная болезнь 12-перстной кишки
Облегчение после дефекации	СРК, запор
Менструальный цикл	Гинекологическая патология
Срочные позывы к мочеиспусканию	Интерстициальный цистит
Физическая активность	Хроническая боль брюшной стенки, синдром ущемления абдоминального кожного нерва

4.5 Настораживающие признаки

- Патологические находки при физикальном осмотре
- Неспровоцированная прогрессирующая потеря веса
- Возраст при появлении
- ЖК кровотечение

- Абдоминальный рак в семейном анамнезе
- Лабораторная патология: анемия, гипоальбуминемия, измененные функциональные печеночные тесты, повышение СОЭ или СРБ, положительный анализ кала на скрытую кровь
- Появление симптомов без очевидной причины (причин)

4.6 Абдоминальная боль/дискомфорт—каскад ведения

- Распространенность среди населения, тяжесть, необходимость в медицинской помощи и использование лекарств для лечения абдоминального спазма/боли высоки во всем мире, но значительно варьируют между странами [4]. В Соединенных Штатах и Латинской Америке сообщается о большем применении лекарственных средств, чем в Европе (90% против 72%). Спазмолитические препараты наиболее популярны в Латинской Америке и Италии, антациды – в Германии и Великобритании. Лекарственная терапия уменьшает длительность эпизодов (до 81% в Бразилии).
- Лекарственные препараты в основном принимаются «по требованию» для облегчения боли. В сообщении об ожиданиях от лечения, как самый важный аспект отмечается “быстрое начало действия”, за которым следует “высокоэффективное” и “хорошо переносимое”. Выбор препарата в основном был определен врачом (приблизительно 50%), далее - друзьями, родственниками, или людьми, страдающими от того же заболевания. Реклама, по-видимому, играла небольшую роль (0–6%), за исключением США (18%) [5].

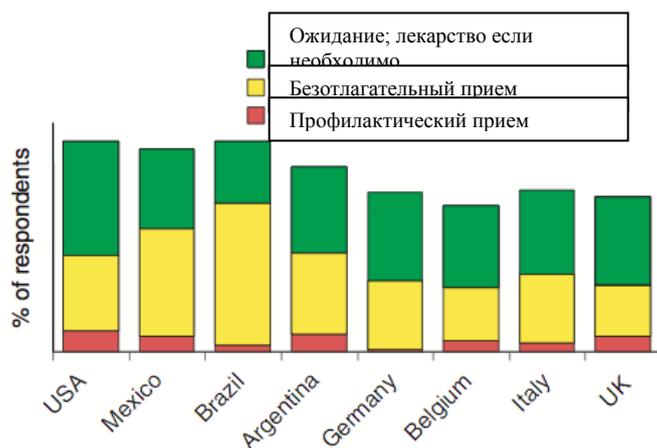


Рис. 4 Схема приема лекарств для облегчения абдоминального спазма и боли.
Источник: Mueller-Lissner et al. 2010 [5].

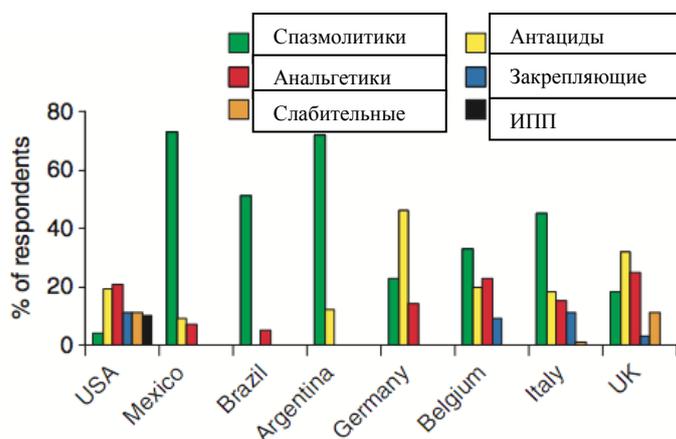


Рис. 5 Главные терапевтические классы препаратов, используемых в отдельных странах. *Источник: Mueller-Lissner et al. 2010 [5].*

- Главной причиной для беспокойства является то, что за 10-летний период 1997–2008, выписка рецептов на опиоидные анальгетики в США выросла вдвое [55]. Ни в одном исследовании не было показано, что опиоиды эффективны при лечении хронической абдоминальной боли; длительное применение этих препаратов может ухудшить течение других желудочно-кишечных симптомов, особенно запоров, тошноты и рвоты, и может вызвать привыкание.

4.6.1 Самопомощь при абдоминальной боли/дискомфорте

- Предупреждающие сигналы, заставляющие обратиться к врачу, а не заниматься самопомощью, следующие:
 - Продолжающиеся симптомы несмотря на полный курс назначенного лечения или безрецептурных средств
 - Рвота
 - Непреднамеренная потеря веса
 - Усиление симптомов с течением времени и их помеха ежедневной активности
- Тревожные сигналы, заставляющие немедленно обратиться к врачу:
 - Боль, которая начинается во всем животе, а затем локализуется в определенной области, особенно в правом нижнем квадранте живота
 - Боль, сопровождающаяся лихорадкой выше 38.3 °C
 - Боль, сочетаемая с неспособностью помочиться, опорожниться или выпустить газы
 - Сильная боль, ощущение потери сознания, неспособность двигаться
 - Боль, которая по ощущениям возникает в яичках
 - Боль в груди, сопровождающаяся иррадиацией в шею, челюсть, руки, с нехваткой дыхания, нерегулярный пульс, потливость
 - Продолжающаяся тошнота, рвота или диарея
 - Крайний дискомфорт/боль в брюшной полости
 - Рвота кровью или черным содержимым
 - Черный стул или стул с примесью крови
- Самолечение/самопомощь
 - Там, где доступно: безрецептурные средства от диареи и запора
- Изменения стиля жизни и диеты

4.6.2 Фармацевт

- Ведение:
 - Стандартное лечение СРК в настоящее время представляет собой симптоматический подход с лекарственной терапией, направленной на облегчение боли, уменьшения запоров и/или диареи [51,52].
 - Имеющиеся сейчас доказательства позволяют предположить, что необходимо принимать в расчет специфическую диетическую непереносимость [32,53,54].
 - Также могут быть полезны другие диетические стратегии, например, увеличение в пище клетчатки при наличии запоров или пробиотиков с доказанной эффективностью при СРК.
 - Антациды и ИПП, по всей видимости, не подходят для лечения абдоминального спазма и боли [5]; хотя слабительные могут вызывать спазм, они действительно уменьшают боли в наиболее тяжелых случаях запоров у пациентов.

4.6.3 Врач общей практики

- Тревожные сигналы:
 - Направлять на эндоскопию верхних и/или нижних отделов ЖКТ (в зависимости от ситуации) пациентов в возрасте > 50 у с тревожными симптомами: потерей веса, анемией, кровавой рвотой, меленой, калом с примесью алой крови
- Диагноз:
 - Анамнез пациента
 - Физикальный осмотр — легкая и глубокая пальпация, аускультация, перкуссия, ректальное и тазовое исследование, осмотр пениса и яичек, проверка на обезвоживание и желтуху
 - Психосоциальная оценка — анамнез посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), физического и психологического насилия, соматизация, тревожность, депрессия, отношения в семье и работа
 - Стандартные лабораторные исследования — клинический анализ крови для выявления анемии и инфекции, электролиты сыворотки крови, сахар, креатинин и мочевины для выявления метаболических нарушений; функциональные печеночные тесты, липаза, амилаза, особенно у пациентов с болями в верхних отделах брюшной полости; воспалительные маркеры; анализ и посев мочи для исключения инфекции мочевых путей и интерстициального цистита; анализ кала на скрытую кровь (пациенты > 50 лет); серология органов брюшной полости; кальпротектиновый тест
 - Дополнительные исследования — посев кала, анализ кала на яйца глист и паразиты, антиген к *Giardia* для скрининга бактериальных, паразитарных или протозойных причин; тест на беременность (моча или сыворотка крови); исследования на наличие инфекции *H. pylori* у пациентов с симптомами верхних отделов ЖКТ (тип теста зависит от предпочтения и доступности — например, уреазный дыхательный тест, фекальный антиген или серологическое исследование); в некоторых случаях тазовой боли и боли внизу живота: вагинальные мазки, мазок Папаниколау, бета-человеческий хорионический гонадотропин, простатоспецифический антиген и мочевиная цитология

- Ведение:
 - Симптоматическое лечение:
 - Мускариновые холиноблокаторы
 - Мята
 - Модификации диеты — без FODMAP, лактозы, фруктозы
 - Другие фармакологические средства: трициклические антидепрессанты (ТЦА) или терапия ингибиторами повторного захвата серотонина (SSRI)
 - Использование наркотических препаратов у пациентов с функциональным абдоминальным болевым расстройством (ФАБР) может привести к развитию наркотического кишечного синдрома, характеризующегося возрастающей зависимостью от наркотических обезболивающих препаратов и, парадоксально, к развитию гиперальгезии
- Наблюдение:
 - Переоценка состояния после 3–6 недель симптоматического лечения
 - Применение Римского III Вопросника Психологической Настороженности для Функциональных Желудочно-кишечных Расстройств для идентификации маркеров серьезных психологических нарушений [56]
 - Дополнительные диагностические процедуры — лабораторные и рентгеновские исследования
 - Направление к гастроэнтерологу [57], в клинику боли

4.6.4 Специалист

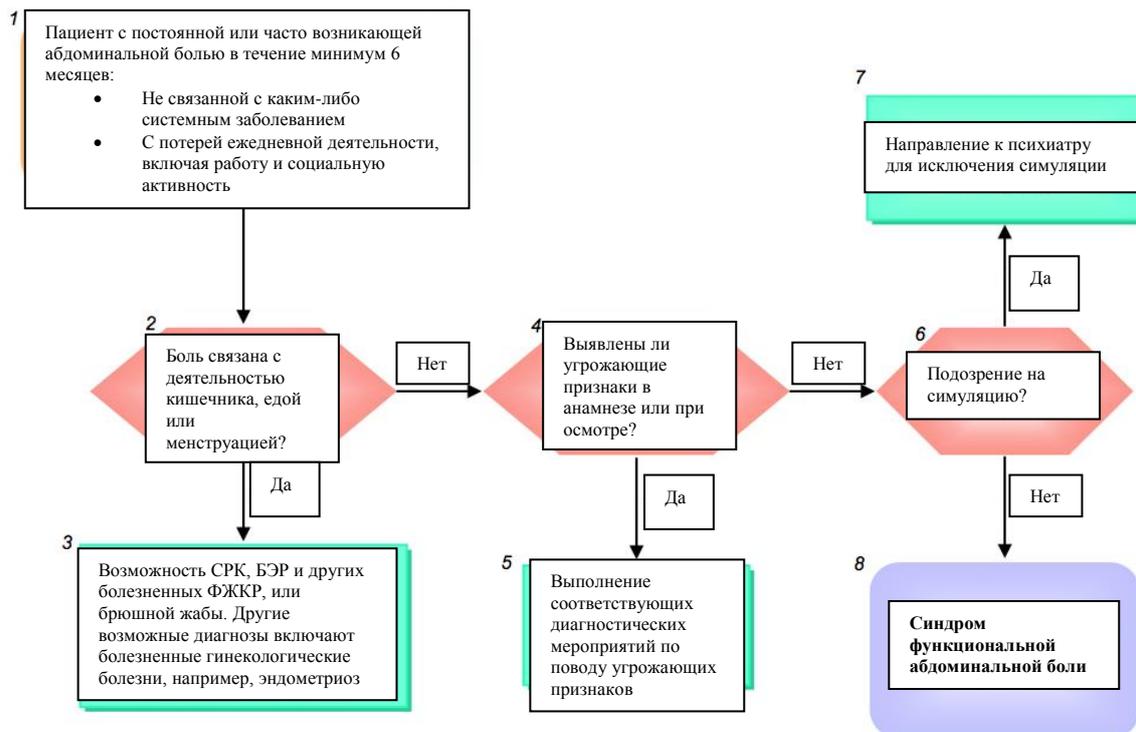


Рис. 6 Клинический алгоритм для постоянной/рецидивирующей абдоминальной боли/дискомфорта. Источник: www.romecriteria.org.

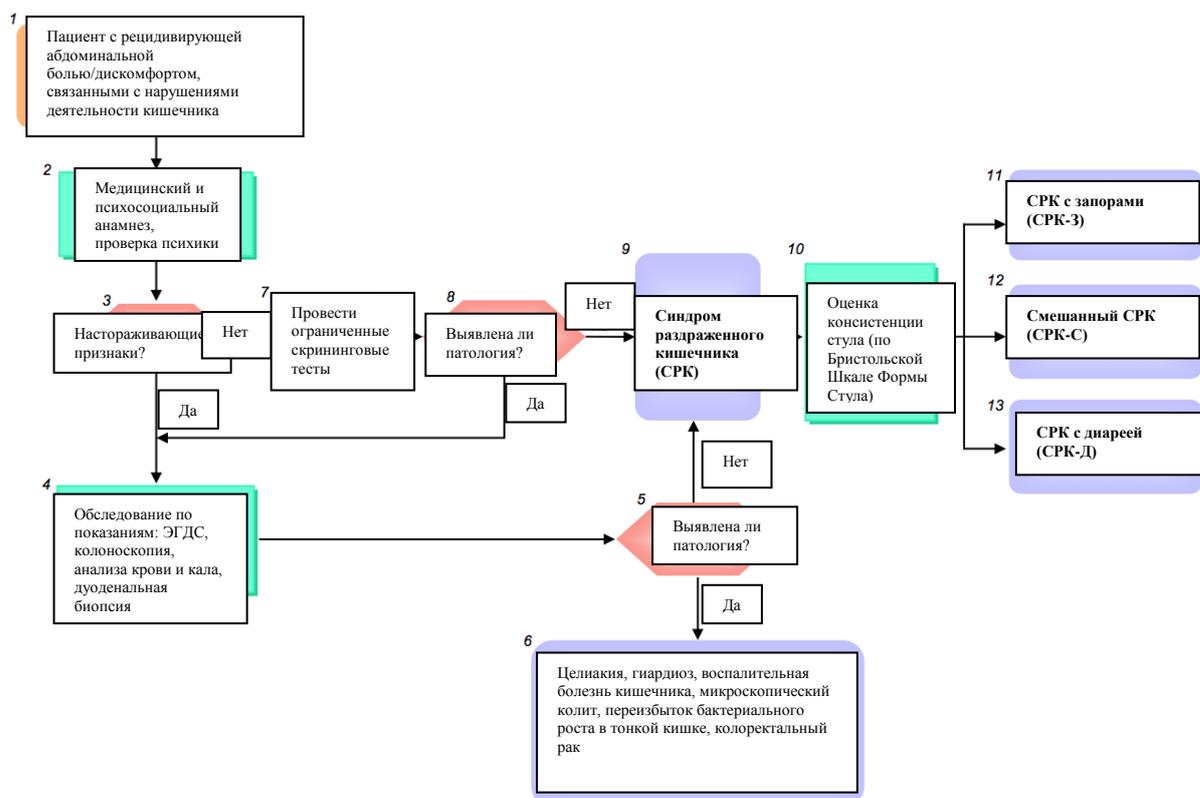


Рис. 7 Клинический алгоритм для пациентов с нарушениями деятельности кишечника.
Источник: www.romecriteria.org.

5 Метеоризм

5.1 Определение и описание

- Метеоризм (вздутие живота), переполненность в животе после еды и растяжение живота – это довольно туманные понятия, трудные для описания, когда вздутие – «чувство повышенного давления в брюшной полости».
- Языковые нюансы:
 - В английском языке, вздутие и растяжение различаются: вздутие – это симптом, а растяжение – наблюдаемый и измеряемый объем живота. Это различие невозможно в некоторых других языках, например, в испанском.
 - В Западных странах, «раннее насыщение» относится к чувству переполнения желудка вскоре после начала еды, непропорциональное количеству съеденной пищи. По контрасту, «вздутие» относится к чувству наполненности безотносительно к съеденной пище, которая могла бы объяснить его появление.
- Пациенты часто с трудом могут точно объяснить, что они имеют в виду под вздутием и использует множество разнообразных терминов: «должен растегнуть одежду,» «увидел увеличение живота,» «чувствую себя не комфортно переполненным.»

- У некоторых пациентов присутствуют сочетанные симптомы — избыток газов, частая отрыжка и урчание в животе.
- Для вздутия живота при функциональных желудочно-кишечных расстройствах характерна суточная схема (отсутствие по утрам и ухудшение вечером) и это всегда является диагностическим признаком ФЖКТ. Тем не менее, когда метеоризм носит постоянный характер, его нужно расценивать как угрожающий признак — например, рака яичника или асцита.
- Этиология комплексна и может вовлекать многие факторы: захват газов, патологические движения диафрагмы и брюшной стенки, висцеральную гиперчувствительность и т.д. Если охват живота пациента измерен заранее, можно и не отметить увеличения (т.е. нет истинного растяжения), хотя пациент увеличение ощущает и убежден в его наличии. В других случаях пациенту необходимо расстегивать брюки или рубашку, поскольку увеличение живота действительно имеется.
- Вздутие живота может утомлять и раздражать в ежедневной жизни, и вздутие живота может вызывать стыд, если это случается часто.
- В верхних отделах ЖКТ газы обычно образуются за счет проглоченного воздуха (аэрофагия), или воздуха, попадающего туда с пищей или напитками и т.д.; в нижних отделах газы дополнительно образуются за счет ферментации (H_2 и CO_2).

5.2 Эпидемиология

- Метеоризм - это очень частый симптом, который имеется у 10–30% общей взрослой популяции.
- В исследовании домовладельцев в США, 16% популяции сообщали о метеоризме или растяжении живота, и три четверти опрошенных расценивали симптомы от умеренных до тяжелых. Почти половина (43%) респондентов использовала лекарственные средства [1]. В исследовании в общей популяции в Иране сообщалось о частоте метеоризма в 2–9%, 96% пациентов с СРК страдали метеоризмом и 60% из них расценивали его как наиболее беспокоящий симптом. Два исследования показали частоту функционального метеоризма как 2% и 10%, в соответствии с Римскими III и Римскими II критериями, соответственно [58].
- В канадском исследовании, 5% популяции Канады (2.3% мужчин и 7.9% женщин) испытывали один или более симптома в нижней части брюшной полости — за исключением тех пациентов, которые сообщали только об абдоминальной боли. В целом, 78% участвовавших в исследовании испытывали два или более симптома. Вздутие было самым частым (75%), а абдоминальная боль – наиболее беспокоящим и наиболее тяжелым [59].

5.3 Диагностические/симптоматические замечания

- Визуальные методы обследования не представляют большой ценности для установления диагноза метеоризма. Они могут помочь в исключении обструкции или состояния, которое создает предрасположенность к развитию избыточного бактериального роста в тонком кишечнике (ИБР).

- Врач может расценивать вздутие и растяжение живота как симптомы ИБР и назначить эмпирическую терапию; состояние ИБР в таком контексте остается противоречивым.
- Метеоризм обычно доброкачествен, но может создавать значительные трудности в отношении работоспособности и участия в социальных и досуговых действиях. Он также связан с увеличением дней нетрудоспособности, визитов к врачу и использования лекарственных средств. Схожесть с беременностью может стеснять женщин.
- Римские III критерии (http://www.romecriteria.org/education/clin_algorithms.cfm) для функционального метеоризма должны включать и:
 - Рецидивирующее ощущение вздутия или видимое увеличения живота, по меньшей мере, в течение 3 дней в месяц на протяжении последних 3 месяцев
 - Недостаточные критерии для диагноза функциональной диспепсии, синдрома раздраженного кишечника или другого функционального ЖК расстройства
- Состояние должно соответствовать критериям в предыдущие 3 месяца, с появлением симптома, по меньшей мере, за 6 месяцев до установления диагноза.

5.4 Дифференциальный диагноз

- ЖК причины или связи с вздутием живота [60]:
 - “Физиологические”: авиаперелеты, изменения в диете, связанные с путешествием — например, могут вызвать преходящее вздутие и/или увеличение живота
 - СРК
 - Аэрофагия
 - Анорексия и булимия
 - Гастропарез
 - Обструкция выхода из желудка / стеноз привратника
 - Функциональная диспепсия
 - Диетические факторы:
 - Непереносимость лактозы или фруктозы
 - Употребление с пищей фруктозы, сорбитола или других невсасываемых сахаров
 - Пища с высоким содержанием углеводов
 - Чувствительность к глютену
 - Целиакия
 - Хронический запор
 - Избыточный бактериальный рост в тонком кишечнике
 - Нарушения подвижности тонкого кишечника (например, склеродерма)
 - Дивертикулез тонкой кишки
 - Нарушения транзита в толстом кишечнике
- Нежелудочно-кишечные заболевания, связанные с метеоризмом или растяжением живота
- Асцит — например, при хронической сердечной недостаточности, циррозе печени, злокачественной опухоли
- Растяжение живота из-за беременности, опухолей и т.д.

- Метеоризм может быть нормальным признаком менструального цикла

5.5 Настораживающие признаки

- Возраст
- Анемия
- Обнаружение жидкости или образования в брюшной полости
- Устойчивое видимое растяжение живота
- Непреднамеренное прогрессирующее снижение веса
- Сопутствующая тошнота, рвота, диарея
- ЖК кровотечение

5.6 Метеоризм—каскад ведения

5.6.1 Самопомощь при метеоризме

- Диета:
 - Разделить суточный прием пищи на три раза, вместе с двумя легкими приемами. Лучше увеличить частоту приема пищи и уменьшить одноразовое количество (есть меньше и чаще, а не много однократно). Приема пищи на ночь необходимо избегать.
 - Ограничить прием трудноперевариваемых углеводов, таких как бобовые, брокколи, капуста, цветная капуста, брюссельская капуста. Заменить их на легкоперевариваемые углеводы – картофель, рис, салат, бананы, виноград и йогурт.
 - Избегать приема кофеинсодержащих напитков.
 - Уменьшить количество еды и напитков, содержащих газ, например, газированной воды и пива.
 - Клетчатка должна постепенно вводиться в диету в течение недель, а не дней, для того чтобы позволить организму приспособиться.
 - Употреблять ферментированные молочные продукты, содержащие пробиотики с доказанным эффектом при метеоризме.
 - Ограничить прием полиолсодержащих продуктов — искусственных подсластителей, таких как мальтитол, сорбитол, ксилитол и изомальтоза.
 - Уменьшить прием пищи, богатой животными жирами, или жареных продуктов.
 - Избегать переедания; есть неторопливо, тщательно и медленно пережевывать пищу.
 - Поддерживать здоровый индекс массы тела: цель – достижение идеального веса.
 - Избегать пищи, которая подвергается брожению в желудке (что может привести к развитию метеоризма), а также богатой крахмалом пищи, капусты, молока и алкогольных напитков — помнить о том, что любая диета должна варьироваться.
 - Употреблять больше белка: диета, основанная на белках и молочных продуктах, в сочетании с уменьшением сахара и жиров, уменьшает метеоризм.
- Стиль жизни — увеличить физические упражнения и улучшить осанку.

- Лекарственные средства — безрецептурные средства, содержащие симетикон и активированный уголь, все еще используются при симптомах накопления газов, но их эффективность сомнительна. В некоторых исследованиях сообщается, что пробиотические средства, содержащие такие культуры как *Lactobacillus* и *Bifidobacterium*, вызывают улучшение при метеоризме и растяжении живота [61].

5.6.2 Фармацевт

- Любая фармакотерапия должна комбинироваться с изменением стиля жизни и диеты:
 - Комбинировать прием препаратов с изменениями стиля жизни.
 - Иногда рекомендуются растительные препараты, гомеопатия, ароматерапия, но каких-либо доказательств их эффективности нет.
- Направление к врачу:
 - При длительности метеоризма в течение долгого времени или его усилении.
 - Когда присутствуют другие симптомы, такие как диареи или запор, абдоминальная боль, рвота, кашель кровью, потеря веса и т.д.
 - Метеоризм может указывать на более серьезные причины, если он сопровождается потерей веса, диареей, абдоминальной болью, особенно после приема пищи, а также при наличии образования в брюшной полости.
 - Полное отсутствие отхождения газов и стула, сочетанное с сильной абдоминальной болью, требует срочной консультации врача.

5.6.3 Врач общей практики

- Ведение, когда очевидная причина не выявлена:
 - Диета — специфическая проба исключения с последующей провокацией лактозой, FODMAP-диета [32], избегание незнакомых продуктов; пробиотики. Тем не менее, необходимо пробовать только одно изменение диеты за один раз.
 - Психологическая терапия — было показано, что гипноз вызывает уменьшение метеоризма у пациентов с СРК; пациентам с аэрофагией может быть полезна поведенческая терапия.

5.6.4 Специалист

- Исключить органическое заболевание, на которое могут указывать сопутствующие симптомы.
- Поставленная диета — пища, уменьшающая количество газов, отмена газированных напитков.
- Поставленная осанка.
- Обдумать назначение пробиотиков.
- Индивидуализированное лечение.
- Рассмотреть возможность бактериального роста — соответствующее лечение.
- Если пациент страдает запорами, рассмотреть возможность назначения слабительных.

- Рассмотреть возможность назначения трициклических антидепрессантов в малых дозах [62].
- Рассмотреть возможность гипнотерапии.
- Рассмотреть возможность применения неостигмина [63].

6 Запор

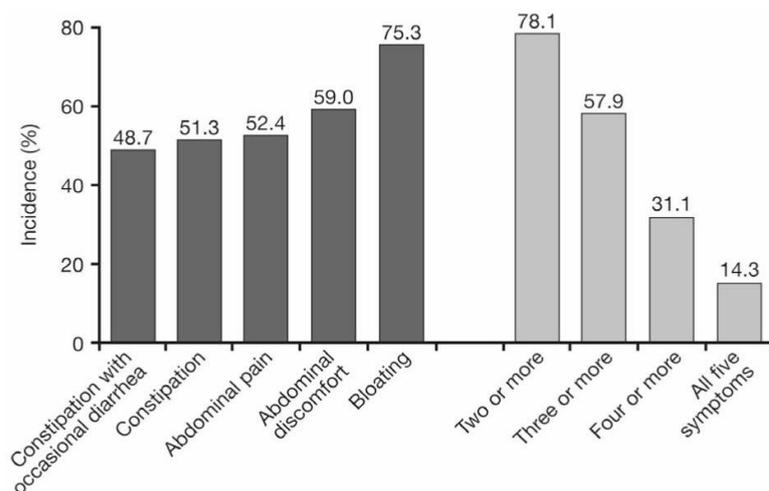
6.1 Определение и описание

Этот раздел фокусируется на функциональном запоре, в большей степени, чем на СРК — абдоминальной боли, сопровождающейся нарушениями дефекации. В клинической практике термины “функциональный запор” и “хронический запор” часто используются взаимозаменяемо, что является признанием хронической природы симптомов и исключает СРК. Главенство абдоминальной боли в нижних отделах обычно предполагает различие между СРК и запором, однако, его бывает сложно применить на практике.

- Запор – это острое или хроническое состояние, при котором движения кишечника происходят реже, чем обычно, или стул твердый, сухой, его проход болезненен или затруднен; часто связано с чувством неполной или удлиненной эвакуации. Синонимы – дисхезия; ректальная констипация; замедление транзита каловых масс.
- Каловые массы – это скопление твердого, сухого стула в толстой или прямой кишке.
- Симптомы запора включают:
 - Натуживание и/или дискомфорт во время дефекации
 - Более редкие, чем обычно сокращения кишечника
 - Твердые, сухие, или более комковатые фекалии
 - Спазмы в животе или метеоризм
 - Дискомфорт или боль в нижнем отделе спины или в желудке
 - Чувство неполного опустошения после дефекации
 - Тошноту, раздражительность, снижение аппетита
 - Слабость / утомляемость

6.2 Эпидемиология

- В одном из исследований было показано, что 5% канадской популяции (2% мужчин и 8% женщин) испытывали один или более ЖК симптомов в нижних отделах живота; у 51% из них наблюдался запор [59].



Black: Запор с периодической диареей

Запор

Абдоминальная боль

Абдоминальный дискомфорт

Метеоризм

Grey: Два или более

Три или более

Четыре или более

Все пять симптомов

Рис. 8 Частота ЖК симптомов в нижних отделах брюшной полости в Канаде.
Источник: Hunt et al. 2007 [59].

- В популяционном исследовании в Мексике (интервью проводились обученными врачами с использованием Римских «II/медицинская помощь/лечение» вопросников и Шкалы Депрессии Центра Эпидемиологических Исследований), самыми частыми ФЖКР были СРК, 16% (95% CI, 12.9 до 19.5); функциональный метеоризм, 11% (95% CI, 8.2 до 13.9); неспецифическое функциональное кишечное расстройство, 11% (95% CI, 8.0 до 13.6); и функциональный запор, 7% (95% CI, 5.3 до 10.1). Также очень часто встречалась необследованная изжога - 20% (95% CI, 16.2 до 23.4) [64].
- Общая частота запоров в США оценивается приблизительно в 15% [65].
- Функциональный запор, как он описывается в Римских критериях, встречается примерно у 8% популяции [66].

6.3 Диагностические/симптоматические замечания

- Римские III критерии (должны совпадать два или более) для функционального запора - это:
 - Натуживание во время, по меньшей мере, 25% дефекаций
 - Комковатый или твердый стул при, по меньшей мере, 25% дефекаций

- Ощущение неполной эвакуации при, по меньшей мере, 25% дефекаций
- Ощущение аноректальной обструкции/блокады при, по меньшей мере, 25% дефекаций
- Мануальные манипуляции для облегчения, по меньшей мере, 25% дефекаций (например, пальцевая эвакуация, поддержка тазового дна)
- Менее трех дефекаций в неделю
- Без применения слабительных мягкий стул редок
- Недостаточные критерии для синдрома раздраженного кишечника
- Критерии достаточны в течение предыдущих 3 месяцев, появление симптома минимум за 6 месяцев до установления диагноза

6.4 Дифференциальный диагноз

- Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров (СРК-3) должен рассматриваться в случаях хронического запора с абдоминальной болью.
- Лекарственно-индуцированный запор.
- Множество анатомических отклонений связано с затрудненной дефекацией, например, ректоцеле, инвагинация и энтероцеле; тем не менее, обычно они вторичны, а не являются причинным феноменом.
- Гипотиреоз — летаргия, повышенный вес, непереносимость холода.

6.5 Настораживающие признаки

- Недавние изменения в работе кишечника
- Потеря веса
- Ректальное кровотечение
- Возраст > 50 лет
- Семейный анамнез колоректального рака

6.6 Запор—каскад ведения

6.6.1 Самопомощь при запоре

- *Самодиагноз* — деятельность кишечника варьирует в зависимости от диеты и, следовательно, от географии и этнического фактора, но запором считается ситуация, когда у взрослого стула нет в течение 3 дней, а у ребенка - 4 дней. Тем не менее, одна лишь частота часто является адекватным описанием проблемы пациента, и может в большей степени относиться к трудностям с актом дефекации или к ощущению неполной эвакуации.
- *Тревожные сигналы* — консультация у врача, если:
 - Внезапно меняется привычная работа кишечника — особенно в возрасте > 40
 - Имеется болезненный стул
 - Фекалии со следами крови, либо черные или дегтеобразные
 - Необходимо регулярно использовать слабительные (каждые 2–3 дня или чаще)
 - Запор появляется в комбинации с чувством усталости, плохим самочувствием, потерей веса, головными болями, лихорадкой

- Симптомы запора длятся > 7 дней без очевидной причины
- Из ануса сочатся жидкость или жидкие фекалии
- *Стратегии самопомощи:*
 - Диета:
 - Пациентов с запором необходимо убедить не пропускать завтрак, т.к. на это время приходится пик гастрокишечного рефлюкса.
 - Включить в диету пищу, богатую клетчаткой — например, фрукты и овощи, бобовые, зерновые, различные семена.
 - Постепенно увеличивать количество клетчатки в диете для профилактики развития метеоризма — если пациенты считают, что клетчатка усиливает их симптомы (что может происходить при СРК-3 и медленном транзите), им следует избегать ее избыточного количества.
 - Выбирать фрукты, богатые пектином, такие как яблоки, клубника, личи или персики, для увеличения объема стула и его легкого прохождения.
 - Употреблять ферментированные молочные продукты, содержащие пробиотики с доказанной эффективностью при запорах.
 - Выпивать приблизительно 2 литра питьевой воды каждый день — уменьшить объем кофеинсодержащих, алкогольных и сладких напитков.
 - Уменьшить прием пищи, богатой животными жирами, жареной пищи.
 - Ограничить прием рафинированного сахара — например, конфет и пирожных.
 - Отрегулировать время приема пищи и пищевые привычки.
 - Физическая нагрузка и стресс:
 - Заниматься умеренными физическими упражнениями как минимум 30 минут ежедневно.
 - Напучиться и применять техники релаксации для снятия стресса.
 - Практиковать здоровый образ жизни — регулярно заниматься физическими упражнениями и воздержаться от курения.
 - Избегать стресса — научиться релаксировать, улучшить схему сна, практиковать глубокое дыхание и применять техники правильного распределения времени.
 - Посещения туалета:
 - Не игнорировать позыва к дефекации.
 - Позиция в туалете может влиять на деятельность кишечника — необходимо сильно наклониться вперед с прямой спиной и поддержкой со стороны ног.
 - Ожидать регулярной работы кишечника каждые 1–2 дня.
 - Спросить совет у врача/фармацевта — если медицинское состояние или лекарства вызывают запор.
- *Лекарственные препараты:*
 - Целью является минимизация применения лекарственных средств и фокусировка на диету и изменения стиля жизни в долгосрочной перспективе.
 - Простые средства, увеличивающие объем содержимого кишечника — добавки клетчатки, такие как испагула, гуаровая камедь, подорожник, стеркулия; запивать адекватным количеством жидкости.

- Средства, размягчающие стул — докузат, поллоксалколь; эти средства, представляющие собой мягкие слабительные, широко распространены и могут применяться у детей, но доказательств их эффективности мало.
- Глицериновые свечи — в случае сложностей с ректальным опорожнением.

6.6.2 Фармацевт

- *Ведение:*
 - Проверка на лекарственные запоры — опиаты, препараты железа, кальциевые антациды, трициклические антидепрессанты, нейролептики, химиотерапия, антихолинергические препараты, антипаркинсонические средства, антидиарейные препараты, замедляющие кишечный транзит, глина, силикаты.
 - Легкодоступные традиционные слабительные представляют собой препараты первого выбора, но связаны с высоким уровнем неудовлетворенности [67].
 - Стимулирующие слабительные, например, сенна, и осмотические слабительные, например, лактулоза, могут вызывать абдоминальные боли и приводить к водянистому стулу, появляющегося после нескольких дней без стула, что, таким образом, имитирует запор и приводит к дальнейшему приему препарата и избыточной диарее.
 - Глицериновые свечи.
 - При правильном инструктировании в большинстве случаев с запором можно справиться без приема лекарств.

6.6.3 Врач общего профиля

- Тревожные признаки:
 - Рутинные диагностические исследования не рекомендованы всем пациентам с запорами при отсутствии тревожных сигналов.
 - Если имеется один или более тревожный признак, то имеются показания для колоноскопии.
- Диагноз:
 - Анамнез пациента и физикальный осмотр
 - Описание дефекации — частота стула, его форма (Бристольская Шкала Формы Стула, BSFS)
 - Меры, принятые для улучшения ситуации и результаты
 - Клинический анализ крови, скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок, для исключения скрытой кишечной кровопотери или воспаления
- Ведение:
 - Модификация диеты и стиля жизни
 - Средства, увеличивающие объем содержимого кишечника, простые слабительные
- Наблюдение:
 - Направить на обследование ЖКТ, если запор не проходит
 - Рассмотреть возможность техники биологической обратной связи для коррективки диссинергии тазового дна

6.6.4 Специалист

См. Практические рекомендации ВГО по лечению запоров (<http://www.worldgastroenterology.org/constipation.html>).

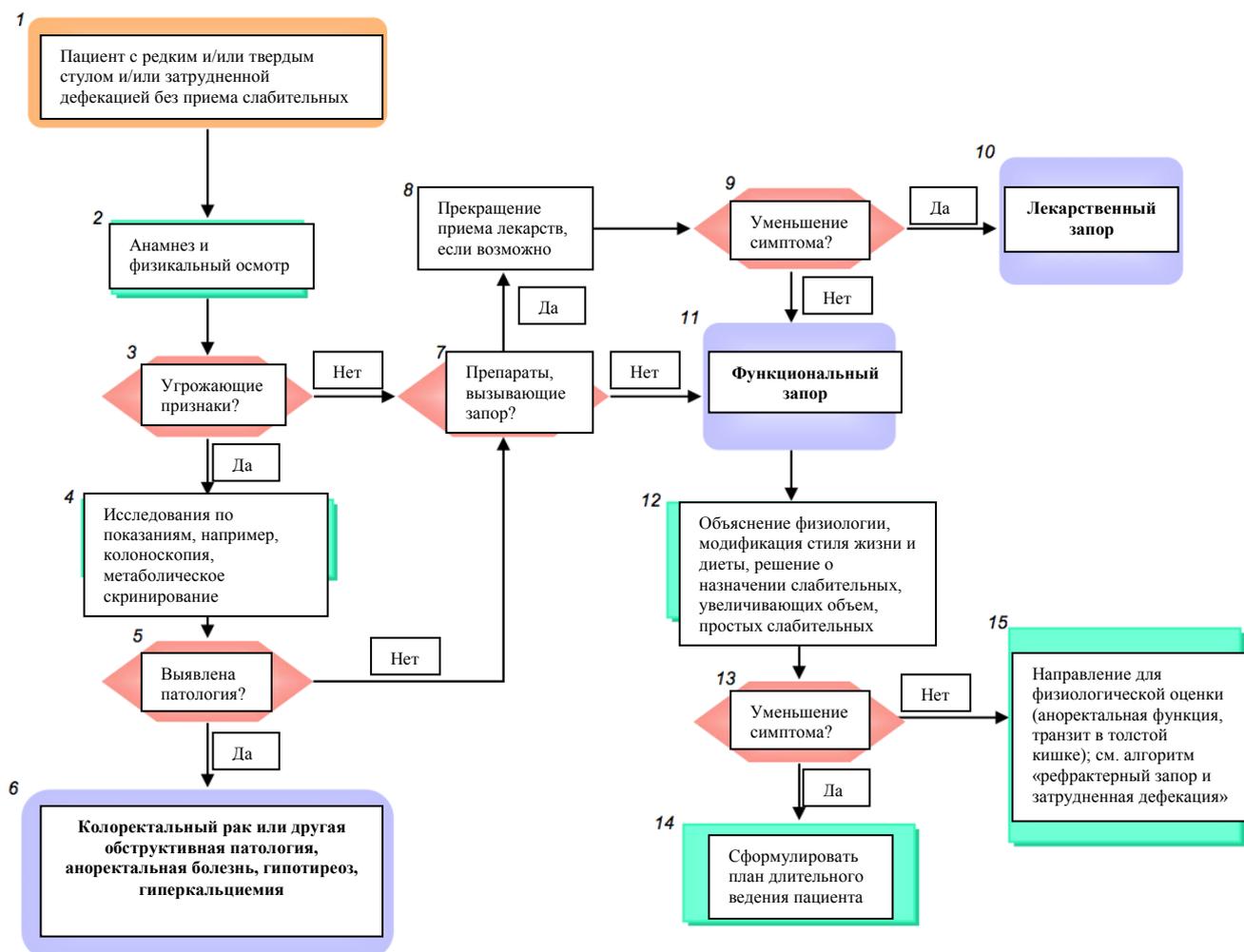


Рис. 9 Клинический алгоритм для хронического запора. *Источник:* www.romecriteria.org.

Заметки:

- Новые рецептурные препараты, вероятно, изменят алгоритм. Нарастает скептицизм в отношении целесообразности тестирования.
- Рецептурные препараты для пациентов и персистирующими симптомами, уже пролеченных безрецептурными средствами: Линаклотид был одобрен в США и ЕС для лечения хронического идиопатического запора и СПК-3 у взрослых; Прукалоприд одобрен в ЕС и некоторых азиатских и латиноамериканских странах для лечения хронического запора; Лубипростон одобрен в США для лечения хронического запора и СПК-3.
- Существуют некоторые новые подходы к лечению: биологическая обратная связь при диссинергии и сакральная стимуляция при инертности. Хирургическое лечение рассматривается очень, очень редко и только в центрах, имеющих большой опыт таких операций.

ССЫЛКИ

1. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993;38:1569–80.
2. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:643–50.
3. Kennedy TM, Jones RH, Hungin AP, O’Flanagan H, Kelly P. Irritable bowel syndrome, gastro-oesophageal reflux, and bronchial hyper-responsiveness in the general population. *Gut* 1998;43:770–4.
4. Quigley EM, Locke GR, Mueller-Lissner S, et al. Prevalence and management of abdominal cramping and pain: a multinational survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:411–9.
5. Mueller-Lissner S, Quigley EM, Helfrich I, Schaefer E. Drug treatment of chronic-intermittent abdominal cramping and pain: a multi-national survey on usage and attitudes. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;32:472–7.
6. Bommelaer G, Poynard T, Le Pen C, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome (IBS) and variability of diagnostic criteria. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:554–61.
7. Sandler RS, Stewart WF, Liberman JN, Ricci JA, Zorich NL. Abdominal pain, bloating, and diarrhea in the United States: prevalence and impact. *Dig Dis Sci* 2000;45:1166–71.
8. Kruis W, Thieme C, Weinzierl M, Schüssler P, Holl J, Paulus W. A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology* 1984;87:1–7.
9. Weber FH, McCallum RW. Clinical approaches to irritable bowel syndrome. *Lancet* 1992; 340: 1447–52.
10. Digesu GA, Panayi D, Kundi N, Tekkis P, Fernando R, Khullar V. Validity of the Rome III Criteria in assessing constipation in women. *Int Urogynecol J* 2010;21:1185–93.
11. Bouras EP, Tangalos EG. Chronic constipation in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2009;38:463–80.
12. El-Serag HB. Time trends of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:17–26.
13. Corley DA, Kubo A. Body mass index and gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2619–28.
14. Sharma PK, Ahuja V, Madan K, Gupta S, Raizada A, Sharma MP. Prevalence, severity, and risk factors of symptomatic gastroesophageal reflux disease among employees of a large hospital in northern India. *Indian J Gastroenterol* 2011;30:128–34.
15. Jafri N, Jafri W, Yakoob J, Islam M, Manzoor S, Jalil A, Hashmi F. Perception of gastroesophageal reflux disease in urban population in Pakistan. *J Coll Physicians Surg Pak* 2005;15:532–4.
16. Zhou H, Yao M, Cheng GY, Chen YP, Li DG. Prevalence and associated factors of functional gastrointestinal disorders and bowel habits in Chinese adolescents: a school-based study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;53:168–73.
17. Bremner AR, Sandhu BK. Recurrent abdominal pain in childhood: the functional element. *Indian Pediatr* 2009;46:375–9.

18. Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, et al. Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;53:659–65.
19. Devanarayana NM, Adhikari C, Pannala W, Rajindrajith S. Prevalence of functional gastrointestinal diseases in a cohort of Sri Lankan adolescents: comparison between Rome II and Rome III criteria. *J Trop Pediatr* 2011;57:34–9.
20. Wang A, Liao X, Xiong L, et al. The clinical overlap between functional dyspepsia and irritable bowel syndrome based on Rome III criteria. *BMC Gastroenterol* 2008;8:43.
21. Kaji M, Fujiwara Y, Shiba M, et al. Prevalence of overlaps between GERD, FD and IBS and impact on health-related quality of life. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:1151–6.
22. Altıntaş E, Senli MS, Sezgin O. Prevalence of celiac disease among dyspeptic patients: a community-based case–control study. *Turk J Gastroenterol* 2008;19:81–4.
23. Eliakim R, Cohen A, Ginsberg G, Hammerman-Rozenberg R, Stessman J. The Jerusalem 70 year olds longitudinal study: gastrointestinal findings. *Isr J Med Sci* 1996;32:634–8.
24. Madrid AM, Quera R, Defillippi CL, Defillippi C. Prevalence of IBS in the Chilean population. *Gastroenterol Latinoam* 2005;16:392.
25. Madrid AM, Landskron G, Klapp G, Reyes A, Pizarro C, Defilippi C. Lactulose hydrogen breath test and functional symptoms in pediatric patients. *Dig Dis Sci* 2012;57:1330–5.
26. Quigley EM, Abdel-Hamid H, Barbara G, et al. 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;46:356–66.
27. Okeke EN, Ladep NG, Adah S, Bupwatda PW, Agaba EI, Malu AO. Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey in an African population. *Ann Afr Med* 2009;8:177–80.
28. Olubuyide IO, Olawuyi F, Fasanmade AA. A study of irritable bowel syndrome diagnosed by Manning criteria in an African population. *Dig Dis Sci* 1995;40:983–5.
29. Gibson PR, Shepherd SJ. Food choice as a key management strategy for functional gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol* 2012;107: 657–66.
30. Kehar M, Yadav SP, Sachdeva A. Constipation in children. *J Int Med Sci Acad* 2012;25:31–3.
31. Drossman DA, Funch-Jensen P, Janssens J, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. Identification of subgroups of functional bowel disorders. *Gastroenterol Int* 1990;3:159–72.
32. Gibson PR, Shepherd SJ. Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:252–8.
33. Galmiche JP, Clouse RE, Bálint A, et al. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1459–65.
34. Dent J, Vakil N, Jones R, et al. Accuracy of the diagnosis of GORD by questionnaire, physicians and a trial of proton pump inhibitor treatment: the Diamond Study. *Gut* 2010;59:714–21.
35. Goh KL. Gastroesophageal reflux disease in Asia: A historical perspective and present challenges. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;26 Suppl 1:2–10.
36. Mahadeva S, Raman MC, Ford AC, et al. Gastro-oesophageal reflux is more prevalent in Western dyspeptics: a prospective comparison of British and South-East Asian patients with dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1483–90.
37. Kang JY, Ho KY. Different prevalences of reflux oesophagitis and hiatus hernia among dyspeptic patients in England and Singapore. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:845–50.
38. Ho KY, Ng WL, Kang JY, Yeoh KG. Gastroesophageal reflux disease is a common cause of noncardiac chest pain in a country with a low prevalence of reflux esophagitis. *Dig Dis Sci* 1998;43:1991–7.

39. Wu JC, Chan FK, Ching JY, Leung WK, Lee YT, Sung JJ. Empirical treatment based on “typical” reflux symptoms is inappropriate in a population with a high prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *Gastrointest Endosc* 2002;55:461–5.
40. Goh KL. Clinical and epidemiological perspectives of dyspepsia in a multiracial Malaysian population. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;26 Suppl 3:35–8.
41. Mahadeva S, Chia YC, Vinothini A, Mohazmi M, Goh KL. Cost-effectiveness of and satisfaction with a *Helicobacter pylori* “test and treat” strategy compared with prompt endoscopy in young Asians with dyspepsia. *Gut* 2008;57:1214–20.
42. Ho KY, Gwee KA, Khor CJ, Selamat DS, Wai CT, Yeoh KG. Empirical treatment for the management of patients presenting with uninvestigated reflux symptoms: a prospective study in an Asian primary care population. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:1313–20.
43. Goh KL, Wong HT, Lim CH, Rosaida MS. Time trends in peptic ulcer, erosive reflux oesophagitis, gastric and oesophageal cancers in a multiracial Asian population. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;29:774–80.
44. Goh KL. Changing trends in gastrointestinal disease in the Asia-Pacific region. *J Dig Dis* 2007;8:179–85.
45. Thomas V, Rangan K, Kumar S. Occurrence of functional heartburn in patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD) not responding to proton pump inhibitors (PPI) [abstract]. *Am J Gastroenterol* 2011;106 Suppl 2:S25.
46. Gao Y, Hu N, Han X, et al. Family history of cancer and risk for esophageal and gastric cancer in Shanxi, China. *BMC Cancer* 2009;9:269.
47. Sheen E, Triadafilopoulos G. Adverse effects of long-term proton pump inhibitor therapy. *Dig Dis Sci* 2011;56:931–50.
48. Berardi RR, ed. *Handbook of nonprescription drugs: an interactive approach to self-care*. 16th ed. Washington, DC: American Pharmacists Association, 2009.
49. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008;135:1383–91. Available at: [http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(08\)01606-5/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(08)01606-5/fulltext).
50. Smith L. Updated ACG guidelines for diagnosis and treatment of GERD. *Am Fam Physician* 2005;71:2376–82. Available at: <http://www.aafp.org/afp/2005/0615/p2376.html>.
51. Gupta V, Moshiree B, Verne GN. Treatment of pain symptoms in irritable bowel syndrome patients. *Drugs Today (Barc)* 2004;40:829–36.
52. Mertz HR. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2003;349:2136–46.
53. Gibson PR. Food intolerance in functional bowel disorders. *J Gastroenterol Hepatol* 2011;26 Suppl 3:128–31.
54. Staudacher HM, Whelan K, Irving PM, Lomer MC. Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome. *J Hum Nutr Diet* 2011;24:487–95.
55. Dorn SD, Meek PD, Shah ND. Increasing frequency of opioid prescriptions for chronic abdominal pain in US outpatient clinics. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:1078–85.
56. Rome Foundation. Appendix D: Rome III psychosocial alarm questionnaire for the functional GI disorders. In: Drossman DA, ed. *Rome III: the functional gastrointestinal disorders*. 3rd ed. MacLean, VA: Degnon Associates, 2006: 953–9. Available at: <http://www.romecriteria.org/pdfs/PsychoAlarmQ.pdf>.
57. World Gastroenterology Organisation. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Irritable bowel syndrome: a global perspective*. April 2009. Available at: <http://www.worldgastroenterology.org/irritable-bowel-syndrome.html>.

58. Daneshpajouhnejad P, Keshteli AH, Sadeghpour S, Ardestani SK, Adibi P. Bloating in Iran: SEPAHAN systematic review no. 4. *Int J Prev Med* 2012;3(Suppl 1):S26–33.
59. Hunt RH, Dhaliwal S, Tougas G, et al. Prevalence, impact and attitudes toward lower gastrointestinal dysmotility and sensory symptoms, and their treatment in Canada: A descriptive study. *Can J Gastroenterol* 2007;21:31–7.
60. Lacy BE, Gabbard SL, Crowell MD. Pathophysiology, evaluation, and treatment of bloating: hope, hype, or hot air? *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2011;7:729–39.
61. World Gastroenterology Organisation. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Probiotics and prebiotics. October 2011. Available at: <http://www.worldgastroenterology.org/probiotics-prebiotics.html>.
62. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003;125:19–31.
63. Accarino A, Perez F, Azpiroz F, Quiroga S, Malagelada JR. Intestinal gas and bloating: effect of prokinetic stimulation. *Am J Gastroenterol* 2008;103:2036–42.
64. López-Colombo A, Morgan D, Bravo-González D, Montiel-Jarquín A, Méndez-Martínez S, Schmulson M. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Mexico: a population-based study. *Gastroenterol Res Pract* 2012;2012:606174.
65. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2004;99:750–9.
66. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480–91.
67. Johanson JF, Kralstein J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25:599–608.