

СЕУЛЬСЬКИЙ КОНСЕНСУС – 2025

«КЛІНІЧНІ НАСТАНОВИ ІЗ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА»

Переклала й адаптувала канд. мед. наук Тетяна Можина



Синдром подразненого кишківника (СПК) є хронічним, іноді інвалідизувальним функціональним захворюванням кишківника [1, 2], яке характеризується періодичним абдомінальним болем, асоційованим з порушенням форми або частоти випорожнень [3]. Згідно з IV Римськими критеріями [4], розробленими багатонаціональною групою експертів

з функціональних гастроінтестинальних (ГІ) розладів, СПК діагностується на підставі періодичного абдомінального болю, пов'язаного з дефекацією чи зміною частоти/форми випорожнень. Це поширене функціональне ГІ-захворювання, що чинить істотний вплив на якість життя й соціальне функціонування [1, 2], вражає приблизно 10% загальної популяції в усьому світі [5] та, як повідомляється, знижує якість життя та збільшує соціальні витрати [6]. Патофізіологія СПК остаточно не вивчена [2], тому для нівелювання симптомів і покращення якості життя застосовують різні методи лікування, в тому числі модифікацію способу життя, медикаментозну терапію та психологічну підтримку [6].

Однак терапія часто зосереджується лише на нівелюванні найнеприємніших симптомів і часто є незадовільною [6]. За таких обставин виникає потреба в науково обґрунтованих і систематичних клінічних настановах для зменшення дискомфорту пацієнтів і соціально-економічного тягаря.

Корейське товариство нейрогастроентерології та моторики (KSNM) оновило клінічні настанови з діагностики й лікування СПК, надавши рекомендаціям форму систематизованих настанов і включивши інформацію щодо нових методів лікування. Основною цільовою групою є дорослі пацієнти (≥18 років) з діагностованим або підозрюваним СПК за винятком дітей і осіб зі специфічними станами (наприклад, діарея, спричинена жовчаними кислотами). Клінічні настанови розглядають дефініцію, епідеміологію та фактори ризику СПК; доцільність використання й обмеження наявних методів діагностики; доступні способи лікування, включно з модифікацією способу життя, фармако- та психотерапією, разом з їхніми перевагами й недоліками.

КОРОТКИЙ ЗМІСТ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ СЕУЛЬСЬКОГО КОНСЕНСУСУ ЩОДО СПК

Положення	Обговорення (рівень доказовості; сила рекомендації)
Дефініція та фактори ризику	
1. СПК визначають як хронічний стан, що характеризується рецидивним абдомінальним болем або дискомфортом, пов'язаним зі змінами ритму спорожнення кишківника	• СПК діагностується на підставі наявності в анамнезі хронічного рецидивного абдомінального болю, асоційованого з дефекацією, та змінами форми або частоти випорожнень.
	• За наявності тривожних ознак потрібно провести подальше обстеження, включно з колоноскопією, з метою виключення органічної патології.
	• СПК класифікують на декілька підтипів залежно від домінуючої форми випорожнень згідно з Брістольською шкалою форми калу: СПК із закрепом (СПК-З), СПК з діареєю (СПК-Д), змішаний СПК чи некласифікований СПК (<i>не передбачено; не передбачено</i>).

2. Рефрактерний СПК діагностується, коли симптоми пацієнта не полегшуються за допомогою традиційних утручань, що потребує спеціалізованішого багатодисциплінарного підходу	- Нині бракує загальноприйнятих і чітких визначень рефрактерного СПК. - Пацієнти з рефрактерним СПК потребують багатодисциплінарного підходу. - Деякі дослідження визначають рефрактерний СПК як персистування симптомів протягом 6-12 місяців без істотного зменшення (<i>не передбачено; не передбачено</i>).
3. На виникнення й тяжкість СПК впливають генетичні, екологічні, психологічні фактори та спосіб життя	- Потрібно зібрати повний анамнез пацієнта для виявлення потенційних факторів ризику, в тому числі раніше перенесену шлунково-кишкову інфекцію, психологічний стрес та обтяжений сімейний анамнез із СПК. - Надзвичайно важливим є оцінювання психологічного здоров'я, включно зі скринінгом депресії та тривоги, які можуть посилювати симптоми СПК (<i>помірний; слабка</i>).
Діагностика	
4. Колоноскопія рекомендована пацієнтам із СПК, які мають тривожні ознаки, або тим, хто не пройшов відповідний скринінг колоректального раку	- Рутинна колоноскопія не рекомендована всім пацієнтам із СПК. - Рекомендується виконати цю процедуру пацієнтам, у яких симптоми з'явилися вперше, й особам, які не пройшли відповідний скринінг колоректального раку. - Колоноскопію варто призначити пацієнтам з такими тривожними симптомами, як гематохезія, нічна діарея, безпричинна втрата ваги, залізодефіцитна анемія або за наявності обтяженого сімейного анамнезу з колоректального раку / інших злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту (ШКТ). - Колоноскопія показана пацієнтам, які не відповідають на традиційне лікування СПК (<i>помірний; сильна</i>).
5. Лабораторні дослідження корисні для диференційної діагностики СПК й органічної патології в пацієнтів із тривожними ознаками	- Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), рівні С-реактивного білка (СРБ) та фекального кальпротектину можуть бути використані для диференціації СПК-Д від запальних захворювань кишківника. - Не рекомендовано рутинне обстеження на кишкові патогени та приховану кров у калі (<i>помірний; сильна</i>).
6. Аноректальна манометрія може бути рекомендована тим пацієнтам із СПК, які можуть мати супутні розлади дефекації	- Аноректальна манометрія може бути рекомендована пацієнтам з патологічними результатами ректального обстеження, що вказують на аноректальну дисфункцію, з метою виявлення хворих, які отримують користь від терапії біологічного зворотного зв'язку. - Пацієнтам із СПК не рекомендується проводити рутинне дослідження моторики кишківника. Його доцільність може бути розглянута в пацієнтів з підозрою на хронічну псевдообструкцію кишківника (<i>надзвичайно низький; слабка</i>).
7. У пацієнтів з типовими симптомами СПК «позитивна» діагностична стратегія й емпіричне лікування є доцільним вибором з погляду економічної ефективності порівняно зі стратегією виключення	- У рандомізованому контрольованому дослідженні (РКД), в якому зіставляли остаточний (підтверджений) діагноз і виключену патологію, кількість пацієнтів з органічним ураженням кишківника була незначною в обох групах. - Утім, згідно з опитуванням більшість закладів охорони здоров'я вважають, що СПК є діагнозом виключення. - У РКД, в якому порівнювали позитивну стратегію та стратегію виключення, продемонстровано, що в групі з позитивним діагностичним підходом загальні витрати на охорону здоров'я були нижчі майже на 40%. - Позитивна діагностична стратегія порівняно зі стратегією виключення дає змогу якнайшвидше розпочати емпіричне лікування та зменшити кількість непотрібних діагностичних тестів (<i>помірний; сильна</i>).

Американська колегія гастроентерологів рекомендує якомога швидше розпочати емпіричне лікування з метою зменшення кількості непотрібних діагностичних тестів. Такий спосіб дій відповідає «позитивній» діагностичній стратегії, яка покращує економічну ефективність на відміну від поширеної стратегії виключення [17]. Британські клінічні настанови наполегливо рекомендують лікарям користуватися позитивною стратегією та діагностувати СПК на підставі клінічних ознак за умови відсутності тривожних симптомів і патологічних відхилень у рутинних аналізах крові й калу [16]. У рекомендаціях Європейського товариства нейрогастроентерології та моторики щодо функціональних розладів кишківника з діареєю рекомендується підхід, заснований на аналізі симптомів, порівняно з діагностичною стратегією виключення; водночас мінімальне діагностичне оцінювання є обов'язковим через безліч станів, що спричиняють хронічну діарею [102].

Щоб допомогти лікарям первинної медичної допомоги зрозуміти стандартні методи лікування СПК, Комітет з розроблення клінічних настанов KSNM запропонував клінічний алгоритм діагностики (рис. 1) та лікування (рис. 2) СПК. Спочатку в пацієнтів з підозрою на СПК слід зібрати анамнез, зосередившись на СПК, а потім виконати фізикальне обстеження та базові лабораторні дослідження. Хворим з підозрою на органічну патологію треба провести відповідне обстеження та лікування. Колоноскопія рекомендується пацієнтам із тривожними симптомами, як-от гематохезія, нічна діарея, нез'ясоване зниження ваги або залізодефіцитна анемія, а також пацієнтам з обтяженим сімейним анамнезом щодо



Рис. 1. Алгоритм діагностики СПК

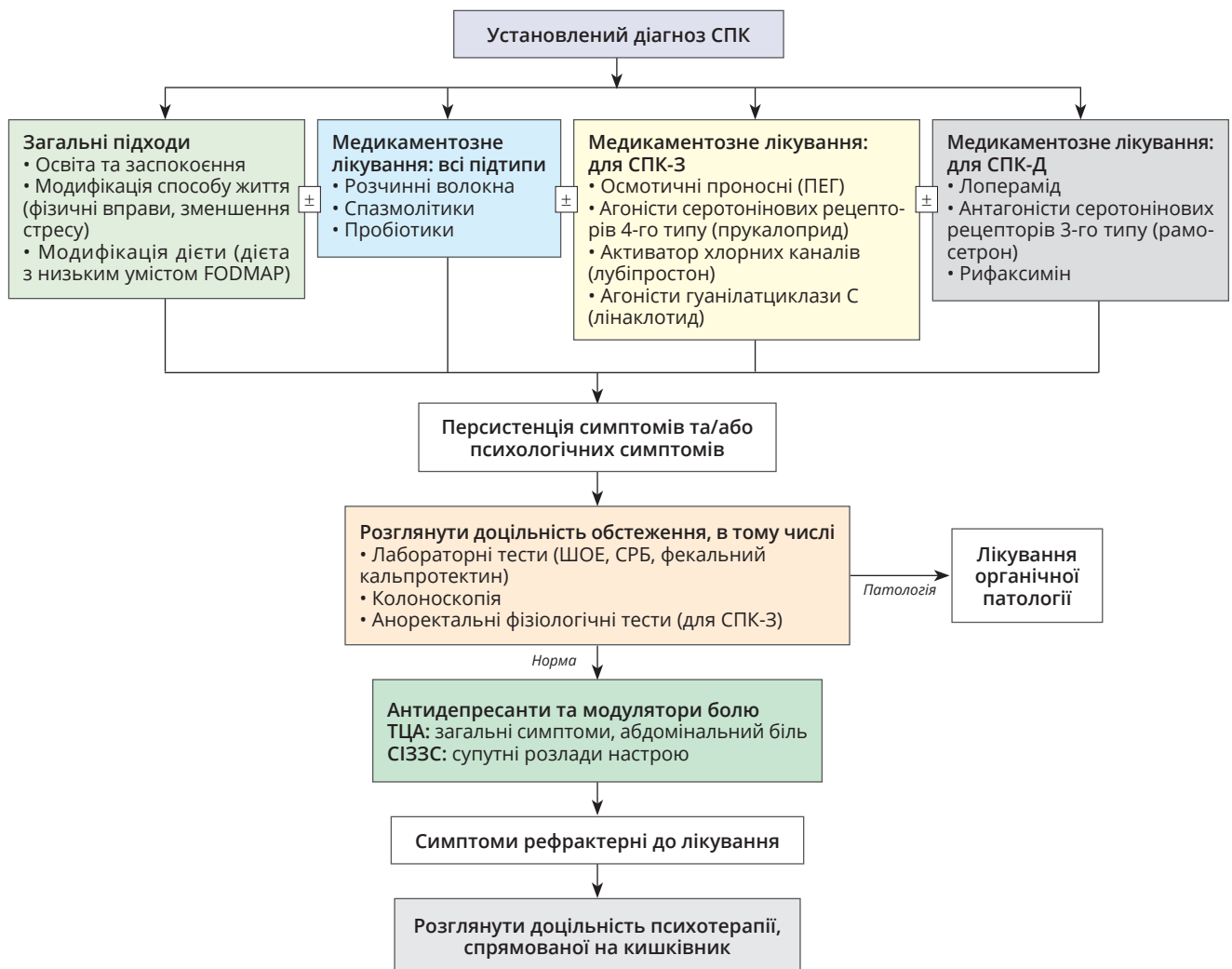


Рис. 2. Алгоритм лікування СПК

Примітки: ПЕГ – поліетиленгліколь; СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; ТЦА – трициклічні антидепресанти.

злякисних новоутворень ШКТ, включно з колоректальним раком, а також хворим, які не проходили відповідний колоректальний скринінг, особам зі вперше виниклими симптомами СПК, яким ніколи не виконували колоноскопію. Пацієнтам, які не належать до перелічених категорій, або тим хворим, які отримали нормальні результати колоноскопії, встановлюють діагноз СПК та рекомендують розпочати лікування.

Лікування СПК передбачає першочергове застосування загальних заходів, як-от зміна способу життя та корекція раціону харчування. Згодом можна додати фармакологічне лікування, спрямоване на нівелювання домінуючих симптомів, як-от біль у животі, діарея та закреп. Якщо симптоми не зменшуються на тлі застосування традиційної медикаментозної терапії або якщо пацієнт має супутні психіатричні симптоми, то рекомендується додати психотропні препарати та психотерапію, спрямовану на кишківник, і провести лабораторно-інструментальне обстеження, включно з колоноскопією.

КОРОТКИЙ ЗМІСТ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ СЕУЛЬСЬКОГО КОНСЕНСУСУ ЩОДО СПК (ПРОДОВЖЕННЯ)

Положення	Обговорення (рівень доказовості; сила рекомендації)
Загальні заходи	
8. Дієта з низьким умістом FODMAP ефективна в поліпшенні загальних симптомів СПК	- Дієта з низьким умістом FODMAP покращує загальні симптоми СПК, спорожнення кишківника та зменшує здуття живота; вона може покращити якість життя. - Дієта з низьким умістом FODMAP складається з 3 етапів. Початкову фазу «елімінації» змінюють фазою «повторного введення» та наступна довгострокова фаза «персоналізації». - Оскільки в більшості РКД брали участь дієтологи, їх участь у веденні хворих може бути корисною. Якщо дієтолог недоступний, слід використовувати високоякісні навчальні матеріали. - Елімінаційна дієта на підставі визначення антитіл до імуноглобуліну G або дієта з обмеженням крохмалю, цукрози та глютену може полегшити симптоми СПК. Однак через недостатню кількість доказів не рекомендується використовувати їх як терапію першої лінії (<i>низький; слабка</i>).
9. Відповідні фізичні вправи здатні зменшити загальні прояви СПК	Незважаючи на обмежену кількість доказів, потрібні відповідні інструкції щодо типу й інтенсивності вправ, низькоінтенсивні вправи, як-от ходьба, йога та їзда на велосипеді, рекомендуються замість важких, напружених вправ (<i>низький; слабка</i>).

Понад 80% хворих на СПК повідомляють, що виникнення симптомів провокує прийом їжі; понад 60% пацієнтів змінюють раціон харчування з метою лікування СПК [105, 106]. Унаслідок цього дієтотерапію розглядають як ефективний спосіб лікування СПК. Одним з найпоширеніших підходів до корекції раціону є дієта з низьким умістом ферментованих олігосахаридів, дисахаридів, моносахаридів і поліолів (FODMAP) (табл. 1). FODMAP включають коротколанцюгові вуглеводи, які ферментуються кишковими бактеріями та здатні підвищити осмотичний тиск у кишківнику, змінюючи характер випорожнень або спричиняючи газоутворення, що посилює симптоми в пацієнтів із СПК [107].

ТАБЛИЦЯ 1. Продукти з високим умістом ферментованих олігосахаридів, дисахаридів, моносахаридів і поліолів

Продукти харчування	Олігосахариди	Дисахариди	Моносахариди	Поліоли
Соуси	Напої з цикорію, кетчуп, вершковий соус для пасти, соус для макаронних виробів на томатній основі, енергетичний батончик, полуничний джем, азійські страви (кімчі, різновид корейського соєвого соусу твенджан, кочхуджан, самджан, димсам, суп том ям, тайський соус карі)		Мед, кукурудзяний сироп з високим умістом фруктози	
Харчові добавки	Інулін, порошок васабі, фруктоолігосахариди			Сорбітол, манітол, мальтитол, ксилітол, ізомальт
Фрукти	Персик, хурма, кавун		Яблуко, вишня, манго, груша, кавун	Яблуко, груша, чорнослив, вишня, ожина, абрикос, авокадо, нектарин, слива
Овочі	Часник, цибуля порей, цибуля ріпчаста, горох, буряк, брюссельська капуста, цикорій, фенхель, артишок		Спаржа, артишок, цукровий горошок, маринована цибуля	Гриби, капуста білокачанна, цвітна капуста, стручковий горох
Молоко та молочні продукти		Молоко, йогурти, морозиво, заварний крем, м'які сири		
Зернові та крупи	Пшениця, жито, ячмінь			
Горіхи та насіння	Мигдаль, фісташки			
Бобові	Бобові, нут, сочевиця			

Дієта з низьким умістом FODMAP асоційована зі значним зменшенням симптомів порівняно з усіма контрольними втручаннями (відношення ризиків 1,51; 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,26-1,80). Дієта з низьким умістом FODMAP пов'язана зі значним зниженням значень шкали вираженості симптомів СПК (IBS-SSS; середня різниця -66,2; 95% ДІ від -81,62 до -50,77) на відміну від інших порівняльних показників. Дієта з низьким умістом FODMAP сприяє зменшенню здуття живота, скороченню частоти випорожнень і поліпшенню консистенції випорожнень.

КОРОТКИЙ ЗМІСТ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ СЕУЛЬСЬКОГО КОНСЕНСУСУ ЩОДО СПК (ПРОДОВЖЕННЯ)

Положення	Обговорення (рівень доказовості; сила рекомендації)
Медикаментозне лікування	
10. Розчинна клітковина здатна зменшити загальні симптоми СПК	• Немає жодних доказів того, що нерозчинна клітковина зменшує симптоми СПК (<i>помірний; слабка</i>).
11. ПЕГ-умісні проносні можуть покращити частоту та консистенцію випорожнень у пацієнтів із СПК-З	• Ефективність ПЕГ-умісних проносних засобів у лікуванні абдомінального болю в пацієнтів із СПК-З залишається нез'ясованою. • Серед осмотичних проносних засобів лактулоза не підходить для лікування СПК-З, оскільки її ферментація в кишківнику здатна посилити здуття живота та збільшити кількість газів у кишківнику (<i>низький; слабка</i>).
12. Спазмолітики можуть бути ефективними в зменшенні загальних симптомів і абдомінального болю в пацієнтів із СПК	• Сухість у роті, запаморочення та нечіткість зору є найпоширенішими побічними ефектами (<i>низький; слабка</i>).
13. Лоперамід може бути ефективним у покращенні частоти та консистенції випорожнень у пацієнтів із СПК-Д	• Лоперамід слід застосовувати з ретельним титруванням дози та тривалості приймання через можливі побічні ефекти, як-от сильний закреп, абдомінальний біль, здуття живота й нудота (<i>дуже низький; слабка</i>).
14. Антагоністи серотонінових рецепторів 3-го типу ефективні в полегшенні загальних симптомів СПК, зменшенні абдомінального болю / дискомфорту та нормалізації випорожнення / консистенції калу в пацієнтів із СПК-Д	• У метааналізі, проведеному за участю хворих на СПК-Д, антагоністи серотонінових рецепторів 3-го типу ефективно зменшували загальні симптоми СПК, полегшували абдомінальний біль / дискомфорт і покращували моторику кишківника / консистенцію калу порівняно з плацебо. • Рамосетрон дозволений до застосування в Кореї та Японії. Алосетрон схвалений лише в США й запропонований Американською колегією гастроентерологів як препарат другої лінії для жінок з тяжкими симптомами СПК. • Ондансетрон іще не схвалений для лікування СПК (<i>високий; слабка</i>).
15. Агоністи серотонінових рецепторів 4-го типу здатні покращити консистенцію випорожнень, зменшити абдомінальний біль / здуття живота та покращити якість життя, пов'язану зі здоров'ям, у пацієнтів із СПК-З, чий кишковий симптоми рефрактерні до лікування звичайними проносними засобами	• Тегасерод є єдиним агоністом серотонінових рецепторів 4-го типу, який схвалений Управлінням США з контролю продовольства та медикаментів (FDA) для лікування дорослих жінок <65 років із СПК-З. • Прукалоприд може покращувати консистенцію випорожнень у пацієнтів із СПК-З, які рефрактерні до звичайних проносних засобів (<i>низький; слабка</i>).
16. Рифаксимін – антибіотик, що не всмоктується, – ефективно зменшує загальні симптоми та покращує консистенцію випорожнень у пацієнтів із СПК-Д	• Рифаксимін ефективно покращує рекомендовану FDA комбіновану кінцеву точку (абдомінальний біль, консистенція випорожнень) у пацієнтів із СПК-Д. • У пацієнтів із СПК-Д з початковою відповіддю на рифаксимін, у яких виник рецидив, повторне призначення рифаксиміну в тому самому дозуванні асоціюється зі стійкішою відповіддю та запобігає рецидивам. • Препарат схвалений для лікування СПК-Д у США, однак він недоступний за цим показанням у багатьох інших країнах (<i>помірний; слабка</i>).
17. Пробіотики здатні зменшити загальні симптоми СПК, включно з абдомінальним болем і здуттям живота	• Пробіотики можуть зменшити симптоми СПК, модулюючи мікробіоту кишківника та покращуючи цілісність кишкового бар'єра. • Через варіабельність дизайнів РКД та пробіотичних штамів не можна сформулювати конкретні рекомендації щодо штамів або видів пробіотиків (<i>дуже низький; слабка</i>).

Спазмолітики є одними з найзастосовуваніших препаратів для лікування СПК; зазвичай їх поділяють на антимускаринові засоби (отилоній, гіосцин, циметропіум, дицикломін) і міорелаксанти (альверин, мебеверин, пінаверій, дротаверин, тримебутин, роциверин). Ці препарати розслаблюють гладкі м'язи кишківника та зменшують гіперчутливість внутрішніх органів, потенційно зменшуючи такі симптоми СПК, як біль у животі [137]. У численних РКД доведено, що отилоній, пінаверій, гіосцин, циметропіум, дротаверин і дицикломін значно зменшують симптоми СПК порівняно з плацебо. Навпаки, альверин, мебеверин, тримебутин і роциверин не сприяють значному поліпшенню порівняно з плацебо. Дозування, побічні ефекти та застереження щодо застосування нині доступних спазмолітиків наведені в таблиці 2.

ТАБЛИЦЯ 2. Спазмолітики, що застосовуються в лікуванні СПК

Група	Препарат	Початкова доза	Максимальна доза	Побічні ефекти	Коментар
Блокатори кальцієвих каналів	Альверину цитрат	60-180 мг/добу	360 мг/добу	Біль у животі, діарея, блювання, нудота, головний біль	Тільки в поєднанні із симетиконом зменшує абдомінальний біль і дискомфорт порівняно з плацебо
	Мебеверин	300 мг/добу	405 мг/добу	Кропив'янка, ангіоневротичний набряк, анафілаксія	Перевершує плацебо в контролі абдомінального болю
	Отілонію бромід	60 мг/добу	120 мг/добу	Підвищення внутрішньочеревного тиску	Зменшення частоти виникнення абдомінального болю, здуття живота та покращення частоти випорожнень, загального стану порівняно з плацебо; менша частота рецидиву після лікування
	Пінаверію бромід	150 мг/добу	300 мг/добу	Здуття живота, абдомінальний біль, діарея	Перевершує плацебо в зменшенні загальних симптомів
	Олія м'яти перцевої	0,6 мл/добу	–	Печія	Перевершує плацебо в боротьбі з абдомінальним болем
Антихолінергічні засоби	Гіосцин	30 мг/добу	60 мг/добу	Сухість у роті, тахікардія, погіршення зору	Перевершує плацебо в контролі абдомінального болю
	Циметропіум	100 мг/добу	150 мг/добу	Сухість у роті, нудота, блювання, закріп	
Різне	Тримебутин	300 мг/добу	600 мг/добу	Сухість у роті, закріп, діарея	Значно покращує загальний стан і зменшує частоту випорожнень
	Флороглуцинол	160 мг/добу	–	Сухість у роті, запаморочення, розмитість зору	

Доцільність застосування трициклічних антидепресантів (ТЦА) в лікуванні СПК підтверджено результатами декількох РКД та метааналізів [200-209]. ТЦА забезпечують симптоматичне полегшення при СПК за допомогою декількох механізмів. Вони чинять центральну анальгетичну дію, збільшуючи синаптичну концентрацію таких нейромедіаторів, як серотонін і норадреналін, які беруть участь у модуляції болю та регуляції настрою [210]. ТЦА мають антихолінергічні властивості, які допомагають зменшити ГІ-спазми, що сприяє полегшенню абдомінального болю [211]. Їхній вплив на моторику кишківника є складним і не повністю зрозумілим, але ТЦА здатні нормалізувати роботу кишківника, сповільнюючи ГІ-транзит, що може бути особливо корисно при діарей.

Такі селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), як циталопрам, флуоксетин і пароксетин, підвищують біодоступність серотоніну в тканинах, зменшуючи його зворотне захоплення епітеліальними клітинами, посилюючи тим самим прокінетичний і просекреторний ефекти серотоніну. Метааналіз 7 РКД (n=356) довів, що СІЗЗС перевершують плацебо в нівелюванні загальних симптомів СПК чи абдомінального болю [200]. Зазвичай СІЗЗС краще переносяться, ніж ТЦА, та мають менше побічних ефектів, а ймовірність виникнення серйозних побічних ефектів є мінімальною. Зважаючи на кращу переносимість і меншу кількість побічних дій порівняно з ТЦА, СІЗЗС можуть бути кращим варіантом для пацієнтів, які не відповідають на ТЦА. Дозування, побічні ефекти та застереження щодо застосування наявних на цей час антидепресантів наведені в таблиці 3.

ТАБЛИЦЯ 3. Антидепресанти, що застосовуються в лікуванні СПК

Група	Препарат	Початкова доза	Максимальна доза	Побічні ефекти	Коментар
ТЦА	Амітриптилін	10-25 мг/добу	30 мг/добу	Сухість у роті, закріп, порушення сну, утруднене сечовипускання, сексуальна дисфункція, головний біль, нудота, запаморочення та/або сонливість	Починати з низьких доз (перед сном), титрувати залежно від відповіді
	Іміпрамін	25 мг/добу	50 мг/добу		
	Дезипрамін	50 мг/добу	150 мг/добу		
	Триміпрамін	50 мг/добу			

СІЗЗС	Пароксетин	10-20 мг/добу	50 мг/добу	Збудження, запаморочення, нудота, головний біль, яскраві сновидіння, порушення сну, сексуальна дисфункція та/або діарея	Починати з низьких доз і титрувати залежно від відповіді
	Циталопрам	20 мг/добу	40 мг/добу		
	Флуоксетин	20 мг/добу			

КОРОТКИЙ ЗМІСТ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ СЕУЛЬСЬКОГО КОНСЕНСУСУ ЩОДО СПК (ПРОДОВЖЕННЯ)

Положення	Обговорення (рівень доказовості; сила рекомендації)
Медикаментозне лікування	
18. ТЦА ефективно зменшують загальні симптоми й абдомінальний біль у пацієнтів із СПК	• ТЦА модулюють сприйняття болю та можуть впливати на функцію кишківника переважно в дозах, нижчих за ті, що використовуються для лікування депресії, з метою зменшення побічних ефектів. • ТЦА особливо корисні для пацієнтів із СПК з домінуючим абдомінальним болем і зазвичай є кращими для пацієнтів із СПК-Д через їхній потенційний побічний ефект у вигляді закрепи (<i>низький; слабка</i>).
19. СІЗЗС здатні полегшити симптоми СПК	• Недостатньо доказів щодо ефективності СІЗЗС у пацієнтів із СПК. • СІЗЗС можуть бути корисними для пацієнтів із супутніми афективними розладами або в тих хворих, які не відповідають на інші види лікування. • СІЗЗС можна застосовувати як за СПК-З, так і за СПК-Д; зазвичай їм віддають перевагу при лікуванні СПК-З через їхній потенційний побічний ефект у вигляді діареї (<i>дуже низький; слабка</i>).
20. Лубіпростон є ефективним у лікуванні абдомінального болю та здуття живота при СПК-З	• У метааналізі СПК-З лубіпростон зменшував абдомінальний біль і здуття живота порівняно з плацебо. • Рекомендується приймати лубіпростон разом з їжею, щоб запобігти виникненню нудоти, яка є його найпоширенішим побічним ефектом (<i>помірний; слабка</i>).
21. Агоністи гуанілатциклази С ефективні в покращенні абдомінального болю та дефекації в пацієнтів із СПК-З	• Лінаклотид і плеканатид є агоністами гуанілатциклази С з доведеною ефективністю в лікуванні СПК-З порівняно з плацебо. • Найпоширенішим небажаним ефектом є діарея, але не було зареєстровано жодних серйозних побічних ефектів у попередніх дослідженнях (<i>високий; сильна</i>).
22. Психотерапія, спрямована на кишківник, може бути ефективною в лікуванні загальних симптомів СПК у пацієнтів, які не відповідають на звичайну медикаментозну терапію	• Може бути рекомендована пацієнтам з рефрактерним СПК, які мають помірні або значні симптоми, а також особам, у яких традиційна терапія є неефективною чи симптоми персистують >12 місяців (<i>низький; слабка</i>).

Література

Choi Y., et al. 2025 Seoul Consensus on Clinical Practice Guidelines for Irritable Bowel Syndrome. J. Neurogastroenterol. Motil. 2025; 31 (2): 133-169. doi: 10.5056/jnm25007.