

Синдром раздраженного кишечника

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Согласно Римским Критериям III , СРК диагностируется при наличии следующих СИМПТОМОВ:

- рецидивирующая боль или дискомфорт в животе в течение не менее чем 3 дней в месяц за последние 3 месяца при общей продолжительности симптомов не менее 6 месяцев, при этом:
 - боль уменьшается после дефекации
 - сочетается с изменением частоты стула
 - сочетается с изменением консистенции стула

КОД ПО МКБ-10

- K58 Синдром раздраженного кишечника
- K 58.0 Синдром раздражённого кишечника с диареей.
- 58.9 Синдром раздражённого кишечника без диареи.

Эпидемиология СРК

- Распространенность СРК в большинстве стран мира составляет в среднем 20%, варьируя от 9 до 48%.
- В развитых странах Европы, Америки, в Японии, Китае обращаемость высока и распространенность заболевания достигает 30%. В таких странах, как Таиланд, она составляет 5%, а в Иране – всего 3,4%.
- Заболеваемость СРК составляет 1% в год. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст – 30-40 лет.
- Соотношение женщин и мужчин среди больных, по разным данным, варьирует от 1:1 до 2:1.

Эпидемиология СРК

- Средний возраст пациентов составляет 24-41 год.
- Среди лиц пожилого возраста, 65-93 лет, распространенность СРК составляет 10,9% по сравнению с 17% у лиц 30-64 лет.
- Появление характерных симптомов впервые у пациентов старше 60 лет ставит под сомнение диагноз СРК.

Как распределяется поток больных с СРК?

- 55% пациентов, впервые обращаются к участковым терапевтам, составляя 12% от всего количества больных.
- 25% пациентов впервые приходят к гастроэнтерологу, составляя 28% контингента больных, наблюдающихся у гастроэнтеролога.
- 50% рабочего времени врача-гастроэнтеролога уходит на лечение больных с СРК.
- 15% больных изначально обращаются к психиатру по поводу той или иной психопатологии, сопровождающей течение СРК.
- 5% больных попадают к врачам других специальностей – чаще всего к гинекологам, хирургам, эндокринологам.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от характера изменений стула выделяют четыре возможных варианта СРК:

- *СРК с запорами* — СРК-З (твердый или фрагментированный стул $\geq 25\%$, жидкий или водянистый стул $< 25\%$ всех актов дефекации)

Один или более из следующих симптомов:

- - три и менее актов в неделю,
- - твердый или овечий кал,
- - дополнительные усилия при дефекации.

- *СРК с диареей* — СРК-Д (жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$, твердый или фрагментированный стул $< 25\%$ всех актов дефекации)

Один или более из следующих симптомов:

- - три и более актов дефекации в день,
- - неоформленный или водянистый стул,
- - срочные акты дефекации.

- *Смешанная форма* (твердый или фрагментированный стул $\geq 25\%$, жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$ всех актов дефекации)

- *Неклассифицируемая форма* (недостаточно данных для установления диагноза СРК с запором, СРК с диареей или смешанной формы).

Бристольская шкала форм кала

Тип 1	отдельные твердые комочки кала (стул в виде «орешков»)
Тип 2	кал нормальной колбасовидной формы, но с твердыми комочками
Тип 3	кал нормальной колбасовидной формы, но поверхность с глубокими бороздками
Тип 4	кал нормальной колбасовидной формы или в виде змейки с гладкой поверхностью и мягкой консистенцией
Тип 5	кал в виде шариков с ровными краями, легко эвакуируется
Тип 6	кусочки кала с неровными краями, кашицеобразной консистенции
Тип 6	водянистый или жидкий стул без твердых комочков

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

КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация по основному симптому (симптомы, оцениваемые пациентом как причиняющие наибольший дискомфорт):

- СРК с преобладанием нарушения частоты стула;
- СРК с преобладанием болевого синдрома;
- СРК с преобладанием метеоризма.

Классификация по наличию отягощающих факторов:

- Постинфекционный СРК;
- СРК, связанный с приемом определенных пищевых продуктов;
- СРК, связанный со стрессом.

Формулировка диагноза

При формулировке диагноза необходимо указать тип преобладающих нарушений стула:

- синдром раздраженного кишечника с диареей;
- синдром раздраженного кишечника с запором;
- синдром раздраженного кишечника, смешанный тип;
- синдром раздраженного кишечника, неклассифицируемый вариант.

Диагностика СРК

- Диагноз СРК устанавливается при соответствии жалоб пациента Римским критериям III, исключения органических заболеваний ЖКТ и отсутствия «симптомов тревоги»

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СРК

Три группы:

- кишечные;
- относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта;
- негастроэнтерологические.

Кишечные симптомы

1. **Боль в животе, для которой при СРК характерны:**
 - Хроническое течение (наличие боли в течение более чем 6 месяцев);
 - Уменьшение или купирование боли после дефекации / отхождения газов;
 - Связь боли с нервным стрессом, приемом пищи;
 - Преходящий чаще, чем постоянный, характер боли.
 - Боль в животе у больных СРК может быть как локализованной (чаще всего в нижних отделах брюшной полости), так и нелокализованной.
 - Появление болей в ночное время встречается редко и может быть признаком органической патологии

Кишечные симптомы

2. Нарушения стула, в виде запора, поноса или их чередования, а также наличие примеси слизи в стуле.
3. Ощущение вздутия живота, повышенное газообразование, урчание в животе.
4. Нарушения акта дефекации в виде императивных позывов на дефекацию или чувство неполного опорожнения кишечника.

Нарушение стула.

1. Диарея возникает обычно утром, после завтрака, частота стула колеблется от 2-х до 4-х и более раз за короткий промежуток времени, часто сопровождается императивными позывами и чувством неполного опорожнения кишечника. Нередко при первом акте дефекации стул более плотный, чем при последующих, когда объём кишечного содержимого уменьшен, но консистенция более жидкая. Общая суточная масса кала не превышает 200 г. Диарея в ночные часы отсутствует.
2. При запорах возможно выделение «овечьего» кала, каловых масс в виде «карандаша», а также пробкообразного стула (выделение плотных, оформленных каловых масс в начале дефекации, затем кашицеобразного или даже водянистого кала). Стул не содержит примеси крови и гноя, однако достаточно часто отмечается примесь слизи в кале

Негастроэнтерологические СИМПТОМЫ

- головная боль,
- ощущение внутренней дрожи,
- ощущение неполного вдоха,
- боли в спине, в поясничной области, мышечные и суставные боли;
- урологические симптомы (никтурия, учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря)
- диспареуния (появление боли при половом акте) у женщин,
- нарушение ночного сна - очень часто выходят на первый план и приводят к снижению качества жизни пациентов с СРК.
- наличие эмоциональных нарушений, таких как тревожное, депрессивное или ипохондрическое расстройство
- Низкая переносимость лекарственных препаратов.

«Симптомы тревоги»

Данные симптомы могут сопровождать органическую патологию ЖКТ и должны являться показаниями к углубленному обследованию, в большинстве случаев – к проведению эндоскопического исследования ЖКТ:

- Необъяснимая потеря веса;
- Лихорадка, сопровождающая боли в животе;
- Необъяснимая анемия.
- Начало в пожилом возрасте
- Ночная симптоматика
- Постоянные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ
- Прогрессирующее течение заболевания

Симптомы тревоги.

К особенностям анамнеза, указывающим на вероятное органическое поражение ЖКТ, относятся:

- Семейный анамнез колоректального рака, целиакии, язвенного колита и болезни Крона.

- Связь симптомов:
 - с менструациями;
 - с лекарственной терапией;
 - с приемом молока, искусственных заменителей сахара, диетических продуктов, алкоголя.

- Поездки в субтропики и тропики.

- Нарушения питания:
 - нерегулярный, неадекватный прием пищи;
 - недостаточный прием жидкости;
 - ожирение при соблюдении диеты.

Симптомы тревоги

Лабораторные данные:

- Снижение уровня гемоглобина
- Лейкоцитоз
- Повышение СОЭ
- Наличие скрытой крови в кале
- Изменения в биохимическом анализе крови
- Стеаторея и полифекалия

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ

Рецидивирующая боль или дискомфорт в животе > 3 дней в месяц в течение последних 3 месяцев, связанная с одним или более из нижеперечисленных факторов:

Облегчение после дефекации

Изменения в частоте стула

Изменения характера стула (со слов пациента, оценка по Бристольской шкале форм кала)

Метеоризм и/или ощущение вздутия

Наличие «симптомов тревоги»:

Есть
«СИМПТОМЫ
тревоги»

Дополнительные исследования с целью
исключения органической патологии ЖКТ

Нет «симптомов тревоги»

Клинический анализ крови
 СОЭ, С-реактивный белок
 Общий анализ мочи
 Оценка функции щитовидной железы
 Анализ кала на скрытую кровь
 Общий анализ кала
 Определение антител к эндомиозию и тканевой трансглутаминазе

Есть отклонения

Нет отклонений

Исследование висцеральной чувствительности
Установление диагноза СРК
Проверка наличия «симптомов тревоги» на каждом визите

Обязательные лабораторные исследования:

1. ОАК.
2. ОАМ.
3. Копрограмма.
4. Кал на дисбактериоз.
5. Бактериологический анализ кала.
6. Анализ кала на скрытую кровь.
7. Общий билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, γ -ГТП.
8. Иммунологическое исследование биологических проб пациентов методом реакции коаггутинации на антигены кишечных инфекций.
9. Исследование сыворотки крови методом реакции непрямой гемагглютинации на титры антител к кишечным инфекциям.
10. Исследование иммуноглобулинов сыворотки крови.
11. Исследование гормонов щитовидной железы.
12. Исследование кишечинальных гормонов в сыворотке крови (гастрин) при тяжелой диарее.

Обязательные инструментальные исследования:

1. Ректороманоскопия.
2. Ирригоскопия.
3. Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки дистального отдела двенадцатиперстной кишки.
4. Рентгенологическое исследование желудка и тонкой кишки.
5. Колонофиброскопия с ретроградной илеоскопией и биопсией слизистой оболочки толстой кишки.
6. УЗИ брюшной полости и петель кишечника.
7. Дыхательный водородный тест с нагрузкой лактозой.
8. Желудочная рН-метрия.
9. Исследование скорости транзита с помощью рентгеноконтрастных маркеров.
10. Допплерография сосудов брюшной полости (по показаниям).
11. Сфинктероманометрия (при СРК с преобладанием запоров).
12. Электромиография мышц тазового дна (при СРК с преобладанием запоров).
13. Электроколография.
14. Энтерография.
15. Консультация специалистов психоневролога, эндокринолога, гинеколога, уролога, физиотерапевта.

Стратегия постановки диагноза СРК

Весь процесс диагностики принято делить на VI основных этапов.

- На I этапе ставится диагноз СРК только как “предварительный” или “направляющий”, например, при госпитализации больного в стационар для дальнейшего исследования и исключения органических симптомов или при направлении больного на то или иное исследование.
- На II этапе выделяется доминирующий симптом и соответственно клиническая форма заболевания, что определяет выбор первичного курса лечения и набор дополнительных диагностических тестов, которые следует провести больному при неэффективности первичного курса лечения.
- На III этапе целенаправленно исключаются симптомы “тревоги” и проводится дифференциальный диагноз.

Стратегия постановки диагноза СРК

- На IV этапе завершается скрининг органического заболевания при проведении оптимума диагностических тестов
- На V этапе больному назначают первичный курс лечения продолжительностью не менее 6 нед., по результатам которого возвращаются к пересмотру диагноза.
- На VI этапе выставляется окончательный диагноз СРК, при неэффективности лечения – проводятся дополнительные диагностические тесты для уточнения диагноза.

ЛЕЧЕНИЕ СРК

ДИЕТА И ОБРАЗ ЖИЗНИ

«Нормообразующие» продукты питания:

- овощи (салат, кабачки, перец, цветная капуста, помидоры, цуккини, оливки);
- фрукты (дыня, арбуз, ягоды);
- продукты, содержащие преимущественно углеводы (рис, кукурузные хлопья, попкорн, крекеры из муки грубого помола);
- орехи;
- разные продукты (яйца, горький шоколад, желатин фруктовое мороженое).

«Умеренно газообразующие» продукты ПИТАНИЯ:

- кондитерские изделия;
- картофель;
- баклажаны;
- цитрусовые;
- яблоки.

«Чрезмерно газообразующие» продукты:

- МОЛОКО И МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ;
- ОВОЩИ (лук, фасоль, морковь, сельдерей, брюссельская капуста, проросшие зародыши пшеницы);
- ФРУКТЫ (сухофрукты, изюм, виноград, бананы, абрикосы, сливовый сок и др.).

1. Принимать пищу регулярно в специально отведенное время, избегать ее приема в спешке, в процессе работы.
2. Не пропускать приемы пищи и не допускать длительных перерывов между ними.
3. Ограничить курение, употребление алкоголя, газированных напитков.
4. Даже при наличии сопутствующего запора провести тест с исключением продуктов с повышенным содержанием нерастворимых пищевых волокон, в частности хлебобулочных изделий, зерновых хлопьев и необработанного риса .
Уменьшению вздутия может способствовать прием овса в виде хлопьев и каш (растворимых пищевых волокон), а также семян льна (до одной столовой ложки в день).

5. Провести тест с исключением лактозы из рациона. При этом следует помнить, что даже в случае подтвержденной ее непереносимости пациенты нормально переносят прием 10–12 г лактозы в день, содержание которой наиболее велико в коровьем молоке (5 г в 100 мл), творожном сыре (1 г в столовой ложке), плавленом сыре (1 г в 18-граммовом ломтике) и йогуртах (4 г в 100 г).

6. При диарее и метеоризме ограничить прием свежих фруктов тремя порциями в день (по 80 г каждая).
7. При наличии сопутствующей диарееи исключить прием сорбитола, входящего в состав подсластителей пищевых продуктов, напитков, жевательной резинки, а также в средства для похудения.
8. При наличии сопутствующего вздутия ограничить прием животных жиров и продуктов, приготовленных на нем, прием капусты, молока, мучных изделий.
9. Пациенту целесообразно вести пищевой дневник для выявления продуктов, употребление которых приводит к усилению симптомов заболевания.

Медикаментозное лечение

Программа лечения больных СРК состоит из двух этапов: первичного курса и последующей базовой терапии.

Продолжительность первичного курса лечения составляет не менее 6-8 недель, базовой терапии – 1-3 месяца.

Тактика ведения больных СРК

Диагностика СРК. Римские критерии

Скрининг органического заболевания.

Оптимум диагностических тестов (клинический анализ крови, БАК, УЗИ, ЭГДС, копрограмма,

анализ кала на яйца глист и цисты лямблий, сигмо- или колоноскопия, ирригоскопия)

Боль/метеоризм

Диарея

Запоры

Коррекция

диеты

спазмолитики

Лоперамид ,
имодиум

Пищевая клетчатка,
Осмотические слабительные

Первичный курс лечения 6 недель

Неэффективность первичного курса лечения требует пересмотра диагноза и дополнительного обследования больных.

Дополнительные диагностические методы	Боль/метеоризм	Диарея	Запоры
	<p>Серийная энтерография, фармакологический тест с амитриптилином, интестинальная манометрия, балоннодилатационный стресс</p>	<p>Лактозный дыхательный тест, лактозотолерантный тест, аспирация содержимого тонкой кишки для исследования бактериальной флоры, балонно-дилатационный тест, радиоизотопное исследование времени транзита кишечного содержимого с холестирамином</p>	<p>Исследование транзита кишечного содержимого, манометрия анальных сфинктеров, балонно-дилатационный тест, измерение ректального угла, дефекография</p>

Препараты для купирования боли

- 1) МЗ-антихолинергические средства (гасцина тиабромин), антихолинергические препараты нового поколения (циметропия бромид, клидиния бромид, октилония бромид, дицикламин) обладают высокой спазмолитической активностью и менее выраженными побочными эффектами. Антагонисты МЗ-рецепторов-замифенацина и дарифенацина
- 2) специфические ингибиторы фосфодиэстеразы IV типа (дротаверин) , хотя спазмолитики миотропного ряда широко не применяются сегодня у больных СРК из-за системного характера спазмолитического действия
- 3) блокаторы кальциевых каналов (пинаверия бромид-дицетел); блокаторы натриевых каналов – мебеверин (дюспаталин).
- 4) антагонисты холецистокинина (локсиглумид);
- 5) аналоги соматостатина;
- 6) антагонисты 5-гидрокситриптамина-3 (5-НТЗ);
- 7) агонисты κ-опиоидных рецепторов;

- метеоспазмил 1 капсула 3 раза в день – 2 недели;
- дротаверин 0,04 г или бускопан 0,01 г. 3-4 раза в день – 2 недели;
- спазмомен 0,04 г 3 раза в день;
- дицетел 0,05 г 3 раза в день;
- дюспаталин 0,2 г 3 раза в день – 4-6 недель.

При выраженном метеоризме показано применение комбинированного препарата – алверина в сочетании с симетиконом по 1 капсуле 2–3 раза в сутки.

Препараты для купирования диареи

а) регуляторы моторики: имодиум (лоперамид) 0,002 г
2 таблетки 1 раз в день под язык до стабилизации
стула (1-3 дня и более). Максимальная суточная
доза для взрослых – не более 16 мг (8 капсул).

Оценивая его эффективность, следует отметить, что
уже на протяжении более 20 лет ни одно из
известных симптоматических антидиарейных
средств не выдерживает сравнения с имодиумом по
показателям скорости смягчения диареи и
надежности антидиарейного действия у больных с
СРК.

б) если у больного наблюдается незначительное по сравнению с обычным увеличение частоты стула, то возможно применение адсорбентов, вяжущих и обволакивающих препаратов:

- смекта 3,0 г (1 пакетик) 3 раза в день до еды — до оформления стула;
- дерматол 0,5 г 3 раза в день до оформления стула;

- В рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании F.Y. Chang и соавт. (2007), уровень доказательности которого относился ко II категории, а уровень практических рекомендаций — к категории B, оценивалась эффективность применения диоктаэдрического смектита в течение 8 недель у 104 пациентов с диарейным вариантом СРК.
- Ежедневный прием препарата (1 пакетик 3 раза в день) способствовал достоверному (по сравнению с данными на начальном этапе исследования и плацебо) улучшению качества жизни больных, а также уменьшению интенсивности боли в животе и метеоризма

Согласно данным мета-анализа 18 рандомизированных плацебоконтролируемых исследований, включавших 1803 пациента с СРК-Д, короткий курс приема невсасывающегося антибиотика рифаксимины достаточно эффективно купирует диарею, а также способствует уменьшению вздутия живота у таких больных.

- по одной таблетке (200 мг) три раза в день в течение 14 дней. Курс может быть повторён 1-2 раза.

Пробиотики

Ряд требований:

- ✓ количество содержащихся в одной капсуле или таблетке бактериальных клеток на момент продажи должно составлять 10^9 ;
 - ✓ в препарате не должны содержаться вещества, не указанные на этикетке (дрожжи, плесень и др);
 - ✓ капсула или оболочка таблетки должна обеспечивать доставку бактериальных клеток в кишку.
-
- бифидумбактерин 50 доз 3 раза в день – 10 дней;
 - бифи-форм по 1-2 капсуле 2 раза в день – 2 недели;
 - лактобактерин 50 доз 2 раза в день – 4 недели;
 - линекс 1-2 капсулы 3 раза в день – 4 недели;
 - хилак-форте 60 капель 3 раза в день – 4 недели.

Препараты для лечения запора

- увеличение в рационе содержания растительной клетчатки,
- увеличение в рационе объема потребляемой жидкости до 1,5–2 л в сутки,
- повышение физической активности.

Классификация слабительных

- слабительные, увеличивающие объем каловых масс (*пустые оболочки семян подорожника*);
- осмотические слабительные (*макрогол 4000, лактулоза*);
- слабительные, стимулирующие моторику кишки (*бисакодил*).

Слабительные, увеличивающие объем каловых масс.

- Увеличивая объем кишечного содержимого, придают каловым массам мягкую консистенцию.
- Не оказывают раздражающего действия на кишку, не всасываются, не вызывают привыкания.
- По данным одного из последних мета-анализов, из всех пищевых волокон только псиллиум (исфагула) оказывает положительное действие при СРК-3, тогда как нерастворимые пищевые волокна (отруби) недостаточно эффективны в этих случаях.
- Псиллиум в дозе 3–4 г 2 раза в день с последующим увеличением дозы при необходимости.

Осмотические слабительные.

- Обладают свойством замедлять всасывание воды и увеличивать объем кишечного содержимого.
- Эти препараты не метаболизируются в ЖКТ, не вызывают структурных изменений толстой кишки и привыкания, способствуют восстановлению естественных позывов на дефекацию.
- лактулоза, магнезиальное молочко, макролголь 4000 (форлакс) по 10-20 г (1-2 пакетика) на ночь – 2 недели;
- мукофальк по 1 ч.л. на ночь – 2 недели.

Слабительные, стимулирующие моторику

КИШКИ.

- Лекарственные препараты этой группы стимулируют хеморецепторы слизистой оболочки толстой кишки и усиливают ее перистальтику.
- *Бисакодил*. Внутрь, перед сном, при необходимости можно принять за 30 мин до завтрака; обычно разовая доза для взрослых и детей старше 14 лет — 5–10 мг, при недостаточном эффекте и отсутствии побочных явлений доза может быть увеличена до 15 мг.
- *Ректально* (суппозитории), для взрослых и детей старше 14 лет — 10–20 мг (1–2 супп.) в сутки.

Препараты комбинированного действия

- Средства, которые с учетом механизма своего действия способствуют и уменьшению боли в животе, и нормализации частоты и консистенции стула.
- 1. агонисты периферических опиоидных рецепторов
тримебутина малеат - Внутрь — по 100 — 200 мг 3 раза в сутки; внутривенно, внутримышечно — разовая доза составляет 50 мг; ректально — суточная доза составляет 100 — 200 мг. Частота и длительность использования зависят от клинической ситуации.
- 2. Миотропный спазмолитик с компонентом, уменьшающим газообразование в кишечнике (Альперина цитрат и симетикон) по 1 капс. 2-3 раза/сут перед едой.

Психотерапия

Транквилизаторы:

- Медазепам 5-10 мг 2-4 раза
- Диазепам (реланиум, сибазон) 2,5-5 мг 3-4 раза
- Феназепам 0,5-1 мг 2-4 раза

Показания: астения, вегетативная дисфункция

Антидепрессанты:

- Имизин (мелипрамин) 6,25-25 мг 1-2 раза утром
- Амитриптилин 6,25-25 мг 1-3 раза
- Азафен 12,5-25 мг 2-3 раза
- Пиразидол 12,5-25 мг 2-3 раза

Показания: субдепрессия и депрессия, тоскливо-тревожный аффект

Противопоказания: амитриптилин-глаукома, аденома

Нейролептики:

- Этаперазин 4 мг 2-3 раза
- Френолон 5 мг 2-3 раза
- Сонапакс 5-10 мг 1-3 раза

Показания: навязчивые страхи, бессонница, рвота, икота, раздражительность, злобность, расстройство сна.

Стимуляторы ЦНС:

- Аминалон 250 мг 1-3 раза

- Курс лечения психотропными средствами может занимать 1,5-2 месяца, включая период адаптации, лечения и отмены.
- Как правило, сочетают 2-3 группы препаратов, например, антидепрессанты, транквилизаторы и транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики.
- При необходимости в комплекс включают психостимуляторы, ноотропные средства, а так же седативные и снотворные.

Требования к результатам лечения должны быть следующими:

- 1) Улучшение качества жизни больного
- 2) Клиническая ремиссия заболевания, нормализация показателей дыхательного водородного теста и дисбиотических изменений кишечника.
- 3) При отсутствии достижения ремиссии — лечение в клинике неврозов.

Прогноз

К факторам, оказывающим негативное влияние на прогноз, относятся:

- наличие клинического варианта СРК с преобладанием диареи ,
-
- низкая приверженность больных к лечению, тревожность по поводу рисков, связанных с заболеванием,
- нарушение повседневных функций, обусловленных СРК,
- длительный анамнез болезни,
- хронический стресс,
- Наличие сопутствующих психических заболеваний

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!
