

BMJ Best Practice

გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი

უშუალოდ პაციენტის მოვლის ადგილას



ბოლო განახლება: Nov 01, 2023

სარჩევი

მიმოხილვა	3
შეჯამება	3
განსაზღვრება	3
თეორია	4
ეპიდემიოლოგია	4
ეტიოლოგია	4
პათოფიზიოლოგია	5
კლასიფიკაცია	6
შემთხვევის ანამნეზი	6
დიაგნოზი	8
მიდგომა	8
ანამნეზი და გასინჯვა	11
რისკფაქტორები	11
კვლევები	12
დიფერენციული დიაგნოზები	17
კრიტერიუმები	20
მართვა	22
მიდგომა	22
მკურნალობის ალგორითმის მიმოხილვა	28
მკურნალობის ალგორითმი	31
სიახლეები	93
განხილვები პაციენტთან	93
მეთვალყურეობა	94
მონიტორინგი	94
გართულებები	94
პროგნოზი	94
გაიდლაინები	95
დიაგნოსტიკური გაიდლაინები	95
მკურნალობის გაიდლაინები	96
წყაროები	99
განმარტება	112

შეჯამება

გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სიმპტომები მოიცავს მუცლის განმეორებით ტკივილს ან დისკომფორტს და დაკავშირებულია დეფეკაციის სიხშირესთან ან ფორმასთან. ტკივილი ან დისკომფორტი შესაძლოა შემსუბუქდეს დეფეკაციით.

მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, დაკავშირებულია თუ არა მდგომარეობა კვებით მიზეზებთან, მაგ. კოფეინთან, ლაქტოზის ან ფრუქტოზის შემცველ საკვებთან.

მუცლის გასინჯვისას, როგორც წესი, ყველაფერი ნორმაშია. მარჯვენა და/ან მარცხენა ქვედა კვადრანტში შესაძლოა გვექნოდეს მსუბუქი და სუსტად გამოხატული მტკივნეულობა.

ღიაგნოზი ეფუძნება პაციენტის ანამნეზს და არ არსებობს სპეციფიკური ღიაგნოსტიკური ტესტი. თუ პაციენტს აქვს საგანგაშო სიმპტომები ან ნიშნები, როგორცაა ანემია, წონის კლება ან ცხელება, ეს საჭიროებს უფრო დეტალურ გამოკვლევას.

მკურნალობა ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია პაციენტის ძირითად სიმპტომებზე.

განსაზღვრება

გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი არის ქრონიკული მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება მუცლის ტკივილთან დაკავშირებული ნაწლავის დისფუნქციით. ტკივილი ხშირად მსუბუქდება დეფეკაციით და ზოგჯერ თან ახლავს მუცლის შებერვა. ტკივილის მიზეზის ასახსნელად არ არსებობს სტრუქტურული პათოლოგია. გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი გვხვდება მოზრდილი მოსახლეობის დაახლოებით 15%-ში. ეტიოლოგია, ალბათ, მრავალფაქტორულია და მტკიცებულებები მიუთითებს მოძრაობის, ანთებითი, გენეტიკური, იმუნური, ფსიქოლოგიური და დიეტური კომპონენტების ერთობლიობაზე.^[1]

ეპიდემიოლოგია

ამერიკის შეერთებულ შტატებში გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი გვხვდება ზრდასრულების 10-15% ში და წარმოადგენს გასტროენტეროლოგთან გაგზავნის ყველაზე ხშირ მიზეზს (პაციენტების 50%).^{[4] [5] [6]} დიდ ბრიტანეთში, დადგენილია, რომ პრევალენტობა 6.1%-დან 21.6%-მდეა, უფრო მაღალი გავრცელებით ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში.^{[7] [8] [9]} გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის (IBS) პრევალენტობა მსგავსია ევროპაში და დაბალია, თუმცა მზარდი ტენდენცია აქვს აზია-ოკეანეთის რეგიონში.^[10] აფრიკიდან მოწოდებული მონაცემები განსხვავებულია, მაგრამ პრევალენტობის მაჩვენებლები 33%-მდე დაფიქსირებული.^[10]

ავსტრალიაში, საფოსტო კითხვარმა (4500 ადამიანი ≥ 18 წელზე მეტი ასაკის) აჩვენა IBS-ის გავრცელება მენინგის, Rome I და Rome II კრიტერიუმების მიხედვით, შესაბამისად 13.6%, 6.9% და 4.4%.^[11] აზიაში ჩატარებული ანალოგიური საფოსტო გამოკითხვების შედეგად გამოვლინდა IBS-ის მსგავსი პრევალენტობის მაჩვენებლები სინგაპურში (11.0%, 10.4% და 8.6% Manning-ის [>1 კრიტერიუმი], Rome I და Rome II კრიტერიუმების მიხედვით, იმავე მიმდევრობით) და ჩინეთში (11.5%, 5.7% Manning და Rome II კრიტერიუმების მიხედვით, იმავე მიმდევრობით).^[12]

ერთი მიმოხილვის თანახმად, ექიმის მიერ დიაგნოსტირებული სინდრომის ინციდენტობის მედიანა არის 38.5 ყოველ 10 000 პაციენტი/წელზე.^[13]

მათ შორის, ვისაც დასჭირდა სამედიცინო დახმარება, ქალებმა გადააჭარბეს მამაკაცებს შეფარდებით 2:1.^[14] გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სიმპტომები შესაძლოა დაიწყოს მოზარდობისას ან ზრდასრულობის ადრეულ ასაკში. უჩვეულოა სიმპტომების დაწყება 50 წლის ასაკის შემდეგ.^{[15] [16]}

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევა აჩვენებს, რომ გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სიმპტომთა პრევალენტობა გამოკითხვებში არის 19.5%.^[17]

ერთი სისტემატური მიმოხილვის თანახმად, გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის ჯამური პრევალენტობა მოსახლეობაზე დაფუძნებულ კვლევებში, რომლებიც იყენებდნენ რომის III კრიტერიუმებს, უფრო მეტი იყო, ვიდრე რომის IV კრიტერიუმებით მიმდინარე კვლევებში (შესაბამისად, 9.2% და 3.8%).^[18] შერეული გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი (IBS-M) იყო ყველაზე გავრცელებული ქვეტიპი რომის III კრიტერიუმებით.

აგრეთვე ფიქსირდება სინდრომის ოჯახური აგრეგაციის ტენდენცია; რისკი იზრდება (შანსების თანაფარდობა [OR] 2.75) იმ შემთხვევაში, თუ პირველი რიგის ნათესავს აღენიშნება სინდრომი.^[19] ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობის ისტორია დაფიქსირდა IBS-ის მქონე პაციენტების 32%-44%-ში.^{[20] [21] [22]} ენდომეტრიოზი შეიძლება იყოს რისკ-ფაქტორი, ერთი მეტა-ანალიზი აჩვენებს IBS-ის 3-ჯერ გაზრდილ გავრცელებას ენდომეტრიოზის მქონე ქალებში, ამ მდგომარეობის გარეშე ქალებთან შედარებით.^[23] გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი შესაძლოა აგრეთვე განვითარდეს ენტერული ინფექციის შემდეგ.^[24]

ეტიოლოგია

ვარაუდობენ, რომ დაავადება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დარღვეული მოტორიკის შედეგად ვითარდება. არ არსებობს გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სპეციფიკური ენდოსკოპიური, ბიოქიმიური, ანატომიური, მიკრობიოლოგიური ან ჰისტოლოგიური ნიშნები, რომელიც დაადგენს ეტიოლოგიას, თუმცა უმეტესად ეს არის ავადმყოფობა რომელსაც ხშირად აქვს რამდენიმე განმარტებული გამომწვევი მიზეზი.

ანთებითი ან იმუნური სისტემის ჩართულობა

ფაქტი, რომ სინდრომი შესაძლოა ახლდეს ნაწლავის ანთებით დაავადებას ან განვითარდეს ბაქტერიული ან პარაზიტული დიზენტერიის შემდეგ, ასევე წარმოშობს ჰიპოთეზას, რომ შესაძლოა არსებობდეს ანთებითი ან იმუნური საფუძველი. გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე ზოგიერთ პაციენტში დაფიქსირებულია მცირე ცვლილებები, მაგ. ნაწლავის T-ლიმფოციტების ცვლილებები და პოხიერი უჯრედების აუხსნელი დაგროვება ნაწლავის ლორწოვანში.[25] [26] თუმცა, მხოლოდ გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში, ლორწოვანი გარსის ბიოფიზიკა, როგორც წესი, ნორმაშია ხოლმე.

ნაწლავის მიკრობიოტა

ნაწლავის მიკრობიოტას შესაძლოა როლი ჰქონდეს გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის განვითარებაში, როგორც გარკვეულ საკვებზე, განსაკუთრებით ნახშირწყლებზე, ასევე ეპითელიური ბარიერის მთლიანობისა და ენტეროენდოკრინულ სიგნალზე მათი მოქმედებით. მიუხედავად იმისა, რომ ზუსტი მიკრობული სურათი უცნობია, გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი სავარაუდოდ დაკავშირებულია დისბიოზთან და მიკრობიოტის ნაკლებმრავალფეროვნებასთან.[27] [28]

ჭარბი ბაქტერიული ზრდა

ბაქტერიების ჭარბი ზრდა გამოვლინდა IBS-ის მქონე ზოგიერთ პაციენტში, განსაკუთრებით მათ, ვისთანაც ჭარბობს დიარეა.[29]

ნაღვლოვანი მუავების მალაბსორბცია

როგორც ჩანს, არის IBS და დიარეის მქონე პაციენტების ქვეჯგუფი, რომლებსაც აქვთ ნაღვლის მუავების მალაბსორბცია, მიუხედავად ნაწლავის დაავადების, ოპერაციის ან წინა ქოლევსისტექტომიის ისტორიის არარსებობისა.[30]

ფსიქოლოგიური სტრესი ან ძალადობა

სტრესი და ემოციური დაძაბულობა ხშირად იწვევს IBS-ის შეტევებს, თუმცა არ არსებობს კონკრეტული პიროვნების პროფილი ან ფსიქიატრიული დიაგნოზი, რომელიც დაკავშირებულია ამ მდგომარეობასთან. ფიზიკური და სქესობრივი ძალადობის ანამნეზი დაფიქსირდა პაციენტთა 32დან-44%-ში.[20] [21] [22] ერთმა მეტაანალიზმა აჩვენა, რომ პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (PTSD) დაკავშირებულია IBS-ის გაზრდილ ალბათობასთან (ერთიანი შანსების თანათვარდობა 2.80, 95% CI 2.06-დან 3.54-მდე, P <0.001).[31]

პათოფიზიოლოგია

მტკიცებულებების უმეტესობა ვარაუდობს, რომ არის საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის მოტორული და სენსორული ასპექტების დისფუნქცია IBS-ის მქონე ადამიანებში.[32] სხვადასხვა სტიმულის საპასუხოდ იცვლება კუჭის რეაქტიულობა (მოტორიკა და სეკრეცია), ეს შეიძლება განპირობებული იყოს გარემო (პირადი სტრესი ან ძალადობა) ან სანათურის ფაქტორებით (გარკვეული საკვები, ბაქტერიული ჭარბი ზრდა ან ტოქსინები ან გათიშვა ან ანთება). შეცვლილმა მოქმედებამ შესაძლოა გამოიწვიოს ტკივილი, ისევე როგორც ყაბზობა და დიარეა.

არსებობს მტკიცებულება, რომ არსებობს კუჭის ჰიპერმგრძობელობა ვისცერული ტიპის ტკივილისა და შეგრძნებების გაძლიერების თვალსაზრისით.[1] მაგალითად, როდესაც მსხვილი ნაწლავის ქვედა ნაწილის ამპულა ან სწორი ნაწლავის სანათური იჭიმება, IBS-ით დაავადებული პაციენტები განიცდიან ტკივილს დაბალი წნევის დროს, ვიდრე ადამიანები IBS-ის გარეშე.[33] IBS-ის მქონე პაციენტებს ასევე აღნიშნებათ თავის ტვინისა და ნაწლავის დისრეგულაცია. ეს შეიძლება დაკავშირებული იყოს უფრო დიდი

სტრესის რეაქტიულობასა და ენტერული ნერვული სისტემის ეფერენტული სიგნალების მოდულაციასთან ან აღქმასთან.[32]

მიუხედავად იმისა, რომ მსხვილი და წვრილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ჰისტოლოგია მეტწილად ნორმალურია, მცირე ცვლილებები, მათ შორის ნაწლავის T ლიმფოციტების ცვლილებები და მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანში პოხიერი უჯრედების აუხსნელი დაგროვება, აღწერილია სინდრომის მქონე პაციენტებში.[25] [26] ეს მიუთითებს იმუნური სისტემის შესაძლო მონაწილეობაზე.

კლასიფიკაცია

Rome IV: გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის ქვეტიპი ძირითადად განავლის დამახასიათებელი სურათით.[2][3]

1. გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი ყაბზობით (IBS-C): მაგარი ან ხორკლიანი განავალი ნაწლავის მოქმედების $\geq 25\%$ -ში და რბილი ან წყლიანი განავალი ნაწლავის მოქმედების $\leq 25\%$ -ში.
2. გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი დიარეითი (IBS-D): რბილი ან წყლიანი განავალი ნაწლავის მოქმედების $\geq 25\%$ -ში და მაგარი ან ხორკლიანი განავალი ნაწლავის მოქმედების $\leq 25\%$ -ში.
3. შერეული გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი (IBS-M): მაგარი ან ხორკლიანი განავალი ნაწლავის მოქმედების $\leq 25\%$ -ში და რბილი ან წყლიანი განავალი ნაწლავის მოქმედების $\leq 25\%$ -ში.
4. დაუზუსტებელი გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი: განავლის შემადგენლობის არასაკმარისი პათოლოგია, იმისთვის რომ დააკმაყოფილოს IBS-C, IBS-D ან IBS-M კრიტერიუმი.

შემთხვევის ანამნეზი

შემთხვევის ანამნეზი #1

34 წლის, 3 შვილის დედა მოსულია ოჯახის ექიმთან ორივე მხარეს მუცლის ქვედა კვადრანტში სპაზმური ტკივილის 3 კვირიანი ანამნეზით. მას აქვს ხშირი, მცირე რაოდენობით დეფეკაცია, რომელსაც თან ახლავს მცირეოდენი ლორწო, მაგრამ არა სისხლი. სიმპტომები უმჯობესდება ნაწლავის მოქმედებით ან გაზების გამოშვებით. მას ეს სიმპტომები თითქმის ყოველთვის აქვს, მას შემდეგ რაც კოლეჯში სწავლობდა, მაგრამ გაუარესდა უახლოეს წარსულში. წარსული ისტორია არ აქვს, გარდა სამი ნორმალური ორსულობისა. ოჯახური ანამნეზი უარყოფითია ნაწლავის კიბოზე. მის დას აქვს მსგავსი პრობლემა, მაგრამ არ ყოფილა ექიმთან. პირადმა/სოციალურმა ანამნეზმა დაადგინა რომ ის არის მოლარე და მუშაობს დღის უდიდესი ნაწილის განმავლობაში. მისი კომპანია უერთდება სხვა კომპანიას და შიშობს, რომ შეიძლება დაკარგოს სამსახური. მას არ დაუკლია წონაში ან არ ჰქონია სხვა კონსტიტუციონალური სიმპტომები. გასინჯვისას ერთადერთი ნიშანია მსუბუქი მტკივნეულობა ქვედა მარჯვენა კვადრანტში, წარმონაქმნი არ ისინჯება.

შემთხვევის ანამნეზი #2

40 წლის დიასახლისი უჩივს განმეორებით ყაბზობას. მას ეს პრობლემა აქვს 20 წლის ასაკიდან, თუმცა ახლა გაუარესდა. ყაბზობას თან ახლავს მუცლის შებერვა და ტკივილი, და დისკომფორტი უმჯობესდება ნაწლავთა მოქმედებისას. თავისი გინეკოლოგის რჩევით მან ჩართო მეტი ბოჭკოვანი საკვები დიეტაში, მათ შორის ახალი ხილი და ფურცლოვანი ბოსტნეული, მაგრამ ამან კიდევ უფრო გაუარესა მუცლის

შებერვა. მისი წარსული ისტორია მოიცავს ქოლეცისტექტომიასა და ჰისტერექტომიას. გასინჯვისას სრულიად ნორმალურია. რექტული გასინჯვით ვლინდება განავლის ნორმალური კონსისტენცია. განავლის ნიმუშები უარყოფითია ფარულ სისხლზე.

სხვა გამოვლინებები

პაციენტებს ასევე შეიძლება აღენიშნებოდეთ მონაცვლეობითი დიარეა და ყაბზობა, რომელიც დაკავშირებულია მუცლის ტკივილთან.

მიდგომა

IBS ხასიათდება მუცლის ტკივილით, რომელიც დაკავშირებულია ნაწლავის მოქმედების შეცვლილ ჩვევებთან.[34] ტკივილი მსუბუქდება დიეტეკაციით ან გაზის გამოყოფით. სხვა გავრცელებული თანმხლები სიმპტომებია მუცლის შებერვა, განავალთან ერთად ლორწოს გამოყოფა, დიეტეკაციის უეცარი მოთხოვნილება, ნაწლავის მოქმედების შემდეგ არასრული დასლის შეგრძნება.[10]

ანამნეზი

პაციენტის ანამნეზმა შესაძლოა გამოავლინოს რამდენიმე რისკფაქტორის ექსპოზიცია, როგორცაა ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობა, წარსულში ენტერული ინფექცია და სტრესი სახლში ან სამსახურში.[20] [21] [22][24] [32] ზრდასრული პაციენტები ორჯერ უფრო ხშირად არიან ქალები.[14]

შეიძლება იყოს IBS-ის ოჯახური ისტორია. ნაწლავის ანთებითი დაავადების, კოლორექტული კიბოს ან ცელიაკის ოჯახური ანამნეზის შემთხვევაში უნდა გაგზავნოთ ამ დაავადებებზე ეჭვის ინდექსი. დეტალურმა დიეტურმა ანამნეზმა შეიძლება გამოავლინოს ისეთი საკვების მოხმარება, რომელიც ამძაფრებს სიმპტომებს (მაგ. კოფეინი, ძროხის რძე, ფრუქტოზის შემცველი საკვები, ხელოვნური დამატკობლები, ალკოჰოლი), არარეგულარული ან არაადეკვატური კვება, არასაკმარისი სითხის მიღება, ან გადაჭარბებული ან მცირე რაოდენობით (განსაკუთრებით ყაბზობის მქონეებში).) ბოჭკოების მიღება.[10]

ფიზიკური გამოკვლევა

ფიზიკური შეფასება ჩვეულებრივ ნორმალურია. თუმცა, შეიძლება იყოს რბილი მგრძობელობა ქვედა კვადრანტებში მასის გარეშე.

Carnett ტესტი გვეხმარება განვასხვავოთ მუცლის კედლიდან წამოსული ტკივილი მუცლის ტკივილისგან, რომელიც წარმოიშობა მუცლის შიგნით. ამ ტესტში, თუ ტკივილი გაიზარდა მუცლის შეკუმშვისას, ის წარმოიქმნილია მუცლის კედლიდან (დადებითი კარნეტის ტესტი). ინტრაპერიტონეალური ტკივილი მცირდება მუცლის კედლის შეკუმშვასთან ერთად.[35] ნეგატიური კარნეტის ტესტი მოსალოდნელია IBS-ის მქონე პაციენტებში.

ლაბორატორული ტესტები

გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სპეციფიკური დიაგნოსტიკური ტესტი არ არსებობს. პირველადი ტესტების არჩევანი იქნება დამოკიდებული ისეთ ფაქტორებზე, როგორცაა სიმპტომები და პაციენტის ასაკი.[2]

სხვა დაავადებების გამოკვლევა, მათ შორის ნაწლავის ანთებითი დაავადების და კოლორექტალური კიბო.

სისხლის სრული ანალიზი (FBC) უნდა ჩატარდეს პირველადი გამოკვლევის ფარგლებში.[34] თუ პაციენტი ანემიურია ან თუ ლეიკოციტები მომატებულია, განსახილველია სხვა დაავადებები.

შეიძლება ჩატარდეს განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე ნაწლავის ანთებითი დაავადების და გალიზიანების ნაწლავის სინდრომის დიფერენცირების მიზნით განავალში ფარული სისხლდენის კვლევის დადებითი პროგნოზული მაჩვენებელი არის 97%, ხოლო უარყოფითი პროგნოზული მაჩვენებელი- 43%.[36] პირველადი ჯანდაცვის პრობებში, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე შეიძლება გამოყენებულ იქნას იმ პაციენტების გამოსავლენად, რომელთაც აქვთ აუხსნელი კუჭ-ნაწლავის სიმპტომები, მაგრამ რომელთაც აქვს კოლორექტალური კიბოს დაბალი რისკი, გადანყვეტილების მისაღებად სპეციალისტთან გასაგზავნად

რაოდენობრივი ფეკალური იმუნოქიმიური ტესტი (FIT) შეიძლება დაინიშნოს კოლორექტალური კიბოს ეჭვის შემთხვევაში. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევს რაოდენობრივ FIT-ს, რათა მიმართოს საეჭვო კოლორექტალურ კიბოს რისკის მქონე გარკვეულ მოზრდილებში მუცლის აუხსნელი ტკივილით ან მათ, ვისაც ნაწლავის მოქმედება აქვს შეცვლილი.[37] [38] თუ FIT მნიშვნელობა არის ≥ 10 მიკროგრამი ჰემოგლობინი/გ განავალში, რეკომენდებულია სასწრაფო გადამისამართება მეორად სამედიცინო დახმარებაზე. FIT-ის შედეგებზე დაყრდნობით, ისეთი გამოკვლევების თავიდან აცილება, როგორცაა კოლონოსკოპია, შესაძლებელია იმ ადამიანებში, რომლებსაც ნაკლებად აქვთ კოლორექტალური კიბოს რისკი, რითაც რესურსები ხელმისაწვდომი გახდება მათთვის, ვისაც ეს ყველაზე მეტად სჭირდება.[37] [38]

იმისათვის, რათა ერთმანეთისგან განვასხვავოთ IBS და ნაწლავის ანთებითი დაავადება, შესაძლოა დაგვჭირდეს ფეკალური კალპროტექტინის ან განავლის ლაქტოფერინის ტესტი.[39] [40] [41] [42] [43] გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის (ACG) გაიდლაინები უპირატესობას ანიჭებს კალპროტექტინს, ვიდრე ლაქტოფერინს, რადგან მაღალია მისი მგრძობელობა და სპეციფიკურობა ნაწლავის ანთებითი დაავადებისთვის.[39]

C-რეაქტიული ცილა (CRP) ან ერთროციტების დალექვის სიჩქარე (ESR) ასევე შეიძლება გამოყენებულ იქნას ნაწლავის ანთებითი დაავადების გამოსარიცხად.[34] [39] [40] მიუხედავად იმისა, რომ ორივე არასპეციფიკურია, ACG გაიდლაინები გვირჩევენ, რომ CRP ამ ორიდან უფრო სასარგებლოა.[39] ყოვლისმომცველმა მეტა-ანალიზმა შეაფასა მარკერები 2145 პაციენტში ნაწლავის ანთებითი დაავადებით, IBS ან ჯანმრთელი პაციენტებში კონტროლო ჯგუფში და აღმოაჩინა, რომ მომატებული ESR ან განავლის ლაქტოფერინი ვერ განასხვავებს პაციენტების ჯგუფებს, ხოლო CRP ≤ 5 მგ/ლ (≤ 0.5 მგ/დღ).) ან ფეკალური კალპროტექტინი ≤ 40 მიკროგრამი/გ საიმედოდ იძლევა ნაწლავის ანთებითი დაავადების ალბათობას 1% ან უფრო ნაკლებს, რაც არსებითად გამორიცხავს მას, როგორც დიაგნოზს.[42]

ცელიაკის სეროლოგიური ტესტები

ქსოვილის ტრანსგლუტამინაზას ანტისხეულების ტესტი დაგეხმარებათ ცელიაკის გამორიცხვაში.[34] [39] [40] [44] [45]

თუ პაციენტს აქვს დიარეა და/ან წონის კლება, ცელიაკიაზე ეჭვი უნდა მივიტანოთ. ყველაზე სარწმუნო ტესტია იმუნოგლობულინი(Ig) A ადამიანის ქსოვილოვანი ტრანსგლუტამინაზას საწინააღმდეგო ანტისხეულების (anti-tTG) ენზიმმეკავშირებული იმუნოსორბენტული ანალიზი. ტესტის მგრძობელობა ცელიაკის დაავადების სადიაგნოსტიკოდ თითქმის 100%-ს აღწევს, ხოლო სპეციფიკურობა კი 95-97%-ს.[44]

დადებითი შედეგი უნდა დადასტურდეს თორმეტგოჯა ნაწლავის ბიოფსიით.[40]

IgA ენდომიზიური ანტისხეულები (EMAs) შეიძლება შემოწმდეს, როდესაც ანტი-tTG სუსტად დადებითია ან დიაგნოზის დასადასტურებლად ბავშვებში ან მოზრდილებში, რომლებისთვისაც ენდოსკოპია გამოუსადეგარია.

IgA დეფიციტის მქონე პაციენტებს შეიძლება ჰქონდეთ ცრუუარყოფითი ანტი-tTG შედეგი. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია IgG ქსოვილოვანი ტრანსგლუტამინაზას და IgG ან IgA დეამიდირებული გლიადინის პეპტიდების ტესტირება.[40]

კვლევები ნალველის მუავას მალაბსორბციის გამოსარიცხად

შრატის ფიბრობლასტის ზრდის ფაქტორი 19-ის და 23-სელენო-25-ჰომოტაუროქოლის მუავის ტესტები, ხელმისაწვდომობის პირობებში, რეკომენდებულია ქრონიკული დიარეის მქონე პაციენტებში ნაღვლის მუავების მალაბსორბციის გამოსარიცხად.[39] [40] [46]

ორმოცდარვა საათიანი განავლის შეგროვება მთლიანი ნაღვლის მუავებისთვის ასევე შეიძლება ჩაითვალოს იმავე მითითებისთვის.[40]

თუ სხვა დიაგნოსტიკური ტესტები მიუწვდომელია, ნაღვლის მუავას შემკვრელის ემპირიული კვლევა შეიძლება ჩატარდეს ქრონიკული დიარეის მქონე პაციენტებში, რათა გამოირიცხოს ნაღვლის მუავას მალაბსორბცია.[39] [40]

წყალბადის/მეთანის სუნთქვის ტესტი

დიარეასა და მუცლის შებერვის მქონე პაციენტებში შემდგომი გამოკვლევისთვის საჭიროა ბაქტერიის ჭარბი ზრდისთვის წყალბადის სუნთქვის ტესტი ან ლაქტაზის დეფიციტის ტესტი. თუმცა, ეს ტესტი არ არის რეკომენდებული დიაგნოზის დასადასტურებლად პაციენტებში, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებენ.[34]

ნაწლავური პათოგენების ტესტი

განავლის რუტინული ტესტირება ნაწლავის პათოგენებზე (ანუ განავლის ლეიკოციტები, კვერცხუჭრედები და პარაზიტები) არ არის რეკომენდებული პაციენტებისთვის საექვო IBS-ით.[39]

განავლის იმუნოკვლევა ან პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია ნაჩვენებია გიარდიოზის რისკფაქტორების მქონე პაციენტებში. [39] [40]

გამოსახულების მიღება

ენდოსკოპიური შეფასება

გაიდლაინები რეკომენდაციას არ უწევს რუტინული კოლონოსკოპიის ჩატარებას გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე 45 წელზე უმცროსი ასაკის პაციენტებისთვის, გარდა შემთხვევებისა, როცა ფიქსირდება საგანგაშო ნიშნები, მაგ.: [39]

- ჰემატოხეზია
- მელენა
- წონაში დაკლება უნებლიედ
- სიმპტომების დანყება უფროს ასაკში (50 წელზე ზემოთ)
- ნაწლავის ანთებითი დაავადების, მსხვილი ნაწლავის კიბოს ან სხვა მნიშვნელოვანი კუჭ-ნაწლავის დაავადების ოჯახური ისტორია.

კოლონოსკოპია უნდა განიხილოთ საგანგაშო ნიშნების მქონე პაციენტებში.[39]

პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ IBS ეჭვი დიარეით, რომლებიც იმყოფებიან მიკროსკოპული კოლიტის მალალი რისკის ქვეშ, ან ხანდაზმული ასაკი (60 წელზე მეტი), მდებარებითი სქესი და უფრო ინტენსიური დიარეა, არსებობს გარკვეული მტკიცებულებები, რომლებიც მხარს უჭერენ კოლონოსკოპიის გამოყენებას.[39] მიკროსკოპული კოლიტი ეჭვი ასევე უნდა გაჩნდეს, თუ პაციენტს არ აქვს მუცლის ტკივილი.

მოქნილ სიგმოიდოსკოპიას შეუძლია გამოავლინოს პათოლოგიური ლორწოვანი გარსი, რამაც შეიძლება მიუთითოს ნაწლავის ანთებით დაავადებაზე, პოლიპებზე ან კარცინომაზე; თუმცა, გაიდლაინებით არ არის მხარდაჭერილი მისი გამოყენება გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის დასადასტურებლად.[34]

მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფია შეიძლება სასარგებლო იყოს შეშუპების მქონე პაციენტების შეფასებისას.[47]

ანამნეზი და გასინჯვა

ძირითადი დიაგნოსტიკური ფაქტორები

რისკ-ფაქტორების არსებობა (ხშირი)

- ძირითადი რისკფაქტორებია მდებარეობითი სქესი, ასაკი <50 წელი, ენტერული ინფექცია წარსულში და ფიზიკური ან სქესობრივი ძალადობის ანამნეზი.

მუცლის ტკივილი (ხშირი)

- ზოგადად მუცლის სპაზმური ტკივილი ქვედა და/ან შუა კვადრანტში. შესაძლოა იყოს მსუბუქი ან მძიმე ფორმის.

ტკივილთან დაკავშირებული დეფეკაციის ჩვევის შეცვლა (ხშირი)

- შესაძლოა იყოს დიარეა ან უფრო ხშირად რბილი განავალი, ყაბზობა ან დიარეასა და ყაბზობის მონაცვლეობა. განავლის გამოყოფა ხსნის მუცლის ტკივილს.

მუცლის შებერვა ან დაჭიმვა. (ხშირი)

- ეს იზრდება დღის განმავლობაში და არ არის დაკავშირებული გულისრევასთან ან ლებინებასთან. უმჯობესდება დეფეკაციით ან გაზების გამოყოფით.

მუცლის გასინჯვა ნორმალურია (ხშირი)

- საგულისხმო ნიშნები არ იკვეთება. მსუბუქი მტკივნეულობა შესაძლოა გამოვლინდეს მარცხენა ქვედა ან მარჯვენა ქვედა კვადრანტში.

სხვა დიაგნოსტიკური ფაქტორები

განავალთან ერთად ლორწოს გამოყოფა (იშვიათი)

- ხდება როდესაც პაციენტი სიმპტომურია და თან არ ახლავს სისხლი.

დეფეკაციის გაძლიერებული მოთხოვნილება (იშვიათი)

- ეს სიმპტომი უფრო ხშირია აზიელ მოსახლეობაში.[10]

რისკფაქტორები

ძლიერი

ფიზიკური და სქესობრივი ძალადობა

- რამდენიმე კვლევამ დაადგინა რომ სხვა გასტროინტესტინური დაავადების მქონე პაციენტებთან შედარებით ფიზიკური და/ან სქესობრივი ძალადობის ანამნეზი უფრო ხშირია გალიზიანებული ნაწლავის მქონე პაციენტებში. ბოროტად გამოყენება დაფიქსირდა IBS-ის მქონე პაციენტების 32%-44%-ში.[20] [21] [22]

პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (PTSD)

- ერთ-ერთი მეტა-ანალიზით დადგინდა, რომ ტრავმის შემდგომი სტრესული აშლილობა (PTSD) დაკავშირებულია IBS-ის მომატებულ რისკთან (ჯამური შანსების თანაფარდობა 2.80, 95% CI 2.06-3.54, P <0.001).[31]

ასაკი <50 წელი

- გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სიმპტომები შესაძლოა დაიწყოს მოზარდობისას ან ზრდასრულობის ადრეულ ასაკში. გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის გამოვლინება > 50 წლის ასაკში უჩვეულოა და ამ ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებში საჭიროა სიმპტომების ეტიოლოგიის კიდევ უფრო ფრთხილი შეფასება.[15] [16]

მდებრობითი სქესი.

- არსებობს 2:1 ქალის/კაცთან თანაფარდობა იმ პაციენტებს შორის, რომელთაც მოითხოვეს სამედიცინო დახმარება გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომისთვის.[14]

წარსულში ენტერული ინფექცია

- გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სიმპტომები შესაძლოა გამოვლინდეს მწვავე ბაქტერიული გასტროენტერიტის შემდეგ პაციენტთა 30%მდე რაოდენობაში.[24] [32]

ოჯახური ანამნეზი

- გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის რისკი იმატებს, თუ პირველი რიგის ნათესავს ასევე აღენიშნება ეს დაავადება (OR 2.75).[19]

სუსტი

ოჯახი და სამსახურის სტრესი

- სტრესული ცხოვრებისეული მოვლენები ზოგჯერ დაკავშირებულია სიმპტომების გამწვავებასთან, მაგრამ ამ კავშირის ბუნება გაურკვეველია.[2]

კვლევები

1-ლად შესაკვეთი ტესტები

ტესტი	შედეგი
FBC <ul style="list-style-type: none"> სისხლის საერთო ანალიზი უნდა ჩატარდეს სანცისი გამოკვლევის ფარგლებში.[34] თუ პაციენტი ანემიურია ან თუ სისხლის საერთო ანალიზი მომატებულია, განსახილვევია გალიზიანებული ნაწლავის დაავადების გარდა სხვა დაავადება. 	ნორმალური; ანემია ან სისხლის თეთრი უჯრედების მომატებული რაოდენობა მიუთითებს არა-IBS დაავადებაზე

სხვა გასათვალისწინებელი ტესტები

ტესტი	შედეგი
<p>განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე</p> <ul style="list-style-type: none"> • შეიძლება გაკეთდეს როცა ეჭვია ნაწლავის ანთებით დაავადებაზე ან კოლორექტულ კიბოზე.[34] ნაწლავის ანთებითი დაავადების და გალიზიანების სინდრომის დიფერენცირების მიზნით განავალში ფარული სისხლდენის კვლევის დადებითი პროგნოზული მაჩვენებელი არის 97%, ხოლო უარყოფითი პროგნოზული მაჩვენებელი- 43%.[36] • პირველადი ჯანდაცვის პირობებში, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე შეიძლება გამოყენებულ იქნას იმ პაციენტების გამოსავლენად, რომელთაც აქვთ აუხსნელი კუჭ-ნაწლავის სიმპტომები, მაგრამ რომელთაც აქვს კოლორექტალური კიბოს დაბალი რისკი, გადაწყვეტილების მისაღებად სპეციალისტთან გასაგზავნად 	<p>ნორმაშია; შეიძლება დადებითი იყოს ნაწლავის ანთებითი დაავადების ან კოლორექტული კიბოს დროს</p>
<p>განავლის რაოდენობრივი იმუნოქიმიური ტესტი (FIT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • შეიძლება დაინიშნოს კოლორექტალური კიბოს ეჭვის შემთხვევაში. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევს რაოდენობრივ FIT-ს, რათა მიმართოს საეჭვო კოლორექტალურ კიბოს რისკის მქონე გარკვეულ მოზრდილებში მუცლის აუხსნელი ტკივილით ან მათ, ვისაც ნაწლავის მოქმედება აქვს შეცვლილი.[37] [38] თუ FIT მნიშვნელობა არის ≥ 10 მიკროგრამი ჰემოგლობინი/გ განავალში, რეკომენდებულია სასწრაფო გადამისამართება მეორად სამედიცინო დახმარებაზე. FIT-ის შედეგებზე დაყრდნობით, ისეთი გამოკვლევების თავიდან აცილება, როგორცაა კოლონოსკოპია, შესაძლებელია იმ ადამიანებში, რომლებსაც ნაკლებად აქვთ კოლორექტალური კიბოს რისკი, რითაც რესურსები ხელმისაწვდომი გახდება მათთვის, ვისაც ეს ყველაზე მეტად სჭირდება.[37] [38] 	<p>FIT მნიშვნელობა ≥ 10 მიკროგრამი ჰემოგლობინი/გ განავალი მიუთითებს შესაძლო კოლორექტალურ კიბოსარსებობაზე.</p>
<p>სეროლოგიური ტესტები ცელიაკისთვის</p> <ul style="list-style-type: none"> • ქსოვილის ტრანსგლუტამინაზას ანტისხეულების ტესტი დაგეგმარებათ ცელიაკის გამორიცხვაში.[34] [39] [40] [44] [45] • თუ პაციენტს აქვს დიარეა და/ან წონის კლება, ცელიაკიაზე ეჭვი უნდა მივიტანოთ. ყველაზე სარწმუნო ტესტია იმუნოგლობულინი(Ig) A ადამიანის ქსოვილოვანი ტრანსგლუტამინაზას საწინააღმდეგო ანტისხეულების (anti-tTG) ენზიმშეკავშირებული იმუნოსორბენტული ანალიზი. ტესტის მგრძობელობა ცელიაკის დაავადების სადიაგნოსტიკოდ თითქმის 100%-ს აღწევს, ხოლო სპეციფიკურობა კი 95-97%-ს.[44] • დიდი ბრიტანეთის გაიდლაინებით რეკომენდებულია ცელიაკიაზე ტესტირება ყველა პაციენტთან, რომელთანაც ეჭვია გალიზიანიებული ნაწლავის სინდრომზე.[34] • დადებითი შედეგი უნდა დადასტურდეს თორმეტგოჯა ნაწლავის ბიოფსიით.[40] • IgA ენდომიური ანტისხეულები (EMAs) შეიძლება შემონდეს, როდესაც ანტი-tTG სუსტად დადებითია ან დიაგნოზის დასადასტურებლად ბავშვებში ან მოზრდილებში, რომლებისთვისაც ენდოსკოპია გამოუსადეგარია. • IgA დეფიციტის მქონე პაციენტებს შეიძლება ჰქონდეთ ცრუუარყოფითი ანტი-tTG შედეგი. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია IgG ქსოვილოვანი ტრანსგლუტამინაზას და IgG ან IgA დეამიდირებული გლიადინის სპეტიდების ტესტირება.[40] 	<p>ნეგატიური</p>

სეგნალიზი

ტესტი	შედეგი
<p>განავალში კალპროტექტინის შემცველობის</p> <ul style="list-style-type: none"> ამის შეკვეთა შესაძლებელია რათა მოხდეს გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის გარჩევა ნაწლავის ანთებითი დაავადებისგან.[34] [39] [40] [41] [42] [43] ამ მიზნით მას უფრო მეტი კლინიკური გამოყენება აქვს, ვიდრე ფეკალური ლაქტოფერინი. ყოვლისმომცველმა მეტაანალიზმა შეაფასა მარკერები 2145 პაციენტში IBD, IBS ან ჯანსაღი ჯანმრთელი პაციენტების საკონტროლო ჯგუფში და დაადგინა, რომ განავლის მომატებული ლაქტოფერინი ვერ განასხვავებს პაციენტების ჯგუფებს, ხოლო ფეკალური კალპროტექტინი ≤ 40 მიკროგრამი/გ იძლევა 1% ან უფრო დაბალ ალბათობას. IBD, არსებითად გამოირიცხავს მას, როგორც დიაგნოზს.[42] 	<p><50 მიკროგრამი/გ ნაკლებ სავარაუდოს ხდის ნაწლავის ანთებით დაავადებას (უფრო მეტად კი გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომს)</p>
<p>ლაქტოფერინი განავალში</p> <ul style="list-style-type: none"> ამ ტესტის შეკვეთა შესაძლებელია რათა მოხდეს გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის გარჩევა ნაწლავის ანთებითი დაავადებისგან.[39] [40] ამ მიზნით მას უფრო დაბალი კლინიკური გამოყენება აქვს, ვიდრე ფეკალური ლაქტოფერინი. ყოვლისმომცველმა მეტაანალიზმა შეაფასა მარკერები 2145 პაციენტში IBD, IBS ან ჯანსაღი ჯანმრთელი პაციენტების საკონტროლო ჯგუფში და დაადგინა, რომ განავლის მომატებული ლაქტოფერინი ვერ განასხვავებს პაციენტების ჯგუფებს, ხოლო ფეკალური კალპროტექტინი ≤ 40 მიკროგრამი/გ იძლევა 1% ან უფრო დაბალ ალბათობას. IBD, არსებითად გამოირიცხავს მას, როგორც დიაგნოზს.[42] 	<p><7/25 მიკროგრამი/გ ნაკლებ სავარაუდოს ხდის ნაწლავის ანთებით დაავადებას</p>
<p>C-რეაქტიული ცილა (CRP) შრატში</p> <ul style="list-style-type: none"> თუ ფეკალური ლაქტოფერინის ან კალპროტექტინის ტესტირება მიუწვდომელია, შრატის CRP არის გონივრული ვარიანტი ნაწლავის ანთებითი დაავადების (IBD) სკრინინგისთვის.[34] [39] [40] დიარეის მქონე პაციენტებში ნაწლავის ანთებითი დაავადების იდენტიფიცირებისთვის შრატში C-რეაქტიული ცილა 5-6 მგ/ლ-ზე მაღლა ხასიათდება 0.73 მგრძნობელობით (95% სარწმუნოების ინტერვალი, 0.64 - 0.80) და 0.78 სპეციფიკურობით (95% სარწმუნოების ინტერვალი, 0.58 - 0.91).[40] ყოვლისმომცველმა მეტა-ანალიზმა შეაფასა სეროლოგიური მარკერები 2145 პაციენტში IBD, IBS ან ჯანმრთელი კონტროლის მქონე პაციენტებში და დაადგინა, რომ CRP ≤ 5 მგ/ლ (≤ 0.5 მგ/დლ) საიმედოდ ანიჭებს IBD-ს 1% ან უფრო ნაკლებ ალბათობას, არსებითად გამოირიცხავს მას. როგორც დიაგნოზი.[42] დიდი ბრიტანეთის გაიდლაინებით რეკომენდებულია შრატში C-რეაქტიული ცილის ტესტირება ყველა პაციენტთან, რომელთანაც ეჭვია გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომზე.[34] 	<p>ნორმის ფარგლებში</p>
<p>ერიტროციტების დალექვის სიჩქარე (ედს)</p> <ul style="list-style-type: none"> ერიტროციტების დანალექი შეიძლება გამოყენებულ იქნას ნაწლავის ანთებითი დაავადების (IBD) გამოსარიცხად.[34] [39] [40] თუმცა, ყოვლისმომცველმა მეტა-ანალიზმა შეაფასა სეროლოგიური მარკერები 2145 პაციენტში IBD, IBS ან ჯანსაღი პაციენტების საკონტროლო ჯგუფში და დაადგინა, რომ მომატებული ESR არ შეიძლება საიმედოდ განასხვავოს პაციენტები ჯგუფებს შორის. ამიტომ სასურველია C-რეაქტიული ცილა.[42] 	<p>ნორმის ფარგლებში</p>
<p>შრატში ფიბრობლასტების ზრდის ფაქტორი 19</p> <ul style="list-style-type: none"> რეკომენდებულია ქრონიკული დიარეის დროს, რათა გამოირიცხოს ნაღვლის ბუშტის მუავების მალაბსორბცია.[39] [40] [46] 	<p>ნორმაშია; დაქვეითება მიუთითებს ნაღვლოვანი მუავების მალაბსორბციაზე</p>

დიაგნოზი

ტესტი	შედეგი
<p>23-სელენო-25-ჰომოტაუროქოლის მუავას (SeHCAT) ტესტი</p> <ul style="list-style-type: none"> რეკომენდებულია ქრონიკული დიარეის დროს, რათა გამოირიცხოს ნაღვლის ბუშტის მუავების მალაბსორბცია.[39] [40] პაციენტი მიიღებს სინთეზურ ნაღვლოვან მუავას, რომელიც მონიშნულია რადიოაქტიური თრეისერის ატომით (SeHCAT). ტარდება ორი სკანირება მთელ ორგანიზმზე გამა კამერით, 1 კვირის ინტერვალით. ითვლება დარჩენილი მუავის პროპორცია.[34] ტესტი არ არის ხელმისაწვდომი ჩრდილოეთ ამერიკაში. 	<p>ნორმაშია; <15% SeHCAT დარჩენა 1 კვირის შემდეგ მიუთითებს ნაღვლოვანი მუავების მალაბსორბციაზე</p>
<p>განავლის 48-საათიანი ნიმუში ჯამური ნაღვლოვანი მუავების განსასაზღვრად</p> <ul style="list-style-type: none"> რეკომენდებულია ქრონიკული დიარეის დროს, რათა გამოირიცხოს ნაღვლის ბუშტის მუავების მალაბსორბცია.[40] 	<p>ნორმაშია; მომატებული ნაღვლოვანი მუავები განავალში მიუთითებს მუავების მალაბსორბციაზე</p>
<p>ნაღვლის მუავას ბაინდერით ემპირიული საცდელი მკურნალობა</p> <ul style="list-style-type: none"> შიქდება ჩატარდეს ქრონიკული დიარეის მქონე პაციენტებში, რათა გამოირიცხოს ნაღვლის მუავის მალაბსორბცია, თუ სხვა დიაგნოსტიკური ტესტები ხელმიუწვდომელია.[39] [40] 	<p>არ უმჯობესდება დიარეის სიმპტომები</p>
<p>წყალბადის/მეთანის სუნთქვის ტესტი</p> <ul style="list-style-type: none"> ეს შესაძლოა გაკეთდეს თუ პაციენტი აქვს დიარეა და/ან მუცლის შებერვა. თუმცა, ეს ტესტი არ არის რეკომენდებული დიაგნოზის დასადასტურებლად პაციენტებში, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებენ.[34] 	<p>ნორმალური; პათოლოგიურია თუ არის ბაქტერიული ჭარბი ზრდა ან ლაქტაზის დეფიციტი</p>
<p>განავლის ტესტები Giardia lamblia- ზე</p> <ul style="list-style-type: none"> განავლის რუტინული ტესტირება ნაწლავის პათოგენებზე (ანუ ფეკალური ლეიკოციტები, კვერცხუჯრედები და პარაზიტები) არ არის რეკომენდებული პაციენტებისთვის საცქვო IBS, მაგრამ ეს ტესტები ჩვეულებრივ ინიშნება პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიერ.[39] განავლის იმუნოკვლევა ან პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია ნაჩვენებია გიარდიოზის რისკფაქტორების მქონე პაციენტებში. [39] [40] 	<p>ნორმალური; განავალში სისხლის თეთრი უჯრედების ან პარაზიტების არსებობა მიუთითებს არა გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომით გამოწვეულ დაავადებაზე.</p>
<p>მუცლის ღრუს სერიული რენტგენი</p> <ul style="list-style-type: none"> ეს ტესტი შესაძლოა გამოსადეგი იყოს იმ პაციენტების შესაფასებლად, რომელთაც მუცლის შებერვა აქვთ.[47] 	<p>ნორმალური; ნაწლავების პათოლოგიური დამახასიათებელი სურათი მიუთითებს ობსტრუქციაზე</p>
<p>კოლონოსკოპია</p> <ul style="list-style-type: none"> სახელმძღვანელო რეკომენდაციას უწევს რუტინული კოლონოსკოპიის სანინალმდევოდ 45 წელზე უმცროსი IBS მქონე პაციენტებს საგანგაშო ნიშნების გარეშე, რომელიც მოიცავს: ჰემატოქეზიას(ნაწლავის იმემიური დაავადება); მელენა; უნებლიე წონის დაკარგვა; სიმპტომების გამოჩენის ხანდაზმული ასაკი (50 წელზე მეტი); ან ნაწლავის ანთებითი დაავადების, მსხვილი ნაწლავის კიბოს და სხვა მნიშვნელოვანი კუჭ-ნაწლავის დაავადების ოჯახური ისტორია.[39] საგანგაშო სიმპტომების მქონე პაციენტებში განსახილველია კოლონოსკოპია.[39] პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ IBS ეჭვი დიარეით, რომლებიც იმყოფებიან მიკროსკოპული კოლიტის მაღალი რისკის ქვეშ, ან ხანდაზმული ასაკი (60 წელზე მეტი), მდებარებითი სქესი და უფრო ინტენსიური დიარეა, არსებობს გარკვეული მტკიცებულებები, რომლებიც მხარს უჭერენ კოლონოსკოპიის გამოყენებას.[39] 	<p>ნორმალური; ლორწოვანის ანთება ან დანყლეულება მიუთითებს ნაწლავის ანთებით დაავადებაზე</p>

სეანგაიტი

ტესტი	შედეგი
<p>მიკროსკოპული კოლიტი ეჭვი ასევე უნდა გაჩნდეს, თუ პაციენტს არ აქვს მუცლის ტკივილი.</p>	
<p>დრეკადი სიგმოიდოსკოპია</p> <ul style="list-style-type: none"> • მოქნილ სიგმოიდოსკოპიას შეუძლია აღმოაჩინოს პათოლოგიური ლორწოვანი გარსი, რომელიც შეიძლება მიუთითებდეს ნაწლავის ანთებით დაავადებაზე, პოლიპებზე ან კარცინომაზე; თუმცა, გაიდლაინები არ უჭერს მხარს მის გამოყენებას IBS-ის დიაგნოზის დასადასტურებლად.[34] 	<p>ნორმალური; პათოლოგიური ლორწო მიუთითებს ნაწლავის ანთებით დაავადებაზე</p>

დიფერენციული დიაგნოზები

დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
კრონის დაავადება	<ul style="list-style-type: none"> შესაძლებელი გამოვლინდეს შემდეგი სიმპტომებით: დაღლილობა, დიარეა, მუცლის ტკივილი, წონის კლება, ცხელება და რექტული სისხლდენა. სხვა ნიშნები შეიძლება შეიცავდეს პირის ღრუს წყლულებს, პერიანალური კანის წარმონაქმნებს, ფისტულებს, აბსცესებს და ფისტულის არხებს; მუცლის ღრუს გამოკვლევამ შეიძლება გამოავლინოს პალპაციური მასა ილეოკეკალურ მიდამოში; არ არის მასა თითოთ რექტალური გამოკვლევის დროს. 	<ul style="list-style-type: none"> განავალის კულტურა, მიკროსკოპია და ანტიგენის ტესტირება: უარყოფითი. განავალის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე: დადებითი. კუჭ-ნაწლავის ტრექტის ზედა ნაწილისა და წვრილი ნაწლავის სერიები: ლორწოვანი გარსის ედემა და წყლულები სანათურის შევიწროებასთან და სტრექტურებთან ერთად. მუცლის კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული სკანირება/მაგნიტურ-რეზონანსული სკანირება: კეროვანი დაზიანებები, ნაწლავის კედლის შესქელება, ირგვლივი ანთება, აბსცესი, ფისტულები. კოლონოსკოპია: აფტოზური წყლულები, ჰიპერემია, შეშუპება, კვანძოვანი წარმონაქმნების სიხშირე, სეგმენტური დაზიანებები.
წყლულოვანი კოლიტი	<ul style="list-style-type: none"> პაციენტს შესაძლოა აღენიშნებოდეს სისხლიანი დიარეა, მუცლის ქვედა ნაწილის ტკივილის ანამნეზი, დეფეკაციის უეცარი მოთხოვნილება, ნაწლავის გარე გამოვლინებები (მაგ. კვანძოვანი ერითემა, ართროპათია) და პირველადი მასკლეროზებელი ქოლანგიტის ანამნეზი. სწორი ნაწლავის თითოთ გასინჯვისას წარმონაქმნი არ იკვეთება. 	<ul style="list-style-type: none"> განავალის კულტურა, მიკროსკოპია და ანტიგენის ტესტირება: უარყოფითი. ჰისტოლოგია: უწყვეტი დისტალური დაზიანება, მუცლის განლევა, ბაზალური პლასმაციტოზი, დიფუზური ლორწოვანი ატროფია, გრანულომების და anal sparing არარსებობა. კოლონოსკოპია: რექტალური ჩართულობა, გაგრძელები უნიფორმული ჩართულობა, ვასკულარული შეფერილობის დაკარგვა, დიფუზური ერითემა, ლორწოვანის მარცვლოვანება, ნორმალური ტერმინალური ილეუმი (ან პანკოლიტის დროს მსუბუქი რეფლექს-ილეიტი).
მიკროსკოპული კოლიტი	<ul style="list-style-type: none"> ქრონიკული წყლიანი, არასისხლიანი დიარეა. 	<ul style="list-style-type: none"> ილეოკოლონოსკოპია მარჯვენა და მარცხენა



დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
	<ul style="list-style-type: none"> • სხვა საერთო სიმპტომებს მიეკუთვნება ხშირი დეფეკაცია, განავლის შეუკავებლობა და ღამის განავალი • უფრო ხშირია 50 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში და ქალებში. 	<ul style="list-style-type: none"> • მსხვილი ნანლავის ბიოფსით: ადასტურებს დიაგნოზს.[48] მსხვილი ნანლავის ლორწოვან გარსს აქვს ნორმალური ან თითქმის ნორმალური შესახედაობა. • ბიოფსია: აჩვენებს კოლაგენურ კოლიტს (ანუ გასქელებული ქვეეპითელური კოლაგენური ზოლი ≥ 10 მიკრომეტრით (ნორმა < 5 მიკრომეტრი) ან ლიმფოციტური კოლიტი (ანუ ინტრაეპითელური ლიმფოციტების გაზრდილი რაოდენობა ≥ 20 100 მიკროჰელური უჯრედის ზედაპირზე (ნორმა < 5 მიკრომეტრი). ორივე ტიპი აჩვენებს გაზრდილ ანთებითი ინფილტრატს ლორწოვანი გარსის მემბრანაში.[48]
<p>გლუტენური დაავადება-ცელიაკია</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ცელიაკიის მქონე პაციენტებს როგორც წესი აქვთ წონის კლება. ფიზიკური შეფასება ჩვეულებრივ ნორმალურია. ცელიაკიის მქონე ზოგიერთ პაციენტს ექნება ადრეული ოსტეოპოროზი. 	<ul style="list-style-type: none"> • ძირითადი ლაბორატორიული ტესტები: შესაძლოა გამოვლინდეს რკინადეფიციტური ანემია, ან პროთრომბინის გახანგრძლივებული დრო, თუმცა ცელიაკიის მქონე ბევრ პაციენტს არ ექნებათ რუტინული ლაბორატორიული პათოლოგიები. • ანტი-ქსოვილოვანი ტრანსგლუტამინაზას ანტისხეულები შეიძლება გამოვლინდეს ცელიაკიის დროს.[44] ცელიაკიის დაავადებისას წერილი ნანლავის ბიოფსია იქნება პათოლოგიური ხაოების ნაწილობრივი ატროფიით.
<p>მსხვილი ნანლავის სიმსივნე</p>	<ul style="list-style-type: none"> • კოლინჯის კიბოს ზოგჯერ შეუძლია გამოიწვიოს დეფეკაციის ცვლილებები ყაბზობა ან უფრო ხშირად მცირე რაოდენობით განავალი. კოლინჯის კიბოს მქონე ზოგიერთ პაციენტს, მაგრამ არა ყველას ექნებათ განავალში სისხლი და 	<ul style="list-style-type: none"> • სისხლის საერთო ანალიზი: შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს რკინადეფიციტური ანემია. • განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე: შეიძლება იყოს დადებითი. • რაოდენობრივი ფეკალური იმუნოქიმიური ტესტი

დიაგნოზი

დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
	<p>რეტული კიბო შესაძლოა პალპირებადი იყოს სწორი ნაწლავის გასინჯვისას.</p>	<p>(FIT): გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევენ სასწრაფო გადაგზავნას მეორად სამედიცინო დახმარებაზე ≥ 10 მიკროგრამი ჰემოგლობინის/გ განავალზე FIT შეფასებისთვის.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ენდოსკოპია: გამოავლენს ავთვისებიან ზრდას; კოლინჯის კიბოს დიაგნოსტიკა შესაძლებელია კოლონოსკოპიით, მაშინ როცა სწორი ნაწლავის, სიგმოიდისა და დელმავალი კოლინჯის კიბოს ნახვა შესაძლებელია დრეკალი სიგმოიდოსკოპიით. • ბარიუმის ოცნა: მიუხედავად იმისა, რომ ენდოსკოპიაზე ნაკლებ სენსიტიურია, ბევრი კიბოს აღმოჩენა შესაძლებელი ჰყავრით კონტრასტული ბარიუმის ოცნის საშუალებით. • CT კოლონოგრაფია არის მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგის ერთ-ერთი მეთოდი.
<p>ნაწლავის ინფექციები</p>	<ul style="list-style-type: none"> • იმუნოკომპეტენტურ პაციენტებში ბაქტერიული და ვირუსული ინფექციების უმეტესობა მწვავე მიმდინარეობისაა. პარაზიტი Giardia lamblia შეიძლება დაკავშირებული იყოს დიარეასთან, გულისრევასთან და შებერილობასთან. ლამბლიოზი, ზოგჯერ, ინვევს სტეატორეას. 	<ul style="list-style-type: none"> • სკრინინგისთვის იყენებენ განავლის ანალიზს, რომელზეც შეიძლება გამოვლინდეს კვერცხები და პარაზიტები ან G lamblia-ს ანტიგენი. უნდა შემოწმდეს სხვადასხვა განავლის სინჯები.
<p>არა-ცელიაკური სენსიტიურობა გლუტენის მიმართ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • პაციენტებს აღენიშნებათ მუცლის შებერვა, მუცლის სპაზმური ტკივილები და დიარეა, რომელიც მსგავსია გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის დროს არსებული იმავე სიმპტომებისა. 	<ul style="list-style-type: none"> • გამოკვლევების, მათ შორის ქსოვილოვანი ტრანსგლუტამინაზას სანინალმდეგო ანტისხეულების ტესტის შედეგი უარყოფითია. • არ არსებობს ბიომარკერი. • პაციენტის სიმპტომები უმჯობესდება გლუტენისგან თავისუფალი დიეტის დროს,

სეგნალი

დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
ნალვლოვანი მუავების მალაბსორბცია	<ul style="list-style-type: none"> • პაციენტებს აქვთ პერსისტენტული დიარეა. კლინიკურად შეიძლება ვერ გაარჩიოთ დიარეით მიმდინარე გალიზიანიებული ნანლავის სინდრომისგან. გალიზიანიებული ნანლავის სინდრომის დიარეული ფორმის მქონე პაციენტების 25%-ზე მეტს ასევე აქვს ნალვლოვანი მუავების მალაბსორბცია.[30] 	<p>განსაკუთრებით ხორბლის ამოღების შემდეგ.[49]</p> <ul style="list-style-type: none"> • ტესტის შედეგი, რომელიც მიუთითებს ნალვლის მუავის მალაბსორბციაზე: განავალში ნალვლის მუავის მომატებული დონე 48-საათიანი განავლის სინჯებში; შრატში ფიბრობლასტის ზრდის ფაქტორი 19-ის შემცირებული შემცველობა; <15% დონეზე შენარჩუნებული 23-სელენო-25-ჰომოტაუროქოლის მუავა (SeHCAT) მიღებიდან 1 კვირის შემდეგ. • ნალვლის მუავას ბაინდერით ემპირიული საცდელი მკურნალობის ფონზე სიმპტომები უმჯობესდება.
წვრილ ნანლავეში ჭარბი ბაქტერიული ზრდა	<ul style="list-style-type: none"> • პაციენტს ანუხებს მუცლის შებერილობა, დიარეა და მუცლის სპაზმური ტკივილი. ანამნეზში შეიძლება გამოვლინდეს ნანლავის ანატომიის, მოტორიკისა და კუჭის მუავას სეკრეციის ცვლილებით მიმდინარე მდგომარეობები (მაგ. პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების გამოყენება ან ნანლავის ანატომიური პათოლოგიები, როგორცაა ფისტულა, დივერტიკული, ბრმა მარყუჟები ქირურგიული ჩარევის შემდეგ).[50] 	<ul style="list-style-type: none"> • წყალბადის სუნთქვის ტესტი მიუთითებს ბაქტერიების ჭარბი ზრდის შესახებ.

დიაგნოზი

კრიტერიუმები

რომის IV კრიტერიუმები[2] [3]

მუცლის განმეორებითი ტკივილი საშუალოდ სულ მცირე კვირაში 1 დღეს ბოლო 3 თვის განმავლობაში და ჩამოთვლილთაგან ორი ან მეტი კრიტერიუმი:

- დაკავშირებული დეფეკაციასთან
- დაკავშირებული განავალის სიხშირის ცვლილებასთან
- დაკავშირებული განავალის ფორმასთან (ვიზუალიზაცია)

Manning კრიტერიუმი[51]

მუცლის განმეორებითი ტკივილი და სულ მცირე ორი ჩამოთვლილი:

- დეფეკაციით ტკივილის შემსუბუქება
- ტკივილის გამოვლინებისას უფრო ხშირი განავალი
- ტკივილის გამოვლინებისას უფრო რბილი განავალი
- ხილული მუცლის შებერილობა
- სწორი ნანლავიდან ლორწოვანი გამონადენი
- არასრული დაცლის შეგრძნება.

მიდგომა

მკურნალობის მთავარი მიზანია სიმპტომების სიმძიმის შემცირება და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

ფარმაკოლოგიური თერაპია ხშირად გამოიყენება, გარდა ცხოვრების წესისა და კვების ცვლილებებისა. პლაცებო ეფექტი შეიძლება იყოს ძლიერი; ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტების მეოთხედზე მეტმა განიცადა გლობალური სიმპტომების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება მხოლოდ პლაცებოს მკურნალობით.[52]

ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

აუცილებელია პაციენტთან ჩამოაყალიბოთ ეფექტური ურთიერთობა, კომუნიკაცია. მნიშვნელოვანია დამშვიდება და ცნობიერების ამაღლება.

საწყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი. დიეტიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი საკვები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. სიმპტომების მონიტორინგი დღიურის მეშვეობით შესაძლოა დაგვეხმაროს მაპროვოცირებელი ნივთიერებებისა და ფაქტორების გამოსავლენად. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობოს მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთ-ერთ მიმოხილვაში ნათქვამია, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში, თუმცა მტკიცებულებათა სიზუსტე ძალიან დაბალი იყო.[54]

დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამოწვევა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნუტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

დაბალი-FODMAP (ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდები, დისაქარიდები, მონოსაქარიდები და პოლიპლები) დიეტა

რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიპლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტაში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცირებული როლი ითამაშოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკერძობების რისკის ქვეშ.[63] [64] ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა

ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა.

კლინიციკტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

ამ ტიპის შემზღვევით დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი გამოცდილი ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა ჩატარდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა აკონტროლოთ რეგისტრირებული დიეტოლოგი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

პრობიოტიკები

პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მუცლის შებერილობა და მეტეორიზმი, შეამსუბუქონ ტკივილი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი IBS-ის მქონე პაციენტებში.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, დიზაინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვევლობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

ყაბზობა ჭარბობს IBS (IBS-C)

ხსნადი ბოჭკო

თუ პაციენტი აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შერიის ქაქო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39][53] [55]

გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს ხსნადი ბოჭკოების დანერგვას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათანობით შეგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

ფეფქტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

ოსმოსური საფლარათო საშუალებები

ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია (AGA) ვარაუდობს, რომ პოლიეთილენ გლიკოლი (PEG) შეიძლება გამოყენებულ იქნას სპეციფიკური სიმპტომების შესამსუბუქებლად, ან როგორც დამხმარე თერაპია ყაბზობით IBS-ის სამკურნალოდ (IBS-C).[78] თუმცა გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის (ACG) გაიდლაინები ამას ეწინააღმდეგება, მტკიცებულების დაბალი სარწმუნეობის გამო, რომ PEG ამსუბუქებს მუცლის ტკივილს და, შესაბამისად, გლობალურ სიმპტომებს, პაციენტებში IBS-C.[39] ამიტომ ისინი გვიჩვენებენ არ გამოვიყენოთ მარტო PEG გლობალური IBS-C სიმპტომების სამკურნალოდ, თუმცა ისინი აღიარებენ, რომ კლინიკისტებს შეუძლიათ გამოიყენონ PEG როგორც შეკრულობის პირველი რიგის მკურნალობა IBS-ში, მისი დაბალი ფასისა და ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.[39]

სეკრეტაგოგები

ლუბიპროსტონი, ლინაკლოტიდი, პლეკანატიდი ან ტენაპანონი რეკომენდებულია მუდმივი ყაბზობის მქონე პაციენტებისთვის, სანყის საფლარათო საშუალებებით მკურნალობის მიუხედავად.[39][53] [78] ერთმა სისტემატიურმა მიმოხილვამ და ქსელურმა მეტა-ანალიზმა, რომელმაც გამოიკვლია ამ სეკრეტაგოგების შედარებითი ეფექტურობა 15 RCT-ში, დაადგინა, რომ ისინი ყველა აღემატება პლაცებოს.[79] ლინაკლოტიდი ყველაზე ეფექტური იყო ყაბზობის მოსახსნელად; პლეკანატიდი ყველაზე უსაფრთხო იყო.[79] ანალიზებს 12 კვირიან ვადაში მოპოვებულ მონაცემებს; გრძელვადიანი ეფექტები უცნობია.

ლინაკლოტიდი და პლეკანატიდი არის მინიმალურად შეწოვადი 14-ამინომუჟავის პეპტიდები, რომლებიც აკავშირებენ და აქტიურებენ გუანილატციკლაზა C რეცეპტორს ენტეროციტის მინისებურ ზედაპირზე. ეს იწვევს ციკლური გუანოზინ მონოფოსფატის (cGMP) დონის მატებას, რომელიც მეორადი მესენჯერია, და აძლიერებს ნაწლავში სითხის გამოყოფას.[80] პლეკანატიდი და ლინაკლოტიდი შედარებით ეფექტური, უსაფრთხოა და კარგად გადაიტანება.[39] [81] ღია რიგის ნამლის საერთო გვერდითი მოვლენაა.[53]

მკურნალობა ლუბიპროსტონით, ქლორიდის არხის 2 (CIC2) აქტივატორი, არის ალტერნატივა იმ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ყაბზობა უპირატესად IBS, რომლებიც ვერ იტანენ საფლარათო ან განავლის დამარბილებელ საშუალებებს, ან რომლებშიც ისინი არაეფექტურია.[39] [82] [83] ლუბიპროსტონი დამტკიცებულია აშშ-ს სურსათისა და წამლების ადმინისტრაციის (FDA) მიერ ყაბზობით IBS-ის სამკურნალოდ მხოლოდ ≥ 18 წელზე უფროსი ასაკის ქალებში. ფლარათი ლუბიპროსტონის ნაკლებად გავრცელებული გვერდითი ეფექტია, სხვა სეკრეტაგოგებთან შედარებით; თუმცა, პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია, რომ გულისრევა ასევე ხშირი გვერდითი მოვლენაა.[53]

Tenapanor, ნატრიუმ-პროტონის გადამცვლელის NHE3 ინჰიბიტორი, კიდევ ერთი ალტერნატივაა. ეფექტურია ყაბზობისა და IBS-ის სხვა გლობალური სიმპტომებისთვის, როგორცაა შებერილობა. როგორც ლინაკლოტიდისა და პლეკანატიდის შემთხვევაში, ღია რიგის გვერდითი მოვლენაა.[53]

ტეგასეროლი

ტეგასეროდი, სეროტონინ-4 (5HT-4) რეცეპტორის ნაწილობრივი აგონისტი, ადრე რეკომენდირებული იყო ზოგიერთ ქვეყანაში ყაბზობით IBS-ის სამკურნალოდ 65 წლამდე ასაკის ქალებში ≤ 1 გულ-სისხლძარღვთა რისკ-ფაქტორით, რომლებიც ადევკვატურად არ პასუხობდნენ სეკრეტაგოგებს.[39] Tegaserod თავდაპირველად ამოღებული იქნა აშშ-ს ბაზრიდან 2007 წელს გულ-სისხლძარღვთა მოვლენების გაზრდილი რისკის გამო. 2019 წელს, უსაფრთხოების მიმოხილვის საფუძველზე, FDA-მ დაამტკიცა ტეგასეროდის ხელახალი დანერგვა აშშ-ში. პრეპარატი არასოდეს ყოფილა დამტკიცებული ევროპის მედიკამენტების სააგენტოს მიერ.[84] [85] 2022 წლის განცხადების თანახმად, ტეგასეროდი კიდევ ერთხელ იქნა ამოღებული აშშ-ს ბაზრიდან 2022 წლის ივნისში; მოხსენებულია, რომ გაუქმება მოხდა კომერციული მიზეზების გამო და არა პროდუქტის უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის ან დანერგვის განხილვის გამო.[86] მწარმოებელმა განაცხადა, რომ პრეპარატი ხელმისაწვდომი იქნება აშშ-ს ბაზარზე არსებული მარაგის ამონურვამდე.

დიარეით მიმდინარე გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი

ანტიდიარეული საშუალებები

ლოპერამიდი და ოპიოიდური აგონისტები/ანტაგონისტები (მაგ., ელუქსადოლინი) სხვადასხვანაირად რეკომენდირებულია დიარეით უპირატესად IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის.[34] [39] [87]

ლოპერამიდი არის სინთეზური პერიფერიული ოპიოიდური აგონისტი. ის აფერხებს პერისტალტიკას და ანტიეკრეტორულ აქტივობას და ახანგრძლივებს ნაწლავის ტრანზიტის დროს ჰემატოენცეფალურ ბარიერში შეზღუდული შეღწევას.[87]

ACG და AGA ორივე აღნიშნავს, რომ ლოპერამიდი აუმჯობესებს დიარეას, მაგრამ არა გლობალურ IBS სიმპტომებს.[39] [87]

ელუქსადოლინი არის მინიმალურად აბსორბირებადი ოპიოიდური რეცეპტორების აგონისტი და ანტაგონისტი, რომელიც შეიქმნა მუცლის ტკივილისა და დიარეის შესამცირებლად პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ IBS უპირატესი დიარეით (IBS-D), ყაბზობის გვერდითი ეფექტების გარეშე.[88] კვლევებში მან აჩვენა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება განავლის თანმიმდევრულობასა და აქტუალობაში, მაგრამ ნაკლები ეფექტი მუცლის ტკივილზე. ამიტომ ის შეიძლება იყოს უფრო სასარგებლო პაციენტებში IBS-D-ით უპირატესი და პრობლემური დიარეით, ვიდრე მათში, რომლებსაც აქვთ უპირატესი ან უფრო ძლიერი მუცლის ტკივილი.[87] ელუქსადოლინი უკუნაჩვენებია პაციენტებში ნაღვლის ბუშტის გარეშე ან პაციენტებში, რომლებიც სვამენ დღეში 3-ზე მეტ ალკოჰოლურ სასმელს, პანკრეატიტის გაზრდილი რისკის გამო, რაც იწვევს ჰოსპიტალიზაციას ან სიკვდილს.[89]

კოლესტირამინი

ქოლესტირამინი შეიძლება უფრო ეფექტური იყოს, ვიდრე ლოპერამიდი პაციენტებში, რომელთაც ქოლესტირამინი ჩატარებული აქვთ. თუ არსებობს ჯგუფი ნაღვლის მუავათი გამოწვეულ დიარეაზე, მონოღებულია ქოლესტირამინის ცდა, ემპირიულად ან ტესტირების შემდეგ.[40]

ალოსეტრონი

ალოსეტრონი არის 5-HT₃ ანტაგონისტი; ნაჩვენებია, რომ ეს მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს სიმპტომებს IBS-D-ის მქონე პაციენტებში.[90] [91]

ალოსეტრონის ხელმისაწვდომობა შეიძლება შეზღუდოს უსაფრთხოების საკითხების გამო. იგი თავდაპირველად დამტკიცებული იყო FDA-ს მიერ 2000 წელს ქალებში IBS-D-ის სამკურნალოდ; თუმცა, იგი ნებაყოფლობით გაუქმდა სერიოზული გვერდითი მოვლენების, განსაკუთრებით იმემიური კოლიტისა და ყაბზობის სერიოზული გართულებების გამო.[87] [91] [92] იგი ხელახლა დაინერგა 2002

წელს, მაგრამ გამოყენება შეზღუდული იყო მძიმე IBS-D-ის სამკურნალოდ ქალებში რისკის მართვის პროგრამის ქვეშ. მიუხედავად იმისა, რომ ალოსეტრონის უსაფრთხოების რისკები ჯერ კიდევ არსებობს, FDA-მ შეწყვიტა რისკის მართვის პროგრამა. რეკომენდებულია პაციენტების კონსულტაცია ყაბზობისა და იშემიური კოლიტის სერიოზული გართულებების ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ. იშემიური კოლიტის ნიშნების ან სიმპტომების მქონე პაციენტებში რეკომენდებულია მკურნალობის დაუყოვნებლივ შეწყვეტა.

ალოსეტრონი რეკომენდებულია მხოლოდ ქალებში, რომელთაც აქვთ მძიმე, დიარეით მიმდინარე გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი; სიმპტომები 6 ან მეტი თვის განმავლობაში; გასტრონტესტინურ ტრაქტში არ ვლინდება ფიზიკური ან ბიოქიმიური დარღვევები, არ პასუხობენ სტანდარტულ თერაპიას.[39] [87] მძიმე სიმპტომები განისაზღვრება, როგორც 1 ან მეტი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან: ხშირი და ძლიერი მუცლის ტკივილი/დისკომფორტი, ნაწლავების ხშირი მოქმედება ან განავლის შეუკავებლობა და/ან ინვალიდობა ან ყოველდღიური საქმიანობის შეზღუდვა IBS-ის გამო.[87]

რიფაქსიმინი

რიფაქსიმინი, მინიმალურად აბსორბირებული ფართო სპექტრის პერორალური ანტიბიოტიკი, ნაჩვენებია, რომ ამცირებს გლობალურ სიმპტომებს, შებერილობას, მუცლის ტკივილს და თხიერ, წყლიან განავალს პაციენტებში IBS-ით შეკრულობის გარეშე.[72] [87][93] [94] [95] რიფაქსიმინი შეიძლება გამოყენებულ იქნას როგორც სანყის ან განმეორებითი მკურნალობა.[87] დამტკიცებულია აშშ სურსათისა და წამლის სააგენტოს მიერ, როგორც 14 დღიანი კურსი დიარეით მიმდინარე სინდრომის მქონე პაციენტებში. მორეციდივე სიმპტომებისთვის დამტკიცებულია სამ კურსამდე.

ტკივილი ან მუცლის შებერვა

ტკივილის მკურნალობის მრავალი ვარიანტი არსებობს, მათ შორის ცხოვრების წესის და დიეტური ცვლილებები.[96]

antispasmodics

სპაზმოლიზური საშუალებები შეიძლება განიხილებოდეს იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ ტკივილი ან შებერილობა.[34] [87] ისინი მოქმედებენ გლუვი კუნთების მოდუნების გზით, რითაც ამცირებენ ნაწლავის მოძრაობას. Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ დაადგინა, რომ პაციენტები, რომლებიც იღებენ სპაზმოლიტიკებს, აღენიშნებათ მნიშვნელოვნად უფრო დიდი გაუმჯობესება როგორც მუცლის ტკივილის, ასევე გლობალური IBS სიმპტომების დროს.[76] ინდივიდუალური ანტისპაზმოლიზური საშუალებების ეფექტის ინტერპრეტაცია რთული იყო, 12 სხვადასხვა პრეპარატის ჩართვისა და თითოეული წამლისთვის შეფასებული კვლევების მცირე რაოდენობის გამო. ასევე იყო მნიშვნელოვანი ცვალებადობა კვლევებს შორის დიაგნოსტიკურ და ჩართვის კრიტერიუმებთან, დოზირების რეჟიმთან და კვლევის საბოლოო შედეგებთან დაკავშირებით.[87]

მაღალი ხარისხის მტკიცებულებების არარსებობის გამო, ACG გაიდლაინები გვიჩვენებს არ გამოიყენოთ ანტისპაზმოლიზური, რომლებიც ამჟამად ხელმისაწვდომია აშშ-ში გლობალური IBS სიმპტომების სამკურნალოდ (დიციკლომინი და ჰიოსცინამინი). ისინი აღიარებენ, რომ არსებობს უფრო სარწმუნო მონაცემები, რომლებიც მხარს უჭერენ ალტერნატიული ანტისპაზმოლიზური საშუალებების გამოყენებას საერთაშორისო დონეზე.[39] AGA განსხვავდება მისი მითითებით და რეკომენდაციას უწევს ჰიოსცინამინს და დიციკლომინს.[78] [87]

ყველა სპაზმოლიზური აგენტი არ არის საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი; მაგალითად, არა-ანტიქოლინერგული მებევერინი და ალვერინი არ არის დამტკიცებული აშშ-ში გამოსაყენებლად. მებევერინს და ალვერინს სავარაუდოდ ანტიქოლინერგული საშუალებების მსგავსი ეფექტურობა აქვს გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სამართავად.

პიტნის ზეთს აქვს ანტისპაზმური თვისებები და რეკომენდებულია როგორც ACG, ასევე AGA-ს მიერ გლობალური IBS სიმპტომების შესამსუბუქებლად.[39] [78][87] ის ხელმისაწვდომია წვეთების ან ნაწლავში დაფარული მდგრადი გამოთავისუფლების ტაბლეტების სახით. მტკიცებულება არაერთგვაროვანია. ერთი მეტა-ანალიზის თანახმად, პიტნის ზეთი ამცირებს მუცლის ტკივილს და გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სიმპტომებს, შედარებით პლაცებოსთან.[97] თუმცა, შემდგომი რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევით (რომელშიც მარეგულირებელი სააგენტოს მიერ რეკომენდებული შედეგები იყო გამოკვლეული) პიტნის ზეთს არ აღმოაჩნდა მუცლის ტკივილის ან ზოგადი სიმპტომების შესამსუბუქებელი მნიშვნელოვანი ეფექტი.[98]

ანტიდეპრესანტები

თუ ტკივილი გრძელდება ანტისპაზმური საშუალებების მიუხედავად, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი (TCA), რომელიც გამოიყენება როგორც ნაწლავ-ტვინის ნეირომოდულატორი, შეიძლება სასარგებლო იყოს.[39] [78][87] [99] ითვლება, რომ TCA აუმჯობესებს ვისცერალურ და ცენტრალურ ტკივილს ნორადრენალინისა და დოფამინერგული რეცეპტორების მოქმედებით. მათ ასევე შეუძლიათ გააუმჯობესონ მუცლის ტკივილი მათი ანტიქოლინერგული ეფექტის გამო. უფრო მაღალი დოზებით მათ შეუძლიათ შეანელონ კუჭ-ნაწლავის პერისტალტიკა, რაც შეიძლება სასარგებლო იყოს გადაუდებელი და დიარეის მქონე პაციენტებში, მაგრამ პოტენციურად პრობლემური შეკრულობის მქონე პაციენტებში. მეორადი ამინის TCA-ები (მაგ., დეზიპრამინი და ნორტრიპტილინი) შეიძლება უკეთესად გადაიტანონ პაციენტებში ყაბზობით დომინანტური IBS-ით მათი დაბალი ანტიქოლინერგული ეფექტის გამო.[78] [87]

მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენები მოიცავს პირის და თვალის სიმშრალე, შარდის შეკავებას, გულის არითმიებს, სედაციას და ყაბზობას, ამიტომ საჭიროა პაციენტის ფრთხილად შერჩევა.[39] [87] TCA-ების სასარგებლო ეფექტები IBS სიმპტომებზე, როგორც ჩანს, დამოუკიდებელია დეპრესიაზე ზემოქმედებისგან და შესაძლოა რამდენიმე კვირა დასჭირდეს.[87]

სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორები (SSRIs) არ არის რეკომენდებული აშშ-ს გაიდლაინებში, მაღალი ხარისხის მტკიცებულებების ნაკლებობის გამო, რომ ისინი მნიშვნელოვნად აუმჯობესებენ გლობალურ სიმპტომებს ან მუცლის ტკივილს IBS-ის მქონე პაციენტებში.[39] [87]

ერთ მეტა-ანალიზში, ანტიდეპრესანტების კლასის ქვეჯგუფის ანალიზმა არ აღმოაჩინა მნიშვნელოვანი სარგებელი SSRI-სგან IBS და მუცლის ტკივილის მქონე პაციენტებში; როგორც ჩანს, სასარგებლო ეფექტი მუცლის ტკივილზე შემოიფარგლება მხოლოდ TCA-ებით.[100] AGA გაიდლაინებში აღნიშნულია, რომ ზოგიერთ პაციენტში, SSRI-ებმა შეიძლება გააუმჯობესონ IBS-ის საერთო სიმპტომებისა და კეთილდღეობის აღქმა კუჭ-ნაწლავის სიმპტომების, განწყობისა და ექსტრაინტესტინური სიმპტომების გაუმჯობესებით.[87] გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები განსხვავდება აშშ-ს გაიდლაინებისგან, რომლებიც გვირჩევენ, რომ SSRI-ები შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც TCA-ის ალტერნატივა IBS-ის გლობალური სიმპტომების სამკურნალოდ.[53]

ფსიქოლოგიური თერაპიები

პაციენტებს, რომლებიც არ რეაგირებენ ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე, შეიძლება დასჭირდეთ მიმართვა უფრო ინტენსიური ფსიქოლოგიური მკურნალობისა და დახმარებისთვის.[34] IBS-ის ფსიქოლოგიური თერაპიის RCT-ების ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ თერაპიის რამდენიმე ტიპი უფრო ეფექტური იყო, ვიდრე საკონტროლო ინტერვენციები. თუმცა, ყველაზე დამატარებელი მტკიცებულება, რომელიც დაფუძნებულია კვლევების რაოდენობაზე და გრძელვადიან შედეგებზე, იყო IBS-სპეციფიკური კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) და ნაწლავის მიმართული ჰიპნოთერაპია.[101] ორივე რეკომენდირებულია აშშ-სა და დიდი ბრიტანეთის გაიდლაინებში; გაერთიანებული სამეფოს ჯანმრთელობისა და ზრუნვის ბრწყინვალეების ეროვნული ინსტიტუტის (NICE) გაიდლაინები

განსაზღვრავს მათ როლს, როდესაც სიმპტომები არ გაუმჯობესდა ფარმაკოლოგიური მკურნალობის 12 თვის შემდეგ, ხოლო ACG გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევს მათ გამოყენებას სხვა IBS თერაპიასთან ერთად პაციენტებისთვის, რომლებიც ემოციურად სტაბილური არიან, მაგრამ ავლენენ კოგნიტურ უნარებს. - IBS-ის ეფექტური მძღოლები.[34] [39]

ტკივილთან დაკავშირებული სიმპტომების მქონე პაციენტებისთვის შეიძლება საჭირო გახდეს ტკივილის სპეციალისტთან ან კლინიკაში გადაგზავნა.

გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი ნაწლავის ინფექციის შემდეგ

ინფექციის შემდგომი სინდრომის სამკურნალოდ კონკრეტული თერაპია არ არსებობს. მკურნალობა შეიძლება წამყვანი სიმპტომების მიხედვით, რომელიც ძირითადად დიარეული ან შერეული ფორმაა.[102]

მკურნალობის ალგორითმის მიმოხილვა

მიაქციეთ ყურადღება, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების დასახელების და ბრენდების, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის

მიხედვით. მკურნალობის შესახებ რეკომენდაციები სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს: [ob](#).
[განმარტება](#)

მიმდინარე		(შეჯამება)
ყაბზობით წარმართული		
<ul style="list-style-type: none"> ■ ტკივილი ან შებერილობა არ ჭარბობს 	1-ლი	ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
	დამატებით	საფალარათო საშუალება
	მე-2	ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
	დამატებით	სეკრეტაგოგები
	მე-3	ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
	<ul style="list-style-type: none"> ■ ჭარბობს ტკივილი ან შებერილობის დროს 	1-ლი
დამატებით		საფალარათო საშუალება
დამატებით		სპაზმის სანინალმდგეო საშუალებები
მე-2		ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
დამატებით		ანტიდეპრესანტი
დამატებით		სეკრეტაგოგები
დამატებით		ფსიქოლოგიური თერაპიები
მე-3		ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
დამატებით		ანტიდეპრესანტი
დამატებით		ფსიქოლოგიური თერაპიები
დიარეათი წარმართული		
<ul style="list-style-type: none"> ■ ტკივილი ან შებერილობა არ ჭარბობს 	1-ლი	ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
	დამატებით	ანტიდიარეული
<ul style="list-style-type: none"> ■ ჭარბობს ტკივილი ან შებერილობა 	1-ლი	ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
	დამატებით	ანტიდიარეული
	დამატებით	სპაზმის სანინალმდგეო საშუალებები
	მე-2	ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
	დამატებით	ანტიდეპრესანტი
	დამატებით	ფსიქოლოგიური თერაპიები
ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა		

მიმდინარე		(შეჯამება)
■ ტკივილი ან შებერილობა არ ჭარბობს	1-ლი	ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
	დამატებით	საფლარათო საშუალება
	დამატებით	ლოპერამიდი
■ ჭარბობს ტკივილი ან შებერილობა	1-ლი	ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
	დამატებით	სპაზმის სანინალმდგეო საშუალებები
	დამატებით	საფლარათო საშუალება
	დამატებით	ლოპერამიდი
	მე-2	ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
	დამატებით	ანტიდეპრესანტი
	დამატებით	ფსიქოლოგიური თერაპიები

მკურნალობის ალგორითმი

მიაქციეთ ყურადღება, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების დასახელების და ბრენდების, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის

მიხედვით. მკურნალობის შესახებ რეკომენდაციები სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს: [ob](#).
[განმარტება](#)

მიმდინარე

ყაბზობით წარმართული

■ ტკივილი ან შებერილობა არ ჭარბობს

1-ლი

ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.

» სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.

» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობის მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]

» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამონევე ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნუტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლოზების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია,

მიმდინარე

რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტაში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცაციული როლი ითამაშოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკრობიოტის რისკის ქვეშ.[63] [64]

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიკისტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP

მიმდინარე

საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შვრიის ქათო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვირჩევს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მეტეორიზმი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, დიზაინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვეველობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

მიმდინარე

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

დამატებით

სათვალისწინებელი საშუალება

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია ვარაუდობს, რომ პოლიეთილენ გლიკოლი (PEG) შეიძლება გამოყენებულ იქნას სპეციფიკური სიმპტომების შესამსუბუქებლად, ან როგორც დამხმარე თერაპია ყაბზობით IBS-ის სამკურნალოდ (IBS-C).[78]

გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის გაიდლაინები ენიშნავენ იმას, თუმცა მოჰყავს მტკიცებულების ნაკლებობა იმისა, რომ PEG ამსუბუქებს მუცლის ტკივილს და, შესაბამისად, გლობალურ სიმპტომებს, პაციენტებში IBS-C.[39] ამიტომ ისინი გვიჩვენებენ არ გამოვიყენოთ მარტო PEG გლობალური IBS-C სიმპტომების სამკურნალოდ, თუმცა ისინი აღიარებენ, რომ კლინიკისტებს შეუძლიათ გამოიყენონ PEG როგორც შეკრულობის პირველი რიგის მკურნალობა IBS-ში, მისი დაბალი ფასისა და ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.[39]

მე-2

ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.

» სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.

» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორიცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებენ, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობის მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევენ ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]

მიმდინარე

» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამოწვევა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნუტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტაში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცაციული როლი ითამამოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკრობიოტის რისკის ქვეშ.[63] [64]

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები უსუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შეზღუდვებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს

მიმდინარე

პრობლემა. კლინიკისთვის უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შვრიის ქათო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

მიმდინარე

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მეტეორიზმი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, დიზაინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვევლობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

დამატებით სეკრეტაგოგები

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **ლუბიპროსტონი:** ქალები: 8 მიკროგრამი პერორალურად, დღეში ორჯერ

ან

» **ლინაკლოტიდი:** 290 მიკროგრამი პერორალურად დღეში ერთხელ

ან

» **პლევკანატიდი:** 3 მგ პერორალურად, დღეში ერთხელ

ან

» **ტენაპანორი:** 50 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ

მიმდინარე

» ლუბიპროსტონი, ლინაკლოტიდი, პლევკანატიდი ან ტენაპანორი არის სეკრეტოგოგები, რომლებიც რეკომენდებულია მუდმივი ყაბზობის მქონე პაციენტებისთვის, სანცისი საფლარათო საშუალებებით მკურნალობის მიუხედავად.[39][53] [78]

» ერთმა სისტემატურმა მიმოხილვამ და ქსელის მეტა-ანალიზმა, რომელიც შეისწავლა ამ სეკრეტოგოგების ფარდობითი ეფექტურობა 18 რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევაში, დაადგინა, რომ ისინი ყველა აღმატებოდა პლაცებოს.[79] ლინაკლოტიდი ყველაზე ეფექტური იყო ყაბზობის მოსახსნელად; პლევკანატიდი ყველაზე უსაფრთხო იყო.[79] აანალიზებს 12 კვირიან ვადაში მოპოვებულ მონაცემებს; გრძელვადიანი ეფექტები უცნობია.

» ლინაკლოტიდი და პლევკანატიდი არის მინიმალურად შეწოვადი 14-ამინომუჟავის პეპტიდები, რომლებიც აკავშირებენ და ააქტიურებენ გუანილატციკლაზა C რეცეპტორს ენტეროციტის მინისებურ ზედაპირზე. ეს ინვევს ციკლური გუანოზინ მონოფოსფატის (cGMP) დონის მატებას, რომელიც მეორადი მესენჯერია, და აძლიერებს ნაწლავში სითხის გამოყოფას.[80] პლევკანატიდი და ლინაკლოტიდი შედარებით ეფექტური, უსაფრთხოა და კარგად გადაიტანება.[39] [81] ღიარეა ორივე ამ მედიკამენტის საერთო გვერდითი მოვლენაა.[53]

» მკურნალობა ლუბიპროსტონით, ქლორიდის არხის 2 (CIC2) აქტივატორი, არის ალტერნატივა იმ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ყაბზობა უპირატესად IBS, რომლებიც ვერ იტანენ საფლარათო ან განავლის დამარბილებელ საშუალებებს, ან რომლებშიც ისინი არაეფექტურია.[39] [82] [83] ლუბიპროსტონი დამტკიცებულია აშშ-ს სურსათისა და წამლების ადმინისტრაციის (FDA) მიერ ყაბზობით მიმდინარე IBS-ის სამკურნალოდ მხოლოდ ≥ 18 წელზე უფროსი ასაკის ქალებში. ფლარათი ლუბიპროსტონის ნაკლებად გავრცელებული გვერდითი ეფექტია, სხვა სეკრეტოგოგებთან შედარებით; თუმცა, პაციენტებს უნდა მიენოდოთ ინფორმაცია, რომ გულისრევა ასევე ხშირი გვერდითი მოვლენაა.[53]

» Tenapanor, ნატრიუმ-პროტონის გამამცვლელის NHE3 ინჰიბიტორი, კიდევ ერთი ალტერნატივაა. ეფექტურია ყაბზობისა და IBS-ის სხვა გლობალური სიმპტომებისთვის, როგორცაა შებერილობა. როგორც ლინაკლოტიდისა და პლევკანატიდის შემთხვევაში, ღიარეა გვერდითი მოვლენაა.[53]

მე-3

ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

BMJ Best Practice-ის ამ თემის PDF ვერსია ეფუძნება ვებ ვერსიას. ბოლო განახლება: Nov 01, 2023.
 BMJ Best Practice თემები რეგულარულად ახლდება და ყველაზე ახალი ვერსია იხილეთ-
bestpractice.bmj.com. ამ მასალის გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს განმარტებას (. ამ მასალის
 გამოყენება ექვემდებარება ჩვენს). © BMJ Publishing Group Ltd 2024 ყველა უფლება დაცულია.



მიმდინარე

» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.

» სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.

» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობის მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]

» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამონეგვა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნეტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტაში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცაციული როლი ითამამოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

მიმდინარე

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკერძობების რისკის ქვეშ.[63] [64]

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიკისტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს

მიმდინარე

პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შვრიის ქატო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვირჩევს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მეტეორიზმი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, დიზაინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვეველობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვირჩევს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

მიმდინარე

ჭარბობს ტკივილით ან შებერილობის დროს

1-ლი

ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.

» სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.

» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობოს მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]

» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამონწვევა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნუტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნანლაავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნანლაავის მიკრობიოტაში და მნიშვნელოვნად

მიმდინარე

ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოკაციული როლი ითამაშოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათშიორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკერძობის რისკის ქვეშ.[63] [64]

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიკისტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოთ კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და

მიმდინარე

იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადაგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შვრიის ქატო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მუცლის შებერილობა და მეტეორიზმი, შეამსუბუქონ ტკივილი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, დიზაინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვეველობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული დოზით

მიმდინარე

და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

დამატებით საფარულად საშუალება

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» ამერიკული გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია ვარაუდობს, რომ პოლიეთილენ გლიკოლი (PEG) შეიძლება გამოყენებულ იქნას სპეციფიკური სიმპტომების შესამსუბუქებლად, ან როგორც დამხმარე თერაპია ყაბზობით IBS-ის სიმპტომების სამკურნალოდ (IBS-C).[78] თუმცა გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის (ACG) გაიდლაინები ამას ეწინააღმდეგება, მტკიცებულების დაბალი სარწმუნეობის გამო, რომ PEG ამსუბუქებს მუცლის ტკივილს და, შესაბამისად, გლობალურ სიმპტომებს, პაციენტებში IBS-C.[39] ამიტომ ისინი გვირჩევენ არ გამოვიყენოთ მართლ PEG გლობალური IBS-C სიმპტომების სამკურნალოდ, თუმცა ისინი აღიარებენ, რომ კლინიკისტებს შეუძლიათ გამოიყენონ PEG როგორც შეკრულობის პირველი რიგის მკურნალობა IBS-ში, მისი დაბალი ფასისა და ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.[39]

დამატებით სპაზმის სანინალმდგეო საშუალებები

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **დიციკლოვერინი:** 10-20 მგ პერორალურად დღეში სამჯერ საჭიროებისამებრ

ან

» **ჰოსციამინი:** 0.125დან - 0.25 მგ პერორალურად/ენისქვეშ დღეში სამ-ოთხჯერ საჭიროებისამებრ, მაქსიმუმია 1.5 მგ/დღეში

ან

» **პიტინის ზეთი:** იხილეთ ლიტერატურა დოზირებასთან დაკავშირებით.

» სპაზმოლიზური საშუალებები შეიძლება განიხილებოდეს იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ ტკივილი ან შებერილობა.[34] [87] ისინი მოქმედებენ გლუვი კუნთების მოღუნების გზით, რითაც ამცირებენ ნაწილის მოძრაობას. Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ დაადგინა, რომ პაციენტები, რომლებიც იღებენ სპაზმოლიტიკებს, აღენიშნებათ მნიშვნელოვნად უფრო ღიდი გაუმჯობესება როგორც მუცლის

მიმდინარე

ტკივილის, ასევე გლობალური IBS სიმპტომების დროს.[76] ინდივიდუალური ანტისპაზმური საშუალებების ეფექტის ინტერპრეტაცია რთული იყო, 12 სხვადასხვა პრეპარატის ჩართვისა და თითოეული წამლისთვის შეფასებული კვლევების მცირე რაოდენობის გამო. ასევე იყო მნიშვნელოვანი ცვალებადობა კვლევებს შორის ღიაგნოსტიკურ და ჩართვის კრიტერიუმებთან, დოზირების რეჟიმთან და კვლევის საბოლოო შედეგებთან დაკავშირებით.[87]

» მაღალი ხარისხის მტკიცებულებების არარსებობის გამო, გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის (ACG) გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევს ანტისპაზმური საშუალებების გამოყენებას, რომლებიც ამჟამად ხელმისაწვდომია აშშ-ში გლობალური IBS სიმპტომების სამკურნალოდ (დიციკლომინი და ჰიოსცინამინი). ისინი აღიარებენ, რომ არსებობს უფრო სარწმუნო მონაცემები, რომლებიც მხარს უჭერენ ალტერნატიული ანტისპაზმური საშუალებების გამოყენებას საერთაშორისო დონეზე.[39] ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია (AGA) განსხვავდება თავისი მითითებით და რეკომენდაციას უწევს ჰიოსცინამინს და დიციკლომინს.[78] [87]

» ყველა სპაზმოლიზური აგენტი არ არის საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი; მაგალითად, არა-ანტიქოლინერგული მეგევერინი და ალვერინი არ არის დამტკიცებული აშშ-ში გამოსაყენებლად. მეგევერინს და ალვერინს სავარაუდოდ ანტიქოლინერგული საშუალებების მსგავსი ეფექტურობა აქვს გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სამართავად.

» პიტნის ზეთს აქვს ანტისპაზმური თვისებები და რეკომენდებულია როგორც ACG, ასევე AGA-ს მიერ გლობალური IBS სიმპტომების შესამსუბუქებლად.[39][78] [87] ის ხელმისაწვდომია წვეთების ან ნაწლავში დაფარული მდგრადი გამოთავისუფლების ტაბლეტების სახით. მტკიცებულება არაერთგვაროვანია. ერთი მეტა-ანალიზის თანახმად, პიტნის ზეთი ამცირებს მუცლის ტკივილს და გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სიმპტომებს, შედარებით პლაცებოსთან.[97] თუმცა, შემდგომი რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევით (რომელშიც მარეგულირებელი სააგენტოს მიერ რეკომენდებული შედეგები იყო გამოკვლეული) პიტნის ზეთს არ აღმოაჩნდა მუცლის ტკივილის ან ზოგადი სიმპტომების შემამსუბუქებელი მნიშვნელოვანი ეფექტი.[98]

მე-2 ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

მიმდინარე

» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.

» სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.

» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობის მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]

» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამონეგვა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნეტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტაში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცაციული როლი ითამაშოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

მიმდინარე

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკერძობების რისკის ქვეშ.[63] [64]

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიკისტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს

მიმდინარე

პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადაგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შვრიის ქატო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მუცლის შებერილობა და მეტეორიზმი, შეამსუბუქონ ტკივილი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, დიზაინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვეველობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

მიმდინარე

დამატებით ანტიდეპრესანტი

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **ამიტრიპტილინი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზა თანდათან გაზარდეთ პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 100 მგ/დღეში

ან

» **ნორტრიპტილინი:** 10-25 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზის გაზრდა თანდათანობით პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 75 მგ/დღეში

ან

» **დესიპრამინი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზა თანდათან გაზარდეთ პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 100 მგ/დღეში

მეორეული ვარიანტები

» **პაროქსეტინი:** 20-40 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ

ან

» **ციტალოპრამი:** 20-40 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ

» თუ ტკივილი გრძელდება ანტიპაზიმური საშუალებების მიუხედავად, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი (TCA), როგორცაა ამიტრიპტილინი, ნორტრიპტილინი ან დეზიპრამინი, რომელიც გამოიყენება ნაწლავ-ტვინის ნეირომოდულატორის სახით, შეიძლება სასარგებლო იყოს.^{[39][78] [87] [99]} ითვლება, რომ TCA აუმჯობესებს ვისცერალურ და ცენტრალურ ტკივილს ნორადრენალინისა და დოფამინერგული რეცეპტორების მოქმედებით. მათ ასევე შეუძლიათ გააუმჯობესონ მუცლის ტკივილი მათი ანტიქოლინერგული ეფექტის გამო. უფრო მაღალი დოზებით მათ შეუძლიათ შეანელონ კუჭ-ნაწლავის პერისტალტიკა, რაც შეიძლება სასარგებლო იყოს გადაუდებელი და დიარეის მქონე პაციენტებში, მაგრამ პოტენციურად პრობლემური შეკრულობის მქონე პაციენტებში. მეორადი ამინის TCA-ები (მაგ., დეზიპრამინი და ნორტრიპტილინი) შეიძლება უკეთესად გადაიტანონ პაციენტებში

მიმდინარე

ყაბზობით დომინანტური IBS-ით მათი დაბალი ანტიცილოლინერგული ეფექტის გამო.[78] [87] მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენები მოიცავს პირის და თვალების სიმშრალეს , შარდის შეკავებას, გულის არითმიას, სედაციას და ყაბზობას, ამიტომ საჭიროა პაციენტის ფრთხილად შერჩევა.[39] [87] TCA-ების სასარგებლო ეფექტები IBS სიმპტომებზე, როგორც ჩანს, დამოუკიდებელია დეპრესიაზე ზემოქმედებისგან და შესაძლოა რამდენიმე კვირა დასჭირდეს.[87]

» სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორები (SSRIs) არ არის რეკომენდებული აშშ-ს გაიდლაინებში, მაღალი ხარისხის მტკიცებულების ნაკლებობის გამო, რომ ისინი მნიშვნელოვნად აუმჯობესებენ გლობალურ სიმპტომებს ან მუცლის ტკივილს IBS-ის მქონე პაციენტებში.[39] [87] ერთ მეტა-ანალიზში, ანტიდეპრესანტების კლასის ქვეჯგუფის ანალიზმა არ გამოავლინა მნიშვნელოვანი სარგებელი SSRI-სგან IBS და მუცლის ტკივილის მქონე პაციენტებში; როგორც ჩანს, სასარგებლო ეფექტი მუცლის ტკივილზე შემოიფარგლება მხოლოდ TCA-ებით.[100] ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაციის გაიდლაინები აღნიშნავენ, რომ ზოგიერთ პაციენტში, თუმცა, SSRI-ებმა შეიძლება გააუმჯობესონ IBS-ის საერთო სიმპტომებისა და კეთილდღეობის აღქმა კუჭ-ნაწლავის სიმპტომების, განწყობისა და ექსტრაინტესტინალური სიმპტომების გაუმჯობესებით.[87] გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები განსხვავდება აშშ-ს გაიდლაინებისგან, რომლებიც გვირჩევენ, რომ SSRI-ები შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც TCA-ის ალტერნატივა IBS-ის გლობალური სიმპტომების სამკურნალოდ.[53]

» მკურნალობა უნდა დაიწყოს დაბალი დოზებით და თანდათან მოხდეს ტიტრაცია რეაქციისა და ტოლერანტობის მიხედვით.

დამატებით სეკრეტაგოგები

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **ლუბიპროსტონი:** ქალები: 8 მიკროგრამი პერორალურად, დღეში ორჯერ

ან

» **ლინაკლოტიდი:** 290 მიკროგრამი პერორალურად დღეში ერთხელ

ან

მიმდინარე

» **პლევანატიდი:** 3 მგ პერორალურად, დღეში ერთხელ

ან

» **ტენაპანორი:** 50 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ

» ლუბიპროსტონი, ლინაკლოტიდი, პლევანატიდი ან ტენაპანორი არის სეკრეტოგოგები, რომლებიც რეკომენდებულია მუდმივი ყაბზობის მქონე პაციენტებისთვის, სანყისი საფლარათო საშუალებებით მკურნალობის მიუხედავად.[39][53] [78]

» ერთმა სისტემატურმა მიმოხილვამ და ქსელის მეტა-ანალიზმა, რომელიც შეისწავლა ამ სეკრეტოგოგების ფარდობითი ეფექტურობა 18 რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევაში, დაადგინა, რომ ისინი ყველა აღმატებოდა პლაცებოს.[79] ლინაკლოტიდი ყველაზე ეფექტური იყო ყაბზობის მოსახსნელად; პლევანატიდი ყველაზე უსაფრთხო იყო.[79] აანალიზებს 12 კვირიან ვადაში მოპოვებულ მონაცემებს; გრძელვადიანი ეფექტები უცნობია.

» ლინაკლოტიდი და პლევანატიდი არის მინიმალურად შენოვადი 14-ამინომუჟავის პეპტიდები, რომლებიც აკავშირებენ და ააქტიურებენ გუანილატციკლაზა C რეცეპტორს ენტეროციტის მინისებურ ზედაპირზე. ეს ინვეს ციკლური გუანოზინ მონოფოსფატის (cGMP) დონის მატებას, რომელიც მეორადი მესენჯერია, და აძლიერებს ნაწლავში სითხის გამოყოფას.[80] პლევანატიდი და ლინაკლოტიდი შედარებით ეფექტური, უსაფრთხოა და კარგად გადაიტანება.[39] [81] დიარეა ორივე ამ მედიკამენტის საერთო გვერდითი მოვლენაა.[53]

» მკურნალობა ლუბიპროსტონით, ქლორიდის არხის 2 (CIC2) აქტივატორი, არის ალტერნატივა იმ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ ყაბზობა უპირატესად IBS, რომლებიც ვერ იტანენ საფლარათო ან განავლის დამარბილებელ საშუალებებს, ან რომლებშიც ისინი არაეფექტურია.[39] [82] [83] ლუბიპროსტონი დამტკიცებულია აშშ-ს სურსათისა და წამლების ადმინისტრაციის (FDA) მიერ ყაბზობით მიმდინარე IBS-ის სამკურნალოდ მხოლოდ ≥ 18 წელზე უფროსი ასაკის ქალებში. ფლარათი ლუბიპროსტონის ნაკლებად გავრცელებული გვერდითი ეფექტია, სხვა სეკრეტოგოგებთან შედარებით; თუმცა, პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია, რომ გულისრევა ასევე ხშირი გვერდითი მოვლენაა.[53]

მიმდინარე

» Tenapanor, ნატრიუმ-პროტონის გადამცვლელის NHE3 ინჰიბიტორი, კიდევ ერთი ალტერნატივაა. ეფექტურია ყაბზობისა და IBS-ის სხვა გლობალური სიმპტომებისთვის, როგორცაა შებერილობა. როგორც ლინაკლოტიდისა და პლევანატიდის შემთხვევაში, ღიარეა გვერდითი მოვლენაა.[53]

დამატებით

ფსიქოლოგიური თერაპიები მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» პაციენტებს, რომლებიც არ რეაგირებენ ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე, შეიძლება დასჭირდეთ მიმართვა უფრო ინტენსიური ფსიქოლოგიური მკურნალობისა და დახმარებისთვის.[34] IBS-სთვის ფსიქოლოგიური თერაპიის რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ თერაპიის რამდენიმე ტიპი უფრო ეფექტური იყო, ვიდრე საკონტროლო ინტერვენციები. თუმცა, ყველაზე დამაჯერებელი მტკიცებულება, რომელიც დაფუძნებულია კვლევების რაოდენობაზე და გრძელვადიან შედეგებზე, იყო IBS-სპეციფიკური კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) და ნაწლავის მიმართული ჰიპნოთერაპია.[101] ორივე რეკომენდირებულია აშშ-სა და დიდი ბრიტანეთის გაიდლაინებში; გაერთიანებული სამეფოს ჯანმრთელობისა და ზრუნვის ბრწყინვალეების გაიდლაინები განსაზღვრავს მათ როლს, როდესაც სიმპტომები არ გაუმჯობესდა ფარმაკოლოგიური მკურნალობის 12 თვის შემდეგ, მაშინ როდესაც გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევენ მათ გამოყენებას სხვა IBS თერაპიასთან ერთად პაციენტებისთვის, რომლებიც ემოციურად სტაბილურები არიან, მაგრამ ავლენენ კოგნიტურ უნარებს. - IBS-ის ეფექტური მძღოლები.[34] [39]

მე-3

ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.

» სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.

მართვა

მიმდინარე

» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობოს მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]

» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამონეგვა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნუტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტაში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცაციული როლი ითამაშოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკრობიოტის რისკის ქვეშ.[63] [64]

მიმდინარე

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შეზღუდვის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიკისტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შემზღვევა დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის,

მიმდინარე

RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტეინო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შვრიის ქატო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვირჩევს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მუცლის შებერილობა და მეტეორიზმი, შეამსუბუქონ ტკივილი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, დიზაინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვევლობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვირჩევს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

დამატებით ანტიდებრესანტი

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **ამიტრიპტილინი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზა

მიმდინარე

თანდათან გაზარდეთ პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 100 მგ/დღეში

ან

» **ნორტრიპტილინი:** 10-25 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზის გაზრდა თანდათანობით პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 75 მგ/დღეში

ან

» **დესიპრამინი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზა თანდათან გაზარდეთ პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 100 მგ/დღეში

მეორეული ვარიანტები

» **პაროქსეტინი:** 20-40 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ

ან

» **ციტალოპრამი:** 20-40 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ

» თუ ტკივილი გრძელდება ანტისპაზმური საშუალებების მიუხედავად, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი (TCA), როგორცაა ამიტრიპტილინი, ნორტრიპტილინი ან ღებიპრამინი, რომელიც გამოიყენება ნაწლავ-ტვინის ნეირომოდულატორის სახით, შეიძლება სასარგებლო იყოს.[39] [78][87][99] ითვლება, რომ TCA აუმჯობესებს ვისცერალურ და ცენტრალურ ტკივილს ნორადრენალინისა და დოფამინერგული რეცეპტორების მოქმედებით. მათ ასევე შეუძლიათ გააუმჯობესონ მუცლის ტკივილი მათი ანტიქოლინერგული ეფექტის გამო. უფრო მაღალი დოზებით მათ შეუძლიათ შეანელონ კუჭ-ნაწლავის პერისტალტიკა, რაც შეიძლება სასარგებლო იყოს გადაუდებელი და ღიარის მქონე პაციენტებში, მაგრამ პოტენციურად პრობლემური შეკრულობის მქონე პაციენტებში. მეორადი ამინის TCA-ები (მაგ., ღებიპრამინი და ნორტრიპტილინი) შეიძლება უკეთესად გადაიტანონ პაციენტებში ყაბზობით დომინანტური IBS-ით მათი დაბალი ანტიქოლინერგული ეფექტის გამო.[78] [87] მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენები მოიცავს პირის და თვალების სიმშრალეს, შარდის შეკავებას, გულის არითმიას, სედაციას და ყაბზობას, ამიტომ საჭიროა პაციენტის ფრთხილად შერჩევა.[39] [87] TCA-ების სასარგებლო ეფექტები IBS სიმპტომებზე,

მიმდინარე

როგორც ჩანს, დამოუკიდებელი დეპრესიაზე ზემოქმედებისგან და შესაძლოა რამდენიმე კვირა დასჭირდეს.[87]

» სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორები (SSRIs) არ არის რეკომენდებული აშშ-ს გაიდლაინებში, მაღალი ხარისხის მტკიცებულების ნაკლებობის გამო, რომ ისინი მნიშვნელოვნად აუმჯობესებენ გლობალურ სიმპტომებს ან მუცლის ტკივილს IBS-ის მქონე პაციენტებში.[39] [87] ერთ მეტა-ანალიზში, ანტიდეპრესანტების კლასის ქვეჯგუფის ანალიზმა არ გამოავლინა მნიშვნელოვანი სარგებელი SSRI-სგან IBS და მუცლის ტკივილის მქონე პაციენტებში; როგორც ჩანს, სასარგებლო ეფექტი მუცლის ტკივილზე შემოიფარგლება მხოლოდ TCA-ებით.[100] ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაციის გაიდლაინები აღნიშნავენ, რომ ზოგიერთ პაციენტში, თუმცა, SSRI-ებმა შეიძლება გააუმჯობესონ IBS-ის საერთო სიმპტომებისა და კეთილდღეობის აღქმა კუჭ-ნაწლავის სიმპტომების, განწყობისა და ფესტრანტესტინალური სიმპტომების გაუმჯობესებით.[87] გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები განსხვავდება აშშ-ს გაიდლაინებისგან, რომლებიც გვირჩევენ, რომ SSRI-ები შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც TCA-ის ალტერნატივა IBS-ის გლობალური სიმპტომების სამკურნალოდ.[53]

» მკურნალობა უნდა დაიწყოს დაბალი დოზებით და თანდათან მოხდეს ტიტრაცია რეაქციისა და ტოლერანტობის მიხედვით.

დამატებით ფსიქოლოგიური თერაპიები

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» პაციენტებს, რომლებიც არ რეაგირებენ ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე, შეიძლება დასჭირდეთ მიმართვა უფრო ინტენსიური ფსიქოლოგიური მკურნალობისა და დახმარებისთვის.[34] IBS-სთვის ფსიქოლოგიური თერაპიის რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ თერაპიის რამდენიმე ტიპი უფრო ეფექტური იყო, ვიდრე საკონტროლო ინტერვენციები. თუმცა, ყველაზე დამაჯერებელი მტკიცებულება, რომელიც დაფუძნებულია კვლევების რაოდენობაზე და გრძელვადიან შედეგებზე, იყო IBS-სპეციფიკური კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) და ნაწლავის მიმართული ჰიპნოთერაპია.[101] ორივე რეკომენდირებულია აშშ-სა და დიდი ბრიტანეთის გაიდლაინებში; გაერთიანებული სამეფოს ჯანმრთელობისა და ზრუნვის ბრწყინვალეების გაიდლაინები განსაზღვრავს

მიმდინარე

მათ როლს, როდესაც სიმპტომები არ გაუმჯობესდა ფარმაკოლოგიური მკურნალობის 12 თვის შემდეგ, მაშინ როდესაც გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევენ მათ გამოყენებას სხვა IBS თერაპიასთან ერთად პაციენტებისთვის, რომლებიც ემოციურად სტაბილურები არიან, მაგრამ ავლენენ კოგნიტურ უნარებს. - IBS-ის ეფექტური მძღოლები.[34] [39]

» ტკივილთან დაკავშირებული სიმპტომების მქონე პაციენტებისთვის შეიძლება საჭირო გახდეს ტკივილის სპეციალისტთან ან კლინიკაში გადაგზავნა.

ღიარეთი წარმართული

■ ტკივილი ან შებერილობა არ ჭარბობს

1-ლი

ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.

» სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.

» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობოს მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]

» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამოწვევა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნუტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ

მიმდინარე

დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცაციული როლი ითამამოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკრობიოტის რისკის ქვეშ.[63] [64]

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიცისტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად

მიმდინარე

ვათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შვრიის ქაქო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მეტეორიზმი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს

მიმდინარე

შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, ღიზინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვევლობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდირებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

დამატებით ანტიდარეული

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდირებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **ლოპერამიდი:** 2-4 მგ პერორალურად სანყისად, შემდეგ 2 მგ თითოეული დარბილებული განაგალის შემდეგ საჭიროების შემთხვევაში, მაქსიმუმია 16 მგ/დღეში

ან

» **კოლესტირამინი:** 2-4 გ პერორალურად ორი-ოთხჯერ დღეში

ან

» **ელუქსადოლინი:** 75-100 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ

მეორეული ვარიანტები

» **ალოსეტრონი:** 0.5დან-1 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ

ან

» **რიფაქსიმინი:** 550 მგ პერორალურად დღეში სამჯერ 14 დღის განმავლობაში; კურსის გაკეთება შესაძლებელია ორჯერ განმეორებითი სიმპტომების შემთხვევაში

» ლოპერამიდი და ოპიოიდური აგონისტები/ანტაგონისტები (მაგ., ელუქსადოლინი) სხვადასხვანაირად რეკომენდირებულია

მიმდინარე

დიარეით უპირატესი IBS (IBS-D) მქონე პაციენტებისთვის.[34] [39] [87]

» ლოპერამიდი არის სინთეზური პერიფერიული ოპიოიდური აგონისტი. ის აფერხებს პერისტალტიკას და ანტისეკრეტორულ აქტივობას და ახანგრძლივებს ნაწლავის ტრანზიტის დროს ჰემატოენცეფალურ ბარიერში შეზღუდული შეღწევას.[87] გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯი (ACG) და ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია (AGA) ორივე აღნიშნავს, რომ ლოპერამიდი აუმჯობესებს დიარეას, მაგრამ არა გლობალურ IBS სიმპტომებს.[39] [87]

» ელუქსადოლინი არის მინიმალურად აბსორბირებული ოპიოიდური რეცეპტორების აგონისტი და ანტაგონისტი, რომელიც შემუშავებულია მუცლის ტკივილისა და დიარეის შესამცირებლად პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ IBS-D, ყაბზობის გვერდითი ეფექტების გარეშე.[88] კვლევებში მან აჩვენა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება განავლის თანმიმდევრულობასა და აქტუალურობაში, მაგრამ ნაკლები ეფექტი მუცლის ტკივილზე. ამიტომ ის შეიძლება იყოს უფრო სასარგებლო პაციენტებში IBS-D-ით უპირატესი და პრობლემური დიარეით, ვიდრე მათში, რომლებსაც აქვთ უპირატესი ან უფრო ძლიერი მუცლის ტკივილი.[87] ელუქსადოლინი უკუნაჩვენებია პაციენტებში ნაღვლის ბუშტის გარეშე ან პაციენტებში, რომლებიც სვამენ დღეში 3-ზე მეტ ალკოჰოლურ სასმელს, პანკრეატიტის გაზრდილი რისკის გამო, რაც იწვევს ჰოსპიტალიზაციას ან სიკვდილს.[89]

» ქოლესთირამინი შეიძლება უფრო ეფექტური იყოს, ვიდრე ლოპერამიდი პაციენტებში, რომელთაც ქოლესტისტექტომია ჩატარებული აქვთ. თუ არსებობს ეჭვი ნაღვლის მუავათი გამონვეულ დიარეაზე, მონოდებულია ქოლესთირამინის ცდა, ემპირიულად ან ტესტირების შემდეგ.[40]

» ალოსეტრონი და რიტაქსიმინი რეკომენდირებულია IBS-D-ის მართვისთვის იმ პაციენტებში, რომელთა სიმპტომები შენარჩუნებულია ლოპერამიდით ან ოპიოიდური აგონისტით/ანტაგონისტით მკურნალობის მიუხედავად.[39] [87]

» ალოსეტრონი არის 5-HT₃ ანტაგონისტი; ნაჩვენებია, რომ ეს მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს სიმპტომებს IBS-D-ის მქონე პაციენტებში.[90] [91]

» ალოსეტრონის ხელმისაწვდომობა შეიძლება შეზღუდოს უსაფრთხოების

მიმდინარე

საკითხების გამო. იგი თავდაპირველად დამტკიცებული იყო აშშ-ს სურსათისა და წამლების ადმინისტრაციის (FDA) მიერ 2000 წელს ქალებში IBS-D-ის სამკურნალოდ; თუმცა, იგი ნებაყოფლობით გაუქმდა სერიოზული გვერდითი მოვლენების, განსაკუთრებით იშემიური კოლიტისა და ყაბზობის სერიოზული გართულებების გამო.[87] [91] [92] იგი ხელახლა დაინერგა 2002 წელს, მაგრამ გამოყენება შემზღვეული იყო მძიმე IBS-D-ის სამკურნალოდ ქალებში რისკის მართვის პროგრამის ქვეშ. მიუხედავად იმისა, რომ ალოსეტრონის უსაფრთხოების რისკები ჯერ კიდევ არსებობს, FDA-მ შეწყვიტა რისკის მართვის პროგრამა. რეკომენდებულია პაციენტების კონსულტაცია ყაბზობისა და იშემიური კოლიტის სერიოზული გართულებების ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ. იშემიური კოლიტის ნიშნების ან სიმპტომების მქონე პაციენტებში რეკომენდებულია მკურნალობის დაუყოვნებლივ შეწყვეტა. ალოსეტრონი რეკომენდებულია მხოლოდ ქალებში, რომელთაც აქვთ მძიმე, დიარეით მიმდინარე გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი; სიმპტომები 6 ან მეტი თვის განმავლობაში; გასტრონტესტინურ ტრაქტში არ ვლინდება ფიზიკური ან ბიოქიმიური დარღვევები, არ პასუხობენ სტანდარტულ თერაპიას.[39] [87] მძიმე სიმპტომები განისაზღვრება, როგორც 1 ან მეტი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან: ხშირი და ძლიერი მუცლის ტკივილი/დისკომფორტი, ხშირი ნაწლავის აჩქარება ან ფეკალური შეუკავებლობა და/ან ინვალიდობა ან ყოველდღიური საქმიანობის შემზღვევა IBS-ის გამო.[87]

» რიფაქსიმინი, მინიმალურად აბსორბირებული ფართო სპექტრის პერორალური ანტიბიოტიკი, ნაჩვენებია, რომ ამცირებს გლობალურ სიმპტომებს, შებერილობას, მუცლის ტკივილს და თხიერ, წყლიან განავალს პაციენტებში IBS-ით შეკრულობის გარეშე.[72] [87][93] [94] [95] რიფაქსიმინი დამტკიცებულია FDA-ს მიერ, როგორც 14-დღიანი კურსი დიარეით გაბატონებული IBS-ის სამკურნალოდ. მორეციდივე სიმპტომებისთვის დამტკიცებულია სამ კურსამდე.

■ **ჭარბობს ტკივილი ან შებერილობა**

1-ლი

ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.

» სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.



მიმდინარე

» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობოს მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]

» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამონეგვა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნუტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტაში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოკაციული როლი ითამაშოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკრობიოტის რისკის ქვეშ.[63] [64]

მიმდინარე

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიკისტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის,

მიმდინარე

RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უკლუტეინო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შერიის ქაქო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვირჩევს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მუცლის შებერილობა და მეტეორიზმი, შეამსუბუქონ ტკივილი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში პეტეროგენურობის გამო შედეგს, დიზაინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვევლობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვირჩევს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

დამატებით ანტიდიარეული

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **ლოპერამიდი:** 2-4 მგ პერორალურად სანყისად, შემდეგ 2 მგ თითოეული

მიმდინარე

დარბილებული განავალის შემდეგ საჭიროების შემთხვევაში, მაქსიმუმია 16 მგ/დღეში

ან

» კოლესტირამინი: 2-4 გ პერორალურად ორი-ოთხჯერ დღეში

ან

» ელუქსადოლინი: 75-100 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ

მეორეული ვარიანტები

» ალოსეტრონი: 0.5დან-1 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ

ან

» რიფაქსიმინი: 550 მგ პერორალურად დღეში სამჯერ 14 დღის განმავლობაში; კურსის გაკეთება შესაძლებელია ორჯერ განმეორებითი სიმპტომების შემთხვევაში

» ლოპერამიდი და ოპიოიდური აგონისტები/ანტაგონისტები (მაგ., ელუქსადოლინი) სხვადასხვანაირად რეკომენდებულია დიარეით უპირატესი IBS (IBS-D) მქონე პაციენტებისთვის.[34] [39] [87]

» ლოპერამიდი არის სინთეზური პერიფერიული ოპიოიდური აგონისტი. ის აფერხებს პერისტალტიკას და ანტიეკრეტორულ აქტივობას და ახანგრძლივებს ნაწლავის ტრანზიტის დროს ჰემატოენცეფალურ ბარიერში შეზღუდული შეღწევას.[87] გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯი (ACG) და ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია (AGA) ორივე აღნიშნავს, რომ ლოპერამიდი აუმჯობესებს დიარეას, მაგრამ არა გლობალურ IBS სიმპტომებს.[39] [87]

» ელუქსადოლინი არის მინიმალურად აბსორბირებული ოპიოიდური რეცეპტორების აგონისტი და ანტაგონისტი, რომელიც შემუშავებულია მუსკლის ტკივილისა და დიარეის შესამცირებლად პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ IBS-D, ყაბზობის გვერდითი ეფექტების გარეშე.[88] კვლევებში მან აჩვენა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება განავლის თანმიმდევრულობასა და აქტუალურობაში, მაგრამ ნაკლები ეფექტი მუსკლის ტკივილზე. ამიტომ ის შეიძლება იყოს უფრო სასარგებლო პაციენტებში IBS-D-ით უპირატესი და პრობლემური დიარეით, ვიდრე მათში,

მიმდინარე

რომლებსაც აქვთ უპირატესი ან უფრო ძლიერი მუცლის ტკივილი.[87] ელუქსადოლინი უკუნაჩვენებია პაციენტებში ნაღვლის ბუშტის გარეშე ან პაციენტებში, რომლებიც სვამენ დღეში 3-ზე მეტ ალკოჰოლურ სასმელს, პანკრეატიტის გაზრდილი რისკის გამო, რაც იწვევს ჰოსპიტალიზაციას ან სიკვდილს.[89]

» ქოლესთირამინი შეიძლება უფრო ეფექტური იყოს, ვიდრე ლოპერამიდი პაციენტებში, რომელთაც ქოლესისტექტომია ჩატარებული აქვთ. თუ არსებობს ეჭვი ნაღვლის მუავათი გამონვებულ დიარეაზე, მონოდებულია ქოლესთირამინის ცდა, ემპირიულად ან ტესტირების შემდეგ.[40]

» ალოსეტრონი და რიფაქსიმინი რეკომენდირებულია IBS-D-ის მართვისთვის იმ პაციენტებში, რომელთა სიმპტომები შენარჩუნებულია ლოპერამიდით ან ოპიოიდური აგონისტით/ანტაგონისტით მკურნალობის მიუხედავად.[39] [87]

» ალოსეტრონი არის 5-HT₃ ანტაგონისტი; ნაჩვენებია, რომ ეს მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს სიმპტომებს IBS-D-ის მქონე პაციენტებში.[90] [91]

» ალოსეტრონის ხელმისაწვდომობა შეიძლება შეიზღუდოს უსაფრთხოების საკითხების გამო. იგი თავდაპირველად დამტკიცებული იყო აშშ-ს სურსათისა და წამლების ადმინისტრაციის (FDA) მიერ 2000 წელს ქალებში IBS-D-ის სამკურნალოდ; თუმცა, იგი ნებაყოფლობით გაუქმდა სერიოზული გვერდითი მოვლენების, განსაკუთრებით იშემიური კოლიტისა და ყაბზობის სერიოზული გართულებების გამო.[87] [91] [92] იგი ხელახლა დაინერგა 2002 წელს, მაგრამ გამოყენება შეზღუდული იყო მძიმე IBS-D-ის სამკურნალოდ ქალებში რისკის მართვის პროგრამის ქვეშ. მიუხედავად იმისა, რომ ალოსეტრონის უსაფრთხოების რისკები ჯერ კიდევ არსებობს, FDA-მ შეწყვიტა რისკის მართვის პროგრამა. რეკომენდირებულია პაციენტების კონსულტაცია ყაბზობისა და იშემიური კოლიტის სერიოზული გართულებების ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ. იშემიური კოლიტის ნიშნების ან სიმპტომების მქონე პაციენტებში რეკომენდირებულია მკურნალობის დაუყოვნებლივ შეწყვეტა. ალოსეტრონი რეკომენდირებულია მხოლოდ ქალებში, რომელთაც აქვთ მძიმე, დიარეით მიმდინარე გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი; სიმპტომები 6 ან მეტი თვის განმავლობაში; გასტრონტესტინურ ტრაქტში არ ვლინდება ფიზიკური ან ბიოქიმიური დარღვევები, არ უსახებენ სტანდარტულ თერაპიას.[39] [87]

მიმდინარე

მძიმე სიმპტომები განისაზღვრება, როგორც 1 ან მეტი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან: ხშირი და ძლიერი მუცლის ტკივილი/დისკომფორტი, ხშირი ნანლაგის აჩქარება ან ფეკალური შეუკავებლობა და/ან ინვალიდობა ან ყოველდღიური საქმიანობის შეზღუდვა IBS-ის გამო.[87]

» რიფაქსიმინი, მინიმალურად აბსორბირებული ფართო სპექტრის პერორალური ანტიბიოტიკი, ნაჩვენებია, რომ ამცირებს გლობალურ სიმპტომებს, შებერილობას, მუცლის ტკივილს და თხიერ, წყლიან განავალს პაციენტებში IBS-ით შეკრულობის გარეშე.[72] [87][93] [94] [95] რიფაქსიმინი დამტკიცებულია FDA-ს მიერ, როგორც 14-დღიანი კურსი დიარეით გაბატონებული IBS-ის სამკურნალოდ. მორეციდივე სიმპტომებისთვის დამტკიცებულია სამ კურსამდე.

დამატებით სპაზმის სანინალმდგეო საშუალებები

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» დისკიკლოვერინი: 10-20 მგ პერორალურად დღეში სამჯერ საჭიროებისამებრ

ან

» ჰიოსციამინი: 0.125დან - 0.25 მგ პერორალურად/ენისქვეშ დღეში სამ-ოთხჯერ საჭიროებისამებრ, მაქსიმუმია 1.5 მგ/დღეში

ან

» ჰიტნის ზეთი: იხილეთ ლიტერატურა დოზირებისთან დაკავშირებით.

» სპაზმოლიზური საშუალებები შეიძლება განიხილებოდეს იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ ტკივილი ან შებერილობა.[34] [87] ისინი მოქმედებენ გლუვი კუნთების მოდუნების გზით, რითაც ამცირებენ ნანლაგის მოძრაობას. Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ დაადგინა, რომ პაციენტები, რომლებიც იღებენ სპაზმოლიტიკებს, აღენიშნებათ მნიშვნელოვნად უფრო დიდი გაუმჯობესება როგორც მუცლის ტკივილის, ასევე გლობალური IBS სიმპტომების დროს.[76] ინდივიდუალური ანტისპაზმური საშუალებების ეფექტის ინტერპრეტაცია რთული იყო, 12 სხვადასხვა პრეპარატის ჩართვისა და თითოეული ნამლისთვის შეფასებული კვლევების მცირე რაოდენობის გამო. ასევე იყო მნიშვნელოვანი ცვალებადობა კვლევებს შორის

მიმდინარე

ლიავნოსტიკურ და ჩართვის კრიტერიუმებთან, ღოზირების რეჟიმთან და კვლევის საბოლოო შედეგებთან დაკავშირებით.[87]

» მაღალი ხარისხის მტკიცებულებების არარსებობის გამო, გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის (ACG) გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევს ანტისპაზმური საშუალებების გამოყენებას, რომლებიც ამჟამად ხელმისაწვდომია აშშ-ში გლობალური IBS სიმპტომების სამკურნალოდ (დიციკლომინი და ჰიოსციამინი). ისინი აღიარებენ, რომ არსებობს უფრო სარწმუნო მონაცემები, რომლებიც მხარს უჭერენ ალტერნატიული ანტისპაზმური საშუალებების გამოყენებას საერთაშორისო დონეზე.[39] ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია (AGA) განსხვავდება თავისი მითითებით და რეკომენდაციას უწევს ჰიოსციამინს და დიციკლომინს.[78] [87]

» ყველა სპაზმოლიზური აგენტი არ არის საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი; მაგალითად, არა-ანტიქოლინერგული მეგევერინი და ალვერინი არ არის დამტკიცებული აშშ-ში გამოსაყენებლად. მეგევერინს და ალვერინს სავარაუდოდ ანტიქოლინერგული საშუალებების მსგავსი ეფექტურობა აქვს გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სამართავად.

» ჰიტნის ზეთს აქვს ანტისპაზმური თვისებები და რეკომენდებულია როგორც ACG, ასევე AGA-ს მიერ გლობალური IBS სიმპტომების შესამსუბუქებლად.[39] [78][87] ის ხელმისაწვდომია წვეთების ან ნაწლავში დაფარული მდგრადი გამოთავისუფლების ტაბლეტების სახით. მტკიცებულება არაერთგვაროვანია. ერთი მეტა-ანალიზის თანახმად, ჰიტნის ზეთი ამცირებს მუცლის ტკივილს და გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სიმპტომებს, შედარებით პლაცებოსთან.[97] თუმცა, შემდგომი რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევით (რომელშიც მარეგულირებელი სააგენტოს მიერ რეკომენდებული შედეგები იყო გამოკვლეული) ჰიტნის ზეთს არ აღმოაჩნდა მუცლის ტკივილის ან ზოგადი სიმპტომების შემამსუბუქებელი მნიშვნელოვანი ეფექტი.[98]

მე-2

ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.

» სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის

მიმდინარე

ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.

» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობის მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]

» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამოწვევა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნუტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცაციული როლი ითამაშოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი,

მიმდინარე

ხანმოკლე იყო და მიკრობების რისკის ქვეშ.[63]
[64]

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შეზღუდვებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიკისთვის უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შეზღუდვა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღუდავი დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შეზღუდვისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შეზღუდვა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

მიმდინარე

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შერიის ქაქო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მუცლის შებერილობა და მეტეორიზმი, შეამსუბუქონ ტკივილი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, დიზაინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვევლობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

დამატებით ანტიდებრესანტი

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

მიმდინარე

» ამიტრიპტილინი: 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზა თანდათან გაზარდეთ პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 100 მგ/დღეში

ან

» ნორტრიპტილინი: 10-25 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზის გაზრდა თანდათანობით პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 75 მგ/დღეში

ან

» დეჰიპრამინი: 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზა თანდათან გაზარდეთ პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 100 მგ/დღეში

მეორეული ვარიანტები

» პაროქსეტინი: 20-40 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ

ან

» ციტალოპრამი: 20-40 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ

» თუ ტკივილი გრძელდება ანტისპაზმური საშუალებების მიუხედავად, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი (TCA), როგორცაა ამიტრიპტილინი, ნორტრიპტილინი ან დეჰიპრამინი, რომელიც გამოიყენება ნაწლავ-ტკინის ნეირომოდულატორის სახით, შეიძლება სასარგებლო იყოს.[39] [78][87][99] ითვლება, რომ TCA აუმჯობესებს ვისცერალურ და ცენტრალურ ტკივილს ნორადრენალინისა და დოფამინერგული რეცეპტორების მოქმედებით. მათ ასევე შეუძლიათ გააუმჯობესონ მუცლის ტკივილი მათი ანტიქოლინერგული ეფექტის გამო. უფრო მაღალი დოზებით მათ შეუძლიათ შეანელონ კუჭ-ნაწლავის პერისტალტიკა, რაც შეიძლება სასარგებლო იყოს გადაუდებელი და დიარეის მქონე პაციენტებში, მაგრამ პოტენციურად პრობლემური შეკრულობის მქონე პაციენტებში. მეორადი ამინის TCA-ები (მაგ., დეჰიპრამინი და ნორტრიპტილინი) შეიძლება უკეთესად გადაიტანონ პაციენტებში ყაბზობით დომინანტური IBS-ით მათი დაბალი ანტიქოლინერგული ეფექტის გამო.[78] [87] მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენები მოიცავს პირის და თვალების სიმშრალეს, შარდის შეკავებას, გულის არითმიას, სედაციას და ყაბზობას, ამიტომ საჭიროა პაციენტის

მიმდინარე

ფროთხილად შერჩევა.[39] [87] TCA-ების სასარგებლო ეფექტები IBS სიმპტომებზე, როგორც ჩანს, დამოუკიდებელია დეპრესიაზე გემოქმედებისგან და შესაძლოა რამდენიმე კვირა დასჭირდეს.[87]

» სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორები (SSRIs) არ არის რეკომენდებული აშშ-ს გაიდლაინებში, მაღალი ხარისხის მტკიცებულების ნაკლებობის გამო, რომ ისინი მნიშვნელოვნად აუმჯობესებენ გლობალურ სიმპტომებს ან მუცლის ტკივილს IBS-ის მქონე პაციენტებში.[39] [87] ერთ მეტა-ანალიზში, ანტიდეპრესანტების კლასის ქვეჯგუფის ანალიზმა არ გამოავლინა მნიშვნელოვანი სარგებელი SSRI-სგან IBS და მუცლის ტკივილის მქონე პაციენტებში; როგორც ჩანს, სასარგებლო ეფექტი მუცლის ტკივილზე შემოიფარგლება მხოლოდ TCA-ებით.[100] ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაციის გაიდლაინები აღნიშნავენ, რომ ზოგიერთ პაციენტში, თუმცა, SSRI-ებმა შეიძლება გააუმჯობესონ IBS-ის საერთო სიმპტომებისა და კეთილდღეობის აღქმა კუჭ-ნაწლავის სიმპტომების, განწყობისა და ფესტრანტესტინალური სიმპტომების გაუმჯობესებით.[87] გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები განსხვავდება აშშ-ს გაიდლაინებისგან, რომლებიც გვირჩევენ, რომ SSRI-ები შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც TCA-ის ალტერნატივა IBS-ის გლობალური სიმპტომების სამკურნალოდ.[53]

» მკურნალობა უნდა დაიწყოს დაბალი დოზებით და თანდათან მოხდეს ტიტრაცია რეაქციისა და ტოლერანტობის მიხედვით.

დამატებით ფსიქოლოგიური თერაპიები

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» პაციენტებს, რომლებიც არ რეაგირებენ ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე, შეიძლება დასჭირდეთ მიმართვა უფრო ინტენსიური ფსიქოლოგიური მკურნალობისა და დახმარებისთვის.[34] IBS-სთვის ფსიქოლოგიური თერაპიის რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ თერაპიის რამდენიმე ტიპი უფრო ეფექტური იყო, ვიდრე საკონტროლო ინტერვენციები. თუმცა, ყველაზე დამაჯერებელი მტკიცებულება, რომელიც დაფუძნებულია კვლევების რაოდენობაზე და გრძელვადიან შედეგებზე, იყო IBS-სპეციფიკური კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) და ნაწლავის მიმართული ჰიპნოთერაპია.[101] ორივე რეკომენდირებულია აშშ-სა და დიდი ბრიტანეთის გაიდლაინებში; გაერთიანებული

მიმდინარე

სამეფოს ჯანმრთელობისა და ზრუნვის ბრწყინვალეების გაიდლაინები განსაზღვრავს მათ როლს, როდესაც სიმპტომები არ გაუმჯობესდა ფარმაკოლოგიური მკურნალობის 12 თვის შემდეგ, მაშინ როდესაც გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევენ მათ გამოყენებას სხვა IBS თერაპიასთან ერთად პაციენტებისთვის, რომლებიც ემოციურად სტაბილურები არიან, მაგრამ ავლენენ კოგნიტურ უნარებს. - IBS-ის ეფექტური მძღოლები.[34] [39]

» ტკივილთან დაკავშირებული სიმპტომების მქონე პაციენტებისთვის შეიძლება საჭირო გახდეს ტკივილის სპეციალისტთან ან კლინიკაში გადაგზავნა.

ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა

■ ტკივილი ან შებერილობა არ ჭარბობს

1-ლი

ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები

» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.

» სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.

» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობოს მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]

» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამოწვევა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნუტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების,

მიმდინარე

რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცაციული როლი ითამაშოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკერძობის რისკის ქვეშ.[63] [64]

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიცისტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია

მიმდინარე

გამორიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შვრიის ქატო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მეტეორიზმი და გააუმჯობესონ ცხოვრების

მიმდინარე

ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, ღიზინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვევლობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდირებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

დამატებით საფალარათო საშუალება

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდირებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია ვარაუდობს, რომ პოლიეთილენ გლიკოლი (PEG) შეიძლება გამოყენებულ იქნას სპეციფიკური სიმპტომების შესამსუბუქებლად, ან როგორც დამხმარე თერაპია ყაბზობით IBS-ის სამკურნალოდ (IBS-C).[78]

გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის გაიდლაინები ეწინააღმდეგება ამას, თუმცა მოჰყავს მტკიცებულების ნაკლებობა იმისა, რომ PEG ამსუბუქებს მუცლის ტკივილს და, შესაბამისად, გლობალურ სიმპტომებს, პაციენტებში IBS-C.[39] ამიტომ ისინი გვიჩვენებენ არ გამოვიყენოთ მართო PEG გლობალური IBS-C სიმპტომების სამკურნალოდ, თუმცა ისინი აღიარებენ, რომ კლინიკისტებს შეუძლიათ გამოიყენონ PEG როგორც შეკრულობის პირველი რიგის მკურნალობა IBS-ში, მისი დაბალი ფასისა და ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.[39]

დამატებით ლოპერამიდი

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდირებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» ლოპერამიდი: 2-4 მგ პერორალურად საწყისად, შემდეგ 2 მგ თითოეული დარბილებული განავალის შემდეგ საჭიროების შემთხვევაში, მაქსიმუმია 16 მგ/დღეში

მიმდინარე

■ ჭარბობს ტკივილი ან შებერილობა

1-ლი

- » ლოპერამიდი უნდა იქნას გამოყენებული საჭიროებისამებრ დიარეული ფაზისას.
- » ანტიდიარეული წამლების ხანგრძლივი ვადით გამოყენებისას საჭიროა მონიტორინგი.
- » ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები
- » ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.
- » სანყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.
- » კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობოს მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]
- » დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამოწვევა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნუტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]
- » რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.
- » ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის

მიმდინარე

სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტაში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცაციული როლი ითამაშოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკრობიოტის რისკის ქვეშ.[63] [64]

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიკისტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოს კვებითი ქცევის დარღვევა და კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი

მიმდინარე

დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შვრიის ქატო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მუცლის შებერილობა და მეტეორიზმი, შეამსუბუქონ ტკივილი და გააუმჯობესონ ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, დიზაინს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვეველობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

მიმდინარე

დამატებით

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვირჩევს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

სპაზმის სანინალმდგეო საშუალებები

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» დიციკლოვერინი: 10-20 მგ პერორალურად დღეში სამჯერ საჭიროებისამებრ

ან

» ჰიოსცინამინი: 0.125დან - 0.25 მგ პერორალურად/ენისქვეშ დღეში სამ-ოთხჯერ საჭიროებისამებრ, მაქსიმუმია 1.5 მგ/დღეში

ან

» პიტნის ზეთი: იხილეთ ლიტერატურა დოზირებასთან დაკავშირებით.

» სპაზმოლიზური საშუალებები შეიძლება განიხილებოდეს იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ ტკივილი ან შებერილობა.[34] [87] ისინი მოქმედებენ გლუვი კუნთების მოღუნების გზით, რითაც ამცირებენ ნანლაგის მოძრაობას. Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ დაადგინა, რომ პაციენტები, რომლებიც იღებენ სპაზმოლიტიკებს, აღენიშნებათ მნიშვნელოვნად უფრო დიდი გაუმჯობესება როგორც მუცლის ტკივილის, ასევე გლობალური IBS სიმპტომების დროს.[76] ინდივიდუალური ანტისპაზმური საშუალებების ეფექტის ინტერპრეტაცია რთული იყო, 12 სხვადასხვა პრეპარატის ჩართვისა და თითოეული წამლისთვის შეფასებული კვლევების მცირე რაოდენობის გამო. ასევე იყო მნიშვნელოვანი ცვალებადობა კვლევებს შორის დიაგნოსტიკურ და ჩართვის კრიტერიუმებთან, დოზირების რეჟიმთან და კვლევის საბოლოო შედეგებთან დაკავშირებით.[87]

» მაღალი ხარისხის მტკიცებულებების არარსებობის გამო, გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის (ACG) გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევს ანტისპაზმური საშუალებების გამოყენებას, რომლებიც ამჟამად ხელმისაწვდომია აშშ-ში გლობალური IBS სიმპტომების სამკურნალოდ (დიციკლოვინი და ჰიოსცინამინი). ისინი აღიარებენ, რომ არსებობს უფრო სარწმუნო მონაცემები,

მიმდინარე

რომლებიც მხარს უჭერენ ალტერნატიული ანტისპაზმური საშუალებების გამოყენებას საერთაშორისო დონეზე.[39] ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია (AGA) განსხვავდება თავისი მითითებით და რეკომენდაციას უწევს ჰიოსციამინს და დიციკლომინს.[78] [87]

» ყველა სპაზმოლიზური აგენტი არ არის საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი; მაგალითად, არა-ანტიქოლინერგული მეგევერინი და ალვერინი არ არის დამტკიცებული აშშ-ში გამოსაყენებლად. მეგევერინს და ალვერინს სავარაუდოდ ანტიქოლინერგული საშუალებების მსგავსი ეფექტურობა აქვს გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სამართავად.

» ჰიტნის ზეთს აქვს ანტისპაზმური თვისებები და რეკომენდებულია როგორც ACG, ასევე AGA-ს მიერ გლობალური IBS სიმპტომების შესამსუბუქებლად.[39][78] [87] ის ხელმისაწვდომია წვეთების ან ნაწლავში დათარული მდგრადი გამოთავისუფლების ტაბლეტების სახით. მტკიცებულება არაერთგვაროვანია. ერთი მეტა-ანალიზის თანახმად, ჰიტნის ზეთი ამცირებს მუცლის ტკივილს და გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სიმპტომებს, შედარებით პლაცებოსთან.[97] თუმცა, შემდგომი რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევით (რომელშიც მარეგულირებელი სააგენტოს მიერ რეკომენდებული შედეგები იყო გამოკვლეული) ჰიტნის ზეთს არ აღმოაჩნდა მუცლის ტკივილის ან ზოგადი სიმპტომების შემამსუბუქებელი მნიშვნელოვანი ეფექტი.[98]

დამატებით საფარდათო საშუალება

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაცია ვარაუდობს, რომ პოლიეთილენ გლიკოლი (PEG) შეიძლება გამოყენებულ იქნას სპეციფიკური სიმპტომების შესამსუბუქებლად, ან როგორც დამხმარე თერაპია ყაბზობით IBS-ის სამკურნალოდ (IBS-C).[78]

გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის გაიდლაინები ეწინააღმდეგება ამას, თუმცა მოჰყავს მტკიცებულების ნაკლებობა იმისა, რომ PEG ამსუბუქებს მუცლის ტკივილს და, შესაბამისად, გლობალურ სიმპტომებს, პაციენტებში IBS-C.[39] ამიტომ ისინი გვირჩევენ არ გამოვიყენოთ მართო PEG გლობალური IBS-C სიმპტომების სამკურნალოდ, თუმცა ისინი აღიარებენ, რომ კლინიკისტებს შეუძლიათ გამოიყენონ PEG როგორც შეკრულობის პირველი რიგის მკურნალობა IBS-ში, მისი

მიმდინარე

	<p>დაბალი ფასისა და ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.[39]</p>
<p>დამატებით</p>	<p>ლოპერამიდი მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის პირველადი პარამეტრები</p>
	<p>» ლოპერამიდი: 2-4 მგ პერორალურად საწყისად, შემდეგ 2 მგ თითოეული დარბილებული განავალის შემდეგ საჭიროების შემთხვევაში, მაქსიმუმია 16 მგ/დღეში</p>
	<p>» ლოპერამიდი უნდა იქნას გამოყენებული საჭიროებისამებრ დიარეული ფაზისას.</p>
	<p>» ანტიდიარეული წამლების ხანგრძლივი ვადით გამოყენებისას საჭიროა მონიტორინგი.</p>
<p>მე-2</p>	<p>ცხოვრების სტილისა და კვების ცვლილებები</p>
	<p>» ყველა პაციენტში უნდა დამყარდეს ეფექტური ურთიერთობა, რასაც მოჰყვება განათლება და დამშვიდება.</p>
	<p>» საწყისი მკურნალობა კონსერვატიული უნდა იყოს, მათ შორის ცხოვრების სტილის ცვლილებებია, რომელმაც შესაძლოა შეამციროს სტრესი.</p>
	<p>» კვებიდან უნდა გამოირიცხოს შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები გვიჩვენებს, რომ ყველა პაციენტს უნდა ეცნობოს რეგულარული ვარჯიშის პოტენციურ სარგებელზე, არსნობოს მტკიცებულებები რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან (RCTs), რომ ეს შეიძლება იყოს სასარგებლო, განსაკუთრებით ყაბზობის დროს.[53] თუმცა, აშშ-ის გაიდლაინები არ ურჩევს ვარჯიშს, როგორც მკურნალობას.[39] Cochrane-ის ერთმა მიმოხილვამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გააუმჯობესოს სიმპტომები, მაგრამ არა ცხოვრების ხარისხი ან მუცლის ტკივილი, IBS-ის მქონე ადამიანებში.[54]</p>
	<p>» დიეტური რჩევები უნდა მიეცეს ყველა პაციენტს, რომლებსაც შეუძლიათ დაუკავშირონ IBS სიმპტომების გამონვევა ან გაუარესება საკვების მიღებასთან (ეს მოიცავს IBS-ით დაავადებულთა 80%-ზე მეტს) და რომლებიც მოტივირებულნი არიან განახორციელონ საჭირო ცვლილებები.[55] რეგისტრირებულ დიეტოლოგ ნეტრიციოლოგთან (RDN) მიმართვა უნდა მოხდეს იმ პაციენტების, რომლებსაც სურთ ჩაერთონ და იმ</p>



მიმდინარე

პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად განახორციელონ რეკომენდებული დიეტური ცვლილებები.[55]

» რეკომენდებულია დაბალი ფერმენტირებადი ოლიგოსაქარიდების, დისაქარიდების, მონოსაქარიდების და პოლიოლების (FODMAP) დიეტის ტესტირება.[34] [39] [53] დაბალი FODMAP დიეტა ამჟამად არის ყველაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დიეტა IBS-ის სამკურნალოდ.

» ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებები მოკლე ჯაჭვის მქონე ნახშირწყლებია, რომლებიც გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში სიმპტომების პროვოცირებას იწვევენ. დაბალი FODMAP დიეტა იწვევს ხელსაყრელ ცვლილებებს ნაწლავის მიკრობიოტში და მნიშვნელოვნად ამცირებს ჰისტამინს, რამაც შესაძლოა პროვოცაციული როლი ითამაშოს ზოგიერთ პაციენტში.[56] [57]

» კვება, რომელიც ნაკლებ FODMAPs შეიცავს დაკავშირებულია რამდენიმე სიმპტომის გაუმჯობესებასთან, მათ შორისაა დიარეა, აირები, მუცლის შებერილობა და ტკივილი.[58] [59] [60] [61] [62] თუმცა, RCT-ები, როგორც წესი, ხანმოკლე იყო და მიკერძობის რისკის ქვეშ.[63] [64]

» ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა დაბალი FODMAP დიეტის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ბრიტანეთის დიეტური ასოციაციის დიეტურ რჩევებთან შედარებით მუცლის ტკივილის და შებერილობის შესამცირებლად.[65] ერთმა ევროპულმა რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტებში პირველადი ჯანდაცვის განყოფილებაში, სმარტფონის FODMAP-ის შემცირების დიეტის პროგრამა აღემატებოდა ანტისპაზმურ აგენტს IBS სიმპტომების გასაუმჯობესებლად. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ დაბალი FODMAP დიეტა უნდა ჩაითვალოს IBS-ის პირველი რიგის მკურნალობად პირველადი ჯანდაცვის დროს.[66] თუმცა, გაურკვეველია, რომელი პაციენტები პასუხობენ FODMAP-ის სპეციფიკურ შემზღვევებს და მათი დაცვა შეიძლება იყოს პრობლემა. კლინიცისტებმა უნდა განიხილონ ინდივიდუალური მიდგომა დაბალი FODMAP დიეტის მიმართ, როგორცაა დიეტური შემზღვევა, რომელიც შეესაბამება პაციენტების ეთნიკურობას, სიმპტომების პროფილს და ჩვეულებრივ დიეტურ მიღებას.[67]

» ამ ტიპის შემზღვევა დიეტის რეკომენდაციამდე, მნიშვნელოვანია გამოირიცხოთ კვებითი ქცევის დარღვევა და

მიმდინარე

კვებითი დარღვევები ისტორიის ფრთხილად გათვალისწინების გზით, რადგან ეს ხშირია კუჭ-ნაწლავის დარღვევების მქონე პაციენტებში.[55] ასევე გასათვალისწინებელია არასწორი კვების სკრინინგი დადასტურებული სკრინინგის ინსტრუმენტის გამოყენებით. თუ შედეგები მიუთითებს არასრულფასოვან კვებაზე, პაციენტი არ არის შესაფერისი დიეტური შემზღვევისთვის და უნდა გადაეგზავნოს RDN-ს ყოვლისმომცველი კვების შეფასებისთვის.[55]

» დაბალი FODMAP დიეტა შედგება სამი ფაზისგან: FODMAP საკვების შემზღვევა (გრძელდება არა უმეტეს 4-6 კვირისა); FODMAP საკვების ხელახალი დანერგვა; და მუდმივი დიეტის პერსონალიზაცია, რეინტროდუქციის შედეგზე დაყრდნობით. ეს დიეტური ინტერვენციები უნდა განხორციელდეს წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში და იდეალურად უნდა იყოს რეგისტრირებული დიეტოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შეიძლება არ იყოს პრაქტიკული ან ხელმისაწვდომი.[55] კვლევებმა აჩვენა, რომ 4-6 კვირის დაბალი FODMAP დიეტა საკმარისია იმის დასადგენად, აპირებს თუ არა პაციენტი რეაგირებას.[55]

» გაურკვეველი რჩება, აქვს თუ არა გლუტენისგან თავისუფალ დიეტას მსგავსი სარგებელს IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის, RCT-ების შერეული შედეგებით.[55] [68] [69] ამჟამად, უგლუტენო დიეტა არ არის რეკომენდებული IBS-ის სამკურნალოდ.[53]

» თუ პაციენტს აქვს ყაბზობა ან ყაბზობისა და დიარეას მონაცვლეობა, ხშირად რეკომენდებული ხსნადი ბოჭკოვანი საკვები (ფსილიუმი, შვრიის ქაქო, ლობიო, ქერი). გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა თავი უნდა შეიკავონ უხსნადი ბოჭკოვანი საკვების მიღებისგან.[34] [39] [55] გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვირჩევს ხსნადი ბოჭკოების დანყებას დაბალი დოზით (3-4 გ/დღეში) და თანდათან დაგროვება, რათა თავიდან აიცილოთ შებერილობა.[53]

» ეფექტურობა არ არის მუდმივად დემონსტრირებული, მაგრამ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა ხსნად ბოჭკოს ხდის გონივრულ პირველი რიგის თერაპიას IBS-ის მქონე პაციენტებისთვის სიმპტომებით.[7] [39] [75] [76] [77]

» ასევე შესაძლოა პრობიოტიკების განხილვა. პრობიოტიკებს შეუძლიათ შეამცირონ მუცლის შებერილობა და მეტეორიზმი, შეამსუბუქონ ტკივილი და გააუმჯობესონ

მიმდინარე

ცხოვრების ხარისხი.[70] პრობიოტიკებზე პასუხი განსხვავდება კვლევებსა და ინდივიდებს შორის.[71] [72] ისინი რეკომენდირებული არ არის. რეკომენდირებულ გამოკვლევებში ჰეტეროგენურობის გამო შედეგს, ღიზიანს, სარგებლის სიდიდეს და გაურკვევლობას ყველაზე ეფექტურ შტამებთან დაკავშირებით.[39] [73]

» მეტა-ანალიზების და სისტემური მიმოხილვის თანახმად, Bifidobacterium infantis-ის შემცველი ნაერთი პრობიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ერთშტამიანი პრობიოტიკური თერაპია.[71] [74]

» თუ პაციენტი ირჩევს პრობიოტიკების ცდას, გაერთიანებული სამეფოს ერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს მათ მიღებას 12 კვირამდე მწარმოებლის მიერ რეკომენდირებული დოზით და მკურნალობის შეწყვეტა, თუ სიმპტომების გაუმჯობესება არ არის.[55]

დამატებით ანტიდეპრესანტი

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდირებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **ამიტრიპტილინი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზა თანდათან გაზარდეთ პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 100 მგ/დღეში

ან

» **ნორტრიპტილინი:** 10-25 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზის გაზრდა თანდათანობით პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 75 მგ/დღეში

ან

» **დესიპრამინი:** 10 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ თავდაპირველად, დოზა თანდათან გაზარდეთ პასუხის მიხედვით, მაქსიმუმ 100 მგ/დღეში

მეორეული ვარიანტები

» **პაროქსეტინი:** 20-40 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ

ან

» **ციტალოპრამი:** 20-40 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ

მიმდინარე

» თუ ტკივილი გრძელდება ანტიბიოტიკური საშუალებების მიუხედავად, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი (TCA), როგორცაა ამიტრიპტილინი, ნორტრიპტილინი ან დეზიპრამინი, რომელიც გამოიყენება ნაწლავ-ტვინის ნეირომოდულატორის სახით, შეიძლება სასარგებლო იყოს.[39] [78][87] [99] ითვლება, რომ TCA აუმჯობესებს ვისცერალურ და ცენტრალურ ტკივილს ნორადრენალინისა და დოფამინერგული რეცეპტორების მოქმედებით. მათ ასევე შეუძლიათ გააუმჯობესონ მუცლის ტკივილი მათი ანტიქოლინერგული ეფექტის გამო. უფრო მაღალი დოზებით მათ შეუძლიათ შეანელონ კუჭ-ნაწლავის პერისტალტიკა, რაც შეიძლება სასარგებლო იყოს გადაუდებელი და დიარეის მქონე პაციენტებში, მაგრამ პოტენციურად პრობლემური შეკრულობის მქონე პაციენტებში. მეორადი ამინის TCA-ები (მაგ., დეზიპრამინი და ნორტრიპტილინი) შეიძლება უკეთესად გადაიტანონ პაციენტებში ყაბზობით დომინანტური IBS-ით მათი დაბალი ანტიქოლინერგული ეფექტის გამო.[78] [87] მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენები მოიცავს პირის და თვალის სიმშრალეს, შარდის შეკავებას, გულის არითმიას, სედაციას და ყაბზობას, ამიტომ საჭიროა პაციენტის ფრთხილად შერჩევა.[39] [87] TCA-ების სასარგებლო ეფექტები IBS სიმპტომებზე, როგორც ჩანს, დამოუკიდებელია დეპრესიაზე ზემოქმედებისგან და შესაძლოა რამდენიმე კვირა დასჭირდეს.[87]

» სეროტონინის უკუმიტაცების შერჩევითი ინჰიბიტორები (SSRIs) არ არის რეკომენდებული აშშ-ს გაიდლაინებში, მაღალი ხარისხის მტკიცებულების ნაკლებობის გამო, რომ ისინი მნიშვნელოვნად აუმჯობესებენ გლობალურ სიმპტომებს ან მუცლის ტკივილს IBS-ის მქონე პაციენტებში.[39] [87] ერთ მეტა-ანალიზში, ანტიდეპრესანტების კლასის ქვეჯგუფის ანალიზმა არ გამოავლინა მნიშვნელოვანი სარგებელი SSRI-სგან IBS და მუცლის ტკივილის მქონე პაციენტებში; როგორც ჩანს, სასარგებლო ეფექტი მუცლის ტკივილზე შემოიფარგლება მხოლოდ TCA-ებით.[100] ამერიკის გასტროენტეროლოგიური ასოციაციის გაიდლაინები აღნიშნავენ, რომ ზოგიერთ პაციენტში, თუმცა, SSRI-ებმა შეიძლება გააუმჯობესონ IBS-ის საერთო სიმპტომებისა და კეთილდღეობის აღქმა კუჭ-ნაწლავის სიმპტომების, განწყობისა და ექსტრაინტესტინალური სიმპტომების გაუმჯობესებით.[87] გაერთიანებული სამეფოს გაიდლაინები განსხვავდება აშშ-ს გაიდლაინებისგან, რომლებიც გვირჩევენ, რომ SSRI-ები შეიძლება გამოყენებულ იქნას,

მიმდინარე

როგორც TCA-ის ალტერნატივა IBS-ის გლობალური სიმპტომების სამკურნალოდ.[53]

» მკურნალობა უნდა დაიწყოს დაბალი დოზებით და თანდათან მოხდეს ტიტრაცია რეაქციისა და ტოლერანტობის მიხედვით.

დამატებით ფსიქოლოგიური თერაპიები

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» პაციენტებს, რომლებიც არ რეაგირებენ ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე, შეიძლება დასჭირდეთ მიმართვა უფრო ინტენსიური ფსიქოლოგიური მკურნალობისა და დახმარებისთვის.[34] IBS-სთვის ფსიქოლოგიური თერაპიის რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების ერთმა მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ თერაპიის რამდენიმე ტიპი უფრო ეფექტური იყო, ვიდრე საკონტროლო ინტერვენციები. თუმცა, ყველაზე დამაჯერებელი მტკიცებულება, რომელიც დაფუძნებულია კვლევების რაოდენობაზე და გრძელვადიან შედეგებზე, იყო IBS-სპეციფიკური კოგნიტური ქცევითი თერაპია (CBT) და ნაწლავის მიმართული ჰიპნოთერაპია.[101] ორივე რეკომენდირებულია აშშ-სა და დიდი ბრიტანეთის გაიდლაინებში; გაერთიანებული სამეფოს ჯანმრთელობისა და ზრუნვის ბრწყინვალეების გაიდლაინები განსაზღვრავს მათ როლს, როდესაც სიმპტომები არ გაუმჯობესდა ფარმაკოლოგიური მკურნალობის 12 თვის შემდეგ. მაშინ როდესაც გასტროენტეროლოგიის ამერიკული კოლეჯის გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევენ მათ გამოყენებას სხვა IBS თერაპიასთან ერთად პაციენტებისთვის, რომლებიც ემოციურად სტაბილურები არიან, მაგრამ ავლენენ კოგნიტურ უნარებს. - IBS-ის ეფექტური მძღოლები.[34] [39]

» ტკივილთან დაკავშირებული სიმპტომების მქონე პაციენტებისთვის შეიძლება საჭირო გახდეს ტკივილის სპეციალისტთან ან კლინიკაში გადაგზავნა.

სიახლეები

მიკრობიოტით მიმართული თერაპიები

გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომით დაავადებულ პაციენტებს აქვთ მნიშვნელოვანი განსხვავებები მიკრობიოტაში სინდრომის არმქონე ადამიანებთან შედარებით, მაგრამ გაურკვეველია ეს წარმოადგენს მიზეზს თუ ეფექტს.[103] [104] [105] ზოგიერთი რანდომიზებული პლაცებო-კონტროლირებული კვლევის მიხედვით, IBS-ის მქონე პაციენტებში აღინიშნება სიმპტომების გაუმჯობესება ფეკალური მიკრობიოტის ტრანსპლანტაციის (FMT) შემდეგ, ხოლო სხვა კვლევებში არ ფიქსირდება განსხვავება სიმპტომების კონტროლის თვალსაზრისით FMT-ის მიმღებ და პლაცებოს მიმღებ ჯგუფებს შორის.[106] [107] [108] [109] ფეკალური მიკრობიოტის ტრანსპლანტაცია შესაძლებელია გაკეთდეს კოლონოსკოპიით, ნაზოიგიური მილზეთ ან ტაბლეტებით.

რამოსეტრონი

რამოსეტრონი არის 5HT-3 რეცეპტორის ანტაგონისტი, რომელიც კვლევებში ეფექტური იყო დიარეით მიმდინარე გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე ქალებსა და კაცებში დიარეისა და მუცლის ტკივილის შემცირებისთვის.[110] [111] ყაბზობა გვერდითი ეფექტია პაციენტთა დაახლოებით 10%-ში.[112] დამტკიცებულია გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის სამკურნალოდ რამდენიმე ქვეყანაში, მათ შორის იაპონიასა და ინდოეთში, თუმცა არა აშშ-ში ან ევროპაში.

ონდანსეტრონი

ონდანსეტრონი არის 5HT-3 რეცეპტორის ანტაგონისტი, რომელიც უკვე ხანგრძლივი პერიოდია გამოიყენება ლებინების სანიანალმდეგო საშუალებად. ერთ-ერთმა ფართო მოცულობის პროსპექტულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ იგი პლაცებოზე მცირედ უფრო ეფექტური იყო დიარეის გაუმჯობესებისა და ზოგადი ჯანმრთელობის კუთხით, დიარეით, როგორც წამყვანი სიმპტომით მიმდინარე გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში.[113]

განხილვები პაციენტთან

პაციენტებს უნდა დაეხმარათ, მართონ საკუთარი სიმპტომები უკეთესად. ამისათვის ეფექტური მეთოდი შეიძლება იყოს მხარდამჭერთა ჯგუფის მიერ პაციენტის დახმარება. პაციენტებს უნდა ურჩიოთ, ნაკლებად მიიღონ ან საერთოდ არ მიიღონ შესაძლო მაპროვოცირებელი ნივთიერებები, როგორცაა კოფეინი, ლაქტოზა ან ფრუქტოზა. სიმპტომების მონიტორინგი დღიურით შეიძლება სასარგებლო იყოს ამ ნივთიერებების იდენტიფიცირებისთვის. პაციენტებს ასევე უნდა სთხოვონ განხილონ ყოველდღიური პრობიოტიკისა და ბოჭკოვანი დანამატის მიღება და უზრუნველყონ სითხის ადეკვატური მიღება.

მონიტორინგი

მონიტორინგი

არ არის საჭირო ხანგრძლივი მეთვალყურეობა. გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებმა უნდა გაითვალისწინონ კოლორექტული, გინეკოლოგიური და შარდ-სასქესო ავთვისებიანი დაავადებების სკრინინგისთვის არსებული სტანდარტული რეკომენდაციები.

გართულებები

გართულებები	ქრონოლოგია ალბათობა	
ოჯახური და სამსახურეობრივი ურთიერთობების დაზიანება	ცვალებადი	დაბალი
გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის განმეორებითი ბუნება იწვევს ყოველდღიური ცხოვრების დარღვევას, რაც აზიანებს ოჯახურ და სამსახურეობრივ ურთიერთობებს.		
დივერტიკულოზი	ცვალებადი	დაბალი
არსებობს გარკვეული მტკიცებულება, რომ დიარეით მიმდინარე გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებს აქვთ დივერტიკულოზის, მაგრამ არა დივერტიკულიტის მომატებული რისკი.[114]		
დეპრესია	ცვალებადი	დაბალი
ჯანმრთელ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, IBS-ის მქონე პაციენტებში დეპრესიის სიმპტომები უფრო მძიმე და ხშირ ხასიათს ატარებენ. მძიმე სიმპტომებთან არის დაკავშირებული მდებარეობითი სქესი და ახალგაზრდა ასაკი.[115]		
ძილის დარღვევა	ცვალებადი	დაბალი
ერთ-ერთი მეტა-ანალიზის მიხედვით გამოვლინდა, რომ IBS-ის მქონე პაციენტთა 37%-ზე მეტს, ამავდროულად, აქვს ძილის დარღვევა.[116]		
საშარდე სისტემის ქვედა ნაწილის სიმპტომები	ცვალებადი	დაბალი
გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომის მქონე პაციენტებში უფრო ხშირია ქვედა საშარდე გზების სიმპტომები ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით.[117]		

პროგნოზი

IBS-ის მქონე პაციენტებში სიცოცხლის ხანგრძლივობა ნორმალურია, ხოლო დაავადებას არ ახლავს ხანგრძლივი გართულებები. თუმცა, სიმპტომები მიმდინარეობს მთელი ზრდასრულობის პერიოდის განმავლობაში, განსაკუთრებით სტრესის, ემოციური სირთულეების ან შეუსაბამო კვებითი ქცევის ფონზე.

ვირუსული ენტერული ინფექციის შემდეგ IBS-ის ახასიათებს გაუმჯობესება ან რემისია.[102]

დიაგნოსტიკური გაიდლაინები

გაერთიანებული სამეფო

British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome (<https://www.bsg.org.uk/resource-type/guidelines>)

ავტორი British Society of Gastroenterology

ბოლო გამოქვეყნება: 2021

Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults (<https://www.bsg.org.uk/resource-type/guidelines>)

ავტორი British Society of Gastroenterology

ბოლო გამოქვეყნება: 2018

Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG61>)

ავტორი National Institute for Health and Care Excellence

ბოლო გამოქვეყნება: 2017

ევროპა

Irritable bowel syndrome diagnosis and management: a simplified algorithm for clinical practice (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5625880>)

ავტორი United European Gastroenterology Journal

ბოლო გამოქვეყნება: 2017

Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28566121>)

ავტორი Danish Society for Gastroenterology and Hepatology

ბოლო გამოქვეყნება: 2017

Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: concept, diagnosis, and healthcare continuity (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027792>)

ავტორი Sociedad Española de Patología Digestiva; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

ბოლო გამოქვეყნება: 2017

საერთაშორისო

Irritable bowel syndrome: a global perspective (<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines>)

ავტორი World Gastroenterology Organisation

ბოლო გამოქვეყნება: 2015

ჩრდილოეთი ამერიკა

American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on informed consent for GI endoscopic procedures ([https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(21\)01759-4/fulltext](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(21)01759-4/fulltext))

ავტორი American Society for Gastrointestinal Endoscopy

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome (<https://gi.org/guidelines>)

ავტორი American College of Gastroenterology

ბოლო გამოქვეყნება: 2021

AGA clinical practice guidelines on the laboratory evaluation of functional diarrhea and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome in adults (IBS-D) (<https://gastro.org/guidelines>)

ავტორი American Gastroenterological Association

ბოლო გამოქვეყნება: 2019

მკურნალობის გაიდლაინები

გაერთიანებული სამეფო

British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome (<https://www.bsg.org.uk/resource-type/guidelines>)

ავტორი British Society of Gastroenterology

ბოლო გამოქვეყნება: 2021

BSG consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults (<https://www.bsg.org.uk/resource-type/guidelines>)

ავტორი British Society of Gastroenterology

ბოლო გამოქვეყნება: 2019

Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG61>)

ავტორი National Institute for Health and Care Excellence

ბოლო გამოქვეყნება: 2017

Evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27272325>)

ავტორი British Dietetic Association

ბოლო გამოქვეყნება: 2016

ევროპა

Irritable bowel syndrome diagnosis and management: a simplified algorithm for clinical practice (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5625880>)

ავტორი United European Gastroenterology Journal

ბოლო გამოქვეყნება: 2017

Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28566121>)

ავტორი Danish Society for Gastroenterology and Hepatology

ბოლო გამოქვეყნება: 2017

Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: concept, diagnosis, and healthcare continuity (part 1) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027792>)

ავტორი Sociedad Española de Patología Digestiva; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

ბოლო გამოქვეყნება: 2017

Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: treatment (part 2) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28238460>)

ავტორი Sociedad Española de Patología Digestiva; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

ბოლო გამოქვეყნება: 2017

Evaluation of medicinal products for the treatment of irritable bowel syndrome (<https://www.ema.europa.eu/en/evaluation-medicinal-products-treatment-irritable-bowel-syndrome>)

ავტორი European Medicines Agency

ბოლო გამოქვეყნება: 2014

საერთაშორისო

Probiotics and prebiotics (<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english>)

ავტორი World Gastroenterology Organisation

ბოლო გამოქვეყნება: 2023

Irritable bowel syndrome: a global perspective (<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines>)

ავტორი World Gastroenterology Organisation

ბოლო გამოქვეყნება: 2015

ჩრდილოეთი ამერიკა

AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with diarrhea (<https://gastro.org/guidelines>)

ავტორი American Gastroenterological Association

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with constipation (<https://gastro.org/guidelines>)

ავტორი American Gastroenterological Association

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

AGA clinical practice update on the role of diet in irritable bowel syndrome: expert review (<https://gastro.org/guidelines>)

ავტორი American Gastroenterological Association

ბოლო გამოქვეყნება: 2022

ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome (<https://gi.org/guidelines>)

ავტორი American College of Gastroenterology

ბოლო გამოქვეყნება: 2021

აზია

Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome 2020 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-020-01746-z>)

ავტორი Japanese Society of Gastroenterology

ბოლო გამოქვეყნება: 2021

Clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome in Korea (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885719>)

ავტორი Korean Society of Neurogastroenterology and Motility

ბოლო გამოქვეყნება: 2018

ძირითადი სტატიები

- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1480-91. [სრული ტექსტი \(http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(06\)00512-9/fulltext\)](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(06)00512-9/fulltext) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678561?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678561?tool=bestpractice.bmj.com)
- Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1393-407. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144627?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144627?tool=bestpractice.bmj.com)
- Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021 Jan 1;116(1):17-44. [სრული ტექსტი \(https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2021/01000/ACG_Clinical_Guideline_Management_of_Irritable.11.aspx\)](https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2021/01000/ACG_Clinical_Guideline_Management_of_Irritable.11.aspx) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33315591?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33315591?tool=bestpractice.bmj.com)
- Smalley W, Falck-Ytter C, Carrasco-Labra A, et al. AGA clinical practice guidelines on the laboratory evaluation of functional diarrhea and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome in adults (IBS-D). *Gastroenterology*. 2019 Sep;157(3):851-4. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.004\)](https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.004) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31302098?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31302098?tool=bestpractice.bmj.com)
- Chey WD, Hashash JG, Manning L, et al. AGA clinical practice update on the role of diet in irritable bowel syndrome: expert review. *Gastroenterology*. 2022 May;162(6):1737-45.e5. [სრული ტექსტი \(https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(21\)04084-1/fulltext\)](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(21)04084-1/fulltext) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35337654?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35337654?tool=bestpractice.bmj.com)
- Dionne J, Ford AC, Yuan Y, et al. A systematic review and meta-analysis evaluating the efficacy of a gluten-free diet and a low FODMAPs diet in treating symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018 Sep;113(9):1290-300. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30046155?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30046155?tool=bestpractice.bmj.com)
- Chang L, Sultan S, Lembo A, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with constipation. *Gastroenterology*. 2022 Jul;163(1):118-36. [სრული ტექსტი \(https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(22\)00390-0/fulltext\)](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(22)00390-0/fulltext) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738724?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738724?tool=bestpractice.bmj.com)
- Lembo A, Sultan S, Chang L, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with diarrhea. *Gastroenterology*. 2022 Jul;163(1):137-51. [სრული ტექსტი \(https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(22\)00391-2/fulltext\)](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(22)00391-2/fulltext) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738725?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738725?tool=bestpractice.bmj.com)

წყაროები

1. Drossman DA, Camilleri M, Mayes FA. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002 Dec;123(6):2108-31. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12454866?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12454866?tool=bestpractice.bmj.com)

2. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1480-91. სრული ტექსტი ([http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(06\)00512-9/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(06)00512-9/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678561?tool=bestpractice.bmj.com>)
3. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1393-407. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144627?tool=bestpractice.bmj.com>)
4. Peery AF, Dellon ES, Lund J, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology*. 2012 Aug 8;143(5):1179-87.e3. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480553>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22885331?tool=bestpractice.bmj.com>)
5. Talley NJ, Gabriel SE, Harmsen WS, et al. Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1995 Dec;109(6):1736-41. სრული ტექსტი ([https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085\(95\)90738-6/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085(95)90738-6/pdf)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7498636?tool=bestpractice.bmj.com>)
6. Everhart JE, Renault PF. Irritable bowel syndrome in office-based practice in the United States. *Gastroenterology*. 1991 Apr;100(4):998-1005. სრული ტექსტი ([https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085\(91\)90275-P/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085(91)90275-P/pdf)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2001837?tool=bestpractice.bmj.com>)
7. Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, et al. Irritable bowel syndrome. *Lancet*. 2020 Nov 21;396(10263):1675-88. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33049223?tool=bestpractice.bmj.com>)
8. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol*. 2014 Feb 4;6:71-80. სრული ტექსტი (<https://www.dovepress.com/the-epidemiology-of-irritable-bowel-syndrome-peer-reviewed-fulltext-article-CLEP>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24523597?tool=bestpractice.bmj.com>)
9. Chey WD, Maneerattaporn M, Saad R. Pharmacologic and complementary and alternative medicine therapies for irritable bowel syndrome. *Gut Liver*. 2011 Sep;5(3):253-66. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3166664>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21927652?tool=bestpractice.bmj.com>)
10. World Gastroenterology Organisation. Irritable bowel syndrome: a global perspective. Sep 2015 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/irritable-bowel-syndrome-ibs/irritable-bowel-syndrome-ibs-english>)
11. Boyce PM, Koloski NA, Taley NJ. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? *Am J Gastroenterol*. 2000 Nov;95(11):3176-83. [Erratum in *Am J Gastroenterol*. 2001 Apr;96(4):1319.] აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11095338?tool=bestpractice.bmj.com>)
12. Gwee KA, Wee S, Wong ML, et al. The prevalence, symptom characteristics, and impact of irritable bowel syndrome in an Asian urban community. *Am J Gastroenterol*. 2004 May;99(5):924-31. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128362?tool=bestpractice.bmj.com>)

13. Creed F. Review article: the incidence and risk factors for irritable bowel syndrome in population-based studies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019 Sep;50(5):507-16. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31313850?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31313850?tool=bestpractice.bmj.com)

14. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR 3rd. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2002 Aug;97(8):1910-5. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12190153?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12190153?tool=bestpractice.bmj.com)

15. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012 Jul;10(7):712-21.e4. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029\)](https://www.doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22426087?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22426087?tool=bestpractice.bmj.com)

16. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. *JAMA.* 2015 Mar 3;313(9):949-58. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25734736?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25734736?tool=bestpractice.bmj.com)

17. Longstreth GF, Wolde-Tsadik G. Irritable bowel syndrome type symptoms in HMO examinees. Prevalence, demographics, and clinical correlates. *Dig Dis Sci.* 1993 Sep;38(9):1581-9. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8359067?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8359067?tool=bestpractice.bmj.com)

18. Oka P, Parr H, Barberio B, et al. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020 Oct;5(10):908-17. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32702295?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32702295?tool=bestpractice.bmj.com)

19. Saito YA, Petersen GM, Larson JJ, et al. Familial aggregation of irritable bowel syndrome: a family case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2010 Apr;105(4):833-41. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2875200\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2875200) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20234344?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20234344?tool=bestpractice.bmj.com)

20. Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry.* 1993 Oct;150(10):1502-6. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8379554?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8379554?tool=bestpractice.bmj.com)

21. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, et al. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med.* 1995 Nov 15;123(10):782-94. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7574197?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7574197?tool=bestpractice.bmj.com)

22. Kanuri N, Cassell B, Bruce SE, et al. The impact of abuse and mood on bowel symptoms and health-related quality of life in irritable bowel syndrome (IBS). *Neurogastroenterol Motil.* 2016 Oct;28(10):1508-17. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042818\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042818) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27151081?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27151081?tool=bestpractice.bmj.com)

23. Chiaffarino F, Cipriani S, Ricci E, et al. Endometriosis and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2021 Jan;303(1):17-25. [სრული ტექსტი \(https://air.unimi.it/handle/2434/765697\)](https://air.unimi.it/handle/2434/765697) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32949284?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32949284?tool=bestpractice.bmj.com)

24. Klem F, Wadhwa A, Prokop LJ, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of irritable bowel syndrome after infectious enteritis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017 Apr;152(5):1042-54. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28069350?tool=bestpractice.bmj.com>)
25. Burns G, Carroll G, Mathe A, et al. Evidence for local and systemic immune activation in functional dyspepsia and the irritable bowel syndrome: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2019 Mar;114(3):429-36. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30839392?tool=bestpractice.bmj.com>)
26. Krammer L, Sowa AS, Lorentz A. Mast cells in irritable bowel syndrome: a systematic review. *J Gastrointest Liver Dis*. 2019 Dec 9;28(4):463-72. სრული ტექსტი (<https://www.jgld.ro/jgld/index.php/jgld/article/view/229>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31826052?tool=bestpractice.bmj.com>)
27. Ahmad OF, Akbar A. Microbiome, antibiotics and irritable bowel syndrome. *Br Med Bull*. 2016 Dec;120(1):91-9. სრული ტექსტი (<https://academic.oup.com/bmb/article/120/1/91/2333808>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27737852?tool=bestpractice.bmj.com>)
28. Liu HN, Wu H, Chen YZ, et al. Altered molecular signature of intestinal microbiota in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Dig Liver Dis*. 2017 Apr;49(4):331-7. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28179092?tool=bestpractice.bmj.com>)
29. Ghoshal UC, Nehra A, Mathur A, et al. A meta-analysis on small intestinal bacterial overgrowth in patients with different subtypes of irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020 Jun;35(6):922-31. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31750966?tool=bestpractice.bmj.com>)
30. Slattery SA, Niaz O, Aziz Q, et al. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of bile acid malabsorption in the irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015 Jul;42(1):3-11. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1111/apt.13227>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25913530?tool=bestpractice.bmj.com>)
31. Ng QX, Soh AYS, Loke W, et al. Systematic review with meta-analysis: The association between post-traumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 2019 Jan;34(1):68-73. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30144372?tool=bestpractice.bmj.com>)
32. Kellow JE, Azpiroz F, Delvaux M, et al. Applied principles of neurogastroenterology: physiology/motility sensation. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1412-20. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678555?tool=bestpractice.bmj.com>)
33. Ritchie J. Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable colon syndrome. *Gut*. 1973 Feb;14(2):125-32. სრული ტექსტი (<https://gut.bmj.com/content/14/2/125.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4696535?tool=bestpractice.bmj.com>)
34. National Institute for Health and Care Excellence. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. Apr 2017 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG61>)

35. Shian B, Larson ST. Abdominal wall pain: clinical evaluation, differential diagnosis, and treatment. *Am Fam Physician*. 2018 Oct 1;98(7):429-36. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30252418?tool=bestpractice.bmj.com>)
36. Fu Y, Wang L, Xie C, et al. Comparison of non-invasive biomarkers faecal BAFF, calprotectin and FOBT in discriminating IBS from IBD and evaluation of intestinal inflammation. *Sci Rep*. 2017 Jun 1;7(1):2669. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1038/s41598-017-02835-5>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28572616?tool=bestpractice.bmj.com>)
37. National Institute for Health and Care Excellence. Suspected cancer: recognition and referral. Oct 2023 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>)
38. National Institute for Health and Care Excellence. Quantitative faecal immunochemical testing to guide colorectal cancer pathway referral in primary care. Aug 2023 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://www.nice.org.uk/guidance/dg56>)
39. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021 Jan 1;116(1):17-44. სრული ტექსტი (https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2021/01000/ACG_Clinical_Guideline_Management_of_Irritable.11.aspx) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33315591?tool=bestpractice.bmj.com>)
40. Smalley W, Falck-Ytter C, Carrasco-Labra A, et al. AGA clinical practice guidelines on the laboratory evaluation of functional diarrhea and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome in adults (IBS-D). *Gastroenterology*. 2019 Sep;157(3):851-4. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.004>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31302098?tool=bestpractice.bmj.com>)
41. Waugh N, Cummins E, Royle P, et al. Faecal calprotectin testing for differentiating amongst inflammatory and non-inflammatory bowel diseases: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2013 Nov;17(55):1-211. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24286461?tool=bestpractice.bmj.com>)
42. Menees SB, Powell C, Kurlander J, et al. A meta-analysis of the utility of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, fecal calprotectin, and fecal lactoferrin to exclude inflammatory bowel disease in adults with IBS. *Am J Gastroenterol*. 2015 Mar;110(3):444-54. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25732419?tool=bestpractice.bmj.com>)
43. Ricciuto A, Griffiths AM. Clinical value of fecal calprotectin. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2019 Aug;56(5):307-20. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31088326?tool=bestpractice.bmj.com>)
44. Lewis NR, Scott BB. Systematic review: the use of serology to exclude or diagnose coeliac disease (a comparison of the endomysial and tissue transglutaminase antibody tests). *Aliment Pharmacol Ther*. 2006 Jul 1;24(1):47-54. სრული ტექსტი (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2036.2006.02967.x>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16803602?tool=bestpractice.bmj.com>)
45. Irvine AJ, Chey WD, Ford AC. Screening for celiac disease in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2017 Jan;112(1):65-76. სრული ტექსტი

(<https://eprints.whiterose.ac.uk/106483>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27753436?tool=bestpractice.bmj.com>)

46. Pattni SS, Brydon WG, Dew T, et al. Fibroblast growth factor 19 in patients with bile acid diarrhoea: a prospective comparison of FGF19 serum assay and SeHCAT retention. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013 Oct;38(8):967-76. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1111/apt.12466>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23981126?tool=bestpractice.bmj.com>)
47. Koide A, Yamaguchi T, Odaka T, et al. Quantitative analysis of bowel gas using plain abdominal radiograph in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2000 Jul;95(7):1735-41. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10925977?tool=bestpractice.bmj.com>)
48. Miehle S, Guagnozzi D, Zabana Y, et al. European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology and European Microscopic Colitis Group statements and recommendations. *United European Gastroenterol J*. 2021 Feb 22;9(1):13-37. სრული ტექსტი (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/2050640620951905>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33619914?tool=bestpractice.bmj.com>)
49. Roszkowska A, Pawlicka M, Mroczek A, et al. Non-celiac gluten sensitivity: a review. *Medicina (Kaunas)*. 2019 May 28;55(6):222. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.3390/medicina55060222>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31142014?tool=bestpractice.bmj.com>)
50. Quigley EM, Quera R. Small intestinal bacterial overgrowth: roles of antibiotics, prebiotics, and probiotics. *Gastroenterology*. 2006 Feb;130(2 suppl 1):S78-90. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16473077?tool=bestpractice.bmj.com>)
51. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards a positive diagnosis of irritable bowel. *BMJ*. 1978 Sep 2;2(6138):653-4.
52. Bosman M, Elsenbruch S, Corsetti M, et al. The placebo response rate in pharmacological trials in patients with irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021 Jun;6(6):459-73. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33765447?tool=bestpractice.bmj.com>)
53. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut*. 2021 Jul;70(7):1214-40. სრული ტექსტი (<https://gut.bmj.com/content/70/7/1214.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33903147?tool=bestpractice.bmj.com>)
54. Nunan D, Cai T, Gardener AD, et al. Physical activity for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Jun 29;(6):CD011497. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011497.pub2/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35766861?tool=bestpractice.bmj.com>)
55. Chey WD, Hashash JG, Manning L, et al. AGA clinical practice update on the role of diet in irritable bowel syndrome: expert review. *Gastroenterology*. 2022 May;162(6):1737-45.e5. სრული ტექსტი ([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(21\)04084-1/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(21)04084-1/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35337654?tool=bestpractice.bmj.com>)

56. McIntosh K, Reed DE, Schneider T, et al. FODMAPs alter symptoms and the metabolome of patients with IBS: a randomised controlled trial. *Gut*. 2017 Jul;66(7):1241-51. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26976734?tool=bestpractice.bmj.com>)
57. Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, et al. Diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional dietary advice: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2015 Nov;149(6):1399-407. **სრული ტექსტი** ([http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(15\)01086-0/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(15)01086-0/fulltext)) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26255043?tool=bestpractice.bmj.com>)
58. Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr*. 2016 Apr;55(3):897-906. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25982757?tool=bestpractice.bmj.com>)
59. Varjú P, Farkas N, Hegyi P I, et al. Low fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols (FODMAP) diet improves symptoms in adults suffering from irritable bowel syndrome (IBS) compared to standard IBS diet: a meta-analysis of clinical studies. *PLoS One*. 2017 Aug 14;12(8):e0182942. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5555627>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28806407?tool=bestpractice.bmj.com>)
60. Altobelli E, Del Negro V, Angeletti PM, et al. Low-FODMAP diet improves irritable bowel syndrome symptoms: a meta-analysis. *Nutrients*. 2017 Aug 26;9(9):E940. **სრული ტექსტი** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622700>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28846594?tool=bestpractice.bmj.com>)
61. van Lanen AS, de Bree A, Greyling A. Efficacy of a low-FODMAP diet in adult irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr*. 2021 Sep;60(6):3505-22. **სრული ტექსტი** (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00394-020-02473-0>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33585949?tool=bestpractice.bmj.com>)
62. Dionne J, Ford AC, Yuan Y, et al. A systematic review and meta-analysis evaluating the efficacy of a gluten-free diet and a low FODMAPs diet in treating symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018 Sep;113(9):1290-300. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30046155?tool=bestpractice.bmj.com>)
63. Rao SS, Yu S, Fedewa A. Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015 Jun;41(12):1256-70. **სრული ტექსტი** (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.13167>) **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25903636?tool=bestpractice.bmj.com>)
64. Krogsgaard LR, Lyngesen M, Bytzer P. Systematic review: quality of trials on the symptomatic effects of the low FODMAP diet for irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017 Jun;45(12):1506-13. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28440580?tool=bestpractice.bmj.com>)
65. Black CJ, Staudacher HM, Ford AC. Efficacy of a low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. 2022 Jun;71(6):1117-26. **აბსტრაქტი** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34376515?tool=bestpractice.bmj.com>)

66. Carbone F, Van den Houte K, Besard L, et al. Diet or medication in primary care patients with IBS: the DOMINO study - a randomised trial supported by the Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE Trials Programme) and the Rome Foundation Research Institute. *Gut*. 2022 Nov;71(11):2226-32. სრული ტექსტი (<https://gut.bmj.com/content/71/11/2226.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35483886?tool=bestpractice.bmj.com>)
67. Wang XJ, Camilleri M, Vanner S, et al. Review article: biological mechanisms for symptom causation by individual FODMAP subgroups - the case for a more personalised approach to dietary restriction. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019 Sep;50(5):517-29. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31309595?tool=bestpractice.bmj.com>)
68. Ford AC, Moayyedi P, Chey WD, et al. American College of Gastroenterology monograph on management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018 Jun;113(suppl 2):1-18. სრული ტექსტი (https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/06002/American_College_of_Gastroenterology_Monograph_on.1.aspx) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29950604?tool=bestpractice.bmj.com>)
69. Nordin E, Brunius C, Landberg R, et al. Fermentable oligo-, di-, monosaccharides, and polyols (FODMAPs), but not gluten, elicit modest symptoms of irritable bowel syndrome: a double-blind, placebo-controlled, randomized three-way crossover trial. *Am J Clin Nutr*. 2022 Feb 9;115(2):344-52. სრული ტექსტი (<https://academic.oup.com/ajcn/article/115/2/344/6382986>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34617561?tool=bestpractice.bmj.com>)
70. World Gastroenterology Organisation. Global guidelines: probiotics and prebiotics. Feb 2023 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english>)
71. Liang D, Longgui N, Guoqiang X. Efficacy of different probiotic protocols in irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jul;98(27):e16068. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1097/MD.0000000000016068>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31277101?tool=bestpractice.bmj.com>)
72. Ford AC, Harris LA, Lacy BE, et al. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018 Nov;48(10):1044-60. სრული ტექსტი (<https://eprints.whiterose.ac.uk/165996>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30294792?tool=bestpractice.bmj.com>)
73. Su GL, Ko CW, Bercik P, et al. AGA clinical practice guidelines on the role of probiotics in the management of gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2020 Aug;159(2):697-705. სრული ტექსტი ([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(20\)34729-6/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(20)34729-6/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32531291?tool=bestpractice.bmj.com>)
74. Yuan F, Ni H, Asche CV, et al. Efficacy of Bifidobacterium infantis 35624 in patients with irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Curr Med Res Opin*. 2017 Jul;33(7):1191-7. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28166427?tool=bestpractice.bmj.com>)
75. Nagarajan N, Morden A, Bischof D, et al. The role of fiber supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol*

- Hepatol. 2015 Sep;27(9):1002-10. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26148247?tool=bestpractice.bmj.com>)
76. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Aug 10;(8):CD003460. სრული ტექსტი (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003460.pub3/full>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833945?tool=bestpractice.bmj.com>)
77. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2008 Nov 13;337:a2313. სრული ტექსტი (<https://www.bmj.com/content/337/bmj.a2313.long>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008265?tool=bestpractice.bmj.com>)
78. Chang L, Sultan S, Lembo A, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with constipation. Gastroenterology. 2022 Jul;163(1):118-36. სრული ტექსტი ([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(22\)00390-0/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(22)00390-0/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738724?tool=bestpractice.bmj.com>)
79. Black CJ, Burr NE, Quigley EMM, et al. Efficacy of secretagogues in patients with irritable bowel syndrome with constipation: systematic review and network meta-analysis. Gastroenterology. 2018 Dec;155(6):1753-63. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.08.021>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30144426?tool=bestpractice.bmj.com>)
80. Thomas RH, Allmond K. Linaclotide (Linzess) for irritable bowel syndrome with constipation and for chronic idiopathic constipation. P T. 2013 Mar;38(3):154-60. სრული ტექსტი (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638410>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23641133?tool=bestpractice.bmj.com>)
81. Shah ED, Kim HM, Schoenfeld P. Efficacy and tolerability of guanylate cyclase-C agonists for irritable bowel syndrome with constipation and chronic idiopathic constipation: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2018 Mar;113(3):329-38. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29380823?tool=bestpractice.bmj.com>)
82. Drossman DA, Chey WD, Johanson JF, et al. Clinical trial: lubiprostone in patients with constipation-associated irritable bowel syndrome - results of two randomized, placebo-controlled studies. Aliment Pharmacol Ther. 2009 Feb 1;29(3):329-41 აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19006537?tool=bestpractice.bmj.com>)
83. Li F, Fu T, Tong WD, et al. Lubiprostone is effective in the treatment of chronic idiopathic constipation and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Mayo Clin Proc. 2016 Apr;91(4):456-68. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27046523?tool=bestpractice.bmj.com>)
84. Vakil N. Commentary: tegaserod and IBS, two decades on. Aliment Pharmacol Ther. 2020 Jan;51(1):200-1. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1111/apt.15516>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31850554?tool=bestpractice.bmj.com>)

85. Sayuk GS, Tack J. Tegaserod: What's old is new again. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022 Oct;20(10):2175-2184.e19. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1016/j.cgh.2022.01.024>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35123085?tool=bestpractice.bmj.com>)
86. Alfasigma USA, Inc. ZELNORM® (tegaserod) notice of withdrawal from market. Jun 2022 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://www.myzelnorm.com/assets/pdfs/Press%20Release%20on%20Notice%20of%20Withdrawal.pdf>)
87. Lembo A, Sultan S, Chang L, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with diarrhea. Gastroenterology. 2022 Jul;163(1):137-51. სრული ტექსტი ([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(22\)00391-2/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(22)00391-2/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738725?tool=bestpractice.bmj.com>)
88. Dove LS, Lembo A, Randall CW, et al. Eluxadoline benefits patients with irritable bowel syndrome with diarrhea in a phase 2 study. Gastroenterology. 2013 Aug;145(2):329-38.e1 სრული ტექსტი ([http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(13\)00499-X/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(13)00499-X/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23583433?tool=bestpractice.bmj.com>)
89. US Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: FDA warns about increased risk of serious pancreatitis with irritable bowel drug Viberzi (eluxadoline) in patients without a gallbladder. Mar 2017 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm546154.htm>)
90. Andresen V, Montori VM, Keller J, et al. Effects of 5-hydroxytryptamine (serotonin) type 3 antagonists on symptom relief and constipation in nonconstipated irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008 May;6(5):545-55. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18242143?tool=bestpractice.bmj.com>)
91. Zheng Y, Yu T, Tang Y, et al. Efficacy and safety of 5-hydroxytryptamine 3 receptor antagonists in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2017 Mar 14;12(3):e0172846. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1371/journal.pone.0172846>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28291778?tool=bestpractice.bmj.com>)
92. Ford AC, Brandt LJ, Young C, et al. Efficacy of 5-HT3 antagonists and 5-HT4 agonists in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2009 Jul;104(7):1831-43. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19471254?tool=bestpractice.bmj.com>)
93. Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, et al. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2012 Jan;107(1):28-35; quiz 36. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22045120?tool=bestpractice.bmj.com>)
94. Pimentel M, Lembo A, Chey WD, et al. Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation. N Engl J Med. 2011 Jan 6;364(1):22-32. სრული ტექსტი (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1004409>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21208106?tool=bestpractice.bmj.com>)
95. Li J, Zhu W, Liu W, et al. Rifaximin for irritable bowel syndrome: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Medicine (Baltimore). 2016 Jan;95(4):e2534. სრული ტექსტი (<https://>)

- www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26825893?tool=bestpractice.bmj.com) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26825893?tool=bestpractice.bmj.com>)
96. Camilleri M, Boeckstaens G. Dietary and pharmacological treatment of abdominal pain in IBS. *Gut*. 2017 May;66(5):966-74. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28232472?tool=bestpractice.bmj.com>)
97. Alammari N, Wang L, Saberi B, et al. The impact of peppermint oil on the irritable bowel syndrome: a meta-analysis of the pooled clinical data. *BMC Complement Altern Med*. 2019 Jan 17;19(1):21. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1186/s12906-018-2409-0>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30654773?tool=bestpractice.bmj.com>)
98. Weerts ZZRM, Masclee AAM, Witteman BJM, et al. Efficacy and safety of peppermint oil in a randomized, double-blind trial of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2020 Jan;158(1):123-36. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31470006?tool=bestpractice.bmj.com>)
99. Rahimi R, Nikfar S, Rezaie A, et al. Efficacy of tricyclic antidepressants in irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2009 Apr 7;15(13):1548-53. სრული ტექსტი (<http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v15/i13/1548.htm>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19340896?tool=bestpractice.bmj.com>)
100. Xie C, Tang Y, Wang Y, et al. Efficacy and safety of antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015 Aug 7;10(8):e0127815. სრული ტექსტი (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127815>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26252008?tool=bestpractice.bmj.com>)
101. Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, et al. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. 2020 Aug;69(8):1441-51. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32276950?tool=bestpractice.bmj.com>)
102. Barbara G, Grover M, Bercik P, et al. Rome Foundation Working Team report on post-infection irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2019 Jan;156(1):46-58.e7. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.07.011>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30009817?tool=bestpractice.bmj.com>)
103. El-Salhy M, Mazzawi T. Fecal microbiota transplantation for managing irritable bowel syndrome. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018 May;12(5):439-45. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29493330?tool=bestpractice.bmj.com>)
104. Jeffery IB, Das A, O'Herlihy E, et al. Differences in fecal microbiomes and metabolomes of people with vs without irritable bowel syndrome and bile acid malabsorption. *Gastroenterology*. 2020 Mar;158(4):1016-28.e8. სრული ტექსტი ([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(19\)41920-3/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(19)41920-3/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31843589?tool=bestpractice.bmj.com>)
105. Pittayanon R, Lau JT, Yuan Y, et al. Gut microbiota in patients with irritable bowel syndrome—a systematic review. *Gastroenterology*. 2019 Jul;157(1):97-108. სრული ტექსტი ([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(19\)34649-9/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(19)34649-9/fulltext)) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30940523?tool=bestpractice.bmj.com>)

106. Aroniadis OC, Brandt LJ, Oneto C, et al. Faecal microbiota transplantation for diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019 Sep;4(9):675-85. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31326345?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31326345?tool=bestpractice.bmj.com)
107. El-Salhy M, Hatlebakk JG, Gilja OH, et al. Efficacy of faecal microbiota transplantation for patients with irritable bowel syndrome in a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Gut.* 2020 May;69(5):859-67. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1136/gutjnl-2019-319630\)](https://www.doi.org/10.1136/gutjnl-2019-319630) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31852769?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31852769?tool=bestpractice.bmj.com)
108. Ianiro G, Eusebi LH, Black CJ, et al. Systematic review with meta-analysis: efficacy of faecal microbiota transplantation for the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019 Aug;50(3):240-8. [სრული ტექსტი \(https://eprints.whiterose.ac.uk/165994\)](https://eprints.whiterose.ac.uk/165994) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31136009?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31136009?tool=bestpractice.bmj.com)
109. Xu D, Chen VL, Steiner CA, et al. Efficacy of fecal microbiota transplantation in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2019 Jul;114(7):1043-50. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7257434\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7257434) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30908299?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30908299?tool=bestpractice.bmj.com)
110. Qi Q, Zhang Y, Chen F, et al. Ramosetron for the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Gastroenterol.* 2018 Jan 8;18(1):5. [სრული ტექსტი \(https://www.doi.org/10.1186/s12876-017-0734-2\)](https://www.doi.org/10.1186/s12876-017-0734-2) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29310568?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29310568?tool=bestpractice.bmj.com)
111. Black CJ, Burr NE, Camilleri M, et al. Efficacy of pharmacological therapies in patients with IBS with diarrhoea or mixed stool pattern: systematic review and network meta-analysis. *Gut.* 2020 Jan;69(1):74-82. [სრული ტექსტი \(https://gut.bmj.com/content/69/1/74.long\)](https://gut.bmj.com/content/69/1/74.long) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30996042?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30996042?tool=bestpractice.bmj.com)
112. Fukudo S, Kinoshita Y, Okumura T, et al. Ramosetron reduces symptoms of irritable bowel syndrome with diarrhea and improves quality of life in women. *Gastroenterology.* 2016 Feb;150(2):358-66. [სრული ტექსტი \(http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(15\)01584-X/fulltext\)](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(15)01584-X/fulltext) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26551550?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26551550?tool=bestpractice.bmj.com)
113. Garsed K, Chernova J, Hastings M, et al. A randomised trial of ondansetron for the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Gut.* 2014 Oct;63(10):1617-25. [სრული ტექსტი \(http://gut.bmj.com/content/63/10/1617.long\)](http://gut.bmj.com/content/63/10/1617.long) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24334242?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24334242?tool=bestpractice.bmj.com)
114. Jung HK, Choung R, Locke G. Diarrhea predominant irritable bowel syndrome is associated with diverticulosis: a population based study. *Am J Gastroenterol.* 2010 Mar;105(3):652-61. [სრული ტექსტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2857983\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2857983) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19861955?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19861955?tool=bestpractice.bmj.com)
115. Zhang QE, Wang F, Qin G, et al. Depressive symptoms in patients with irritable bowel syndrome: a meta-analysis of comparative studies. *Int J Biol Sci.* 2018 Aug 15;14(11):1504-12. [სრული ტექსტი \(https://](https://)

www.doi.org/10.7150/ijbs.25001) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30263003?tool=bestpractice.bmj.com>)

116. Wang B, Duan R, Duan L. Prevalence of sleep disorder in irritable bowel syndrome: a systematic review with meta-analysis. Saudi J Gastroenterol. 2018 May-Jun;24(3):141-50. სრული ტექსტი (https://www.doi.org/10.4103/sjg.SJG_603_17) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29652034?tool=bestpractice.bmj.com>)
117. Li Z, Huang W, Wang X, et al. The relationship between lower urinary tract symptoms and irritable bowel syndrome: a meta-analysis of cross-sectional studies. Minerva Urol Nefrol. 2018 Aug;70(4):386-92. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.23736/S0393-2249.18.03044-8>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29595038?tool=bestpractice.bmj.com>)

განმარტება

BMJ Best Practice განკუთვნილია ლიცენზირებული სამედიცინო პროფესიონალებისთვის. BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) არ უწევს რეკომენდაციას იმ მედიკამენტების ან თერაპიის გამოყენებას, რომლებიც პუბლიკაციაშია ნახსენები. არ ხდება პაციენტების დიაგნოსტიკა. როგორც სამედიცინო პროფესიონალი, თქვენ გაქვთ სრული პასუხისმგებლობა პაციენტის მკურნალობაზე და უნდა გამოიყენოთ საკუთარი კლინიკური ცოდნა და ექსპერტიზა ამ რესურსის მოხმარების დროს.

ეს მასალა არ ფარავს დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, მონიტორინგის ყველა შესაძლო მეთოდს. ყველა მედიკამენტი, უკუჩვენებები და გვერდითი მოვლენები არ არის განხილული. ასევე, მედიცინის სტანდარტები და პრაქტიკები იცვლება ახალი ინფორმაციის მოპოვებისას, ამიტომ რაც შეიძლება მეტ წყაროს უნდა იყენებდეთ. ჩვენ რეკომენდაციას ვუწევთ კონკრეტული დიაგნოზის, მკურნალობის, მონიტორინგის ინდივიდუალურ ვარიანტებს, რათა უზრუნველყოთ პაციენტისთვის შესაფერისი მკურნალობა თქვენს რეგიონში. ასევე, რეცეპტით გაცემული მედიკამენტების შემთხვევაში, მონოდედულია შეამოწმოთ მედიკამენტის ბუკლერი, რომელშიც მოცემულია ჩვენებები, დოზირების სქემა და უკუჩვენებები; განსაკუთრებით თუ მედიკამენტი ახალია, იშვიათად გამოიყენება ან ვიწრო თერაპიული ფანჯარა აქვს. ყოველთვის შეამოწმეთ, არის თუ არა ნახსენები მედიკამენტი ლიცენზირებული თქვენს რეგიონში, იმავე ჩვენებისთვის და იმავე დოზით.

BMJ Best Practice ინფორმაციას განვითარებთ არსებული სახით. არ არსებობს ინფორმაციის სიზუსტის ან სიახლის გარანტია ან წინაპირობა. BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას პაციენტების ამ რესურსის მიხედვით მკურნალობაზე. კანონის დაცვით, BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას დაზიანებაზე, რომელიც ამ მასალის გამო აღინიშნა. გამოტოვებულია ყველა პირობა, გარანტია და სხვა დებულება, რომელიც კანონით შეიძლება იყოს გათვალისწინებული, მაგ. დამაკმაყოფილებელი ხარისხი, შესაბამისობა მიზნებთან, რაციონალური მიდგომა მომსახურებაზე და საკუთრების უფლებების დარღვევა.

იქ, სადაც BMJ Best Practice გადათარგმნილია ინგლისურიდან სხვა ენებზე, BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას თარგმანის სიზუსტესა და სანდოობაზე, ან მესამე პირების მიერ მონოდედულ მასალებზე (მაგ. ადგილობრივი რეგულაციები, კლინიკური გაიდლაინები, ტერმინოლოგია, მედიკამენტების სახელები და დოზები). BMJ არ არის პასუხისმგებელი შეცდომებზე, რომლებიც თარგმანის და ადაპტაციის დროს მოხდა. თუ BMJ Practice მოიცავს მედიკამენტების სახელებს, დაცულია International Nonproprietary Names (rINNs) რეკომენდაციები. ზოგიერთი ფორმულარი იმავე მედიკამენტებს შეიძლება სხვა სახელით მოიხსენიებდეს.

გახსოვდეთ, რომ ფორმულა/მედიკამენტის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების ბაზების, დასახელების და ბრენდების მიხედვით, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით. აუცილებლად უნდა მოიმუშაოთ ადგილობრივი ფორმულარი.

BMJ Best Practice-ის რეკომენდაციები მკურნალობის შესახებ სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს. ინტეგრირებული ფორმულარის შერჩევისას სიფრთხილედ გმართებთ, რადგან მკურნალობის ზოგიერთი რეკომენდაცია მხოლოდ ზრდასრულებს ეხება, პედიატრიული ფორმულარი კი შეიძლება არ უჭერდეს მხარს ბავშვებში გამოყენებას (და პირიქით). ყოველთვის შეამოწმეთ, იყენებთ თუ არა პაციენტისთვის შესაბამის ფორმულარს.

თუ BMJ Best Practice -ის თქვენი ვერსია არ არის ინტეგრირებული ადგილობრივ ფორმულარისთან, აუცილებელია ადგილობრივი ფარმაცევტული ბაზის შემოწმება მედიკამენტის შესახებ ინფორმაციის, (მაგ. უკუჩვენებების, წამალთშორისი ურთიერთქმედებების ალტერნატიული დოზირების) სანახავად.

რიცხვების ინტერპრეტაცია

მასალის ენის მიუხედავად, რიცხვები გამოსახული იქნება ინგლისური ენის სტანდარტის მიხედვით. მაგალითად, 4-ციფრიანი რიცხვი არ უნდა მოიცავდეს მძიმეს ან წერტილს; 5 ან მეტ-ციფრიანი რიცხვები უნდა მოიცავდეს მძიმეს; 1-ზე ნაკლები რიცხვები უნდა დაინეროს მეთოდების გამოყენებით. იხ. ფიგურა 1, განმარტებითი ცხრილისთვის.

BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას რიცხვების არასწორ ინტერპრეტაციაზე, თუ რიცხვები ამ სტანდარტს აკმაყოფილებ

განმარტება

ეს მიღგომა შესაბამემა [International Bureau of Weights and Measures Service](#)-ის სტანდარტს.

ფიგურა 1 – BMJ Best Practice -ის ციფრების სტილი

5-ციფრიანი რიცხვები: 10,000

4-ციფრიანი რიცხვები: 1000

რიცხვები < 1: 0.25

ჩვენი სრული ვებგვერდი და წესები/პირობები შეგიძლიათ იხილოთ აქ: [ვებგვერდის წესები და პირობები](#).

დაგვიკავშირდით

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

კონტრიბუტორები:

// ავტორები:

Ned Snyder, MD, MACP, AGAF

Professor of Medicine

Baylor College of Medicine and Marion DeBakey VA Hospital, Houston, TX, Adjunct Professor of Medicine, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX

განცხადება: NS declares that he is a member on the board of the Kelsey Research Foundation, a non-profit organization. Kelsey Research Foundation has received and awarded private grants for the study of the microbiome in several diseases, including irritable bowel syndrome.

// რეცენზენტები:

Douglas Drossman, MD

Professor of Medicine and Psychiatry

School of Medicine, Co-Director, UNC Center for Functional GI and Motility Disorders, Chapel Hill, NC

განცხადება: DD declares that he has no competing interests.

Simon McLaughlin, MBBS

Research Fellow

Department of Gastroenterology, St Mark's Hospital, Northwick Park, Harrow, UK

განცხადება: SM declares that he has no competing interests.

Horace Williams, MBBS

Clinical Research Fellow

Division of Medicine, Imperial College, London, UK

განცხადება: HW declares that he has no competing interests.