



¹ Омский
государственный
медицинский
университет

² Национальный
медицинский
исследовательский
центр терапии
и профилактической
медицины, Москва

³ Московский
клинический научно-
практический центр
им. А.С. Логанова

⁴ Российский
университет
медицины, Москва

⁵ Тверской
государственный
медицинский
университет

Рим V: место пробиотиков в терапии синдрома раздраженного кишечника

М.А. Ливзан, член-корр. РАН, д.м.н., проф.¹, О.В. Гаус, д.м.н., проф.¹,
Д.В. Попелло², Д.С. Бордин, д.м.н., проф.^{3, 4, 5}

Адрес для переписки: Ольга Владимировна Гаус, gaus_olga@bk.ru

Для цитирования: Ливзан М.А., Гаус О.В., Попелло Д.В., Бордин Д.С. Рим V: место пробиотиков в терапии синдрома раздраженного кишечника. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (13): 92–100.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-13-92-100

Важным событием 2026 г. в области гастроэнтерологии стал выход очередной редакции согласительного документа Rome V (Римские критерии V) с обновленными данными по эпидемиологии, патофизиологии, с пошаговыми алгоритмами диагностики и лечения заболеваний, которые в свете современных представлений предложено рассматривать как нарушение взаимодействия кишечника и мозга (англ. disorders of gut-brain interaction, DGBI) с полным отказом от термина функциональных гастроинтестинальных расстройств. Среди всех DGBI особую актуальность имеет синдром раздраженного кишечника (СРК), учитывая его высокую распространенность в популяции и значимое медико-социальное бремя. СРК представляет собой многофакторное заболевание, при котором взаимодействие генетических, средовых и психосоциальных факторов посредством изменения моторики желудочно-кишечного тракта, висцеральной чувствительности, эпителиальной проницаемости, активации иммунной системы, а также нарушения передачи сигналов между кишечником и мозгом способствует появлению и персистенции гастроинтестинальных симптомов. По результатам современных исследований, проведенных с использованием высокоинформативного метода 16s-секвенирования бактериальной РНК, выявлено наличие характерных особенностей состава и метаболической активности кишечной микробиоты у пациентов с СРК, что подчеркивает ее важную роль в патогенезе этого заболевания. Поэтому в качестве одного из эффективных способов патогенетической терапии СРК с достижением стойкой ремиссии может рассматриваться назначение пробиотиков, что и рекомендовано в положениях Римских критериев V. Важно подчеркнуть, что ключевым принципом модуляции микробиоты с помощью пробиотиков является таргетное применение штаммов с доказанной в ходе надлежащих клинических исследований эффективностью и безопасностью. *Bifidobacterium longum* 35624® – один из пробиотических штаммов, который может использоваться в лечении пациентов с СРК и который соответствует всем необходимым критериям, предъявляемым к пробиотикам.

Ключевые слова: функциональные гастроинтестинальные расстройства, нарушение взаимодействия кишечника и мозга, Римские критерии V, синдром раздраженного кишечника, кишечная микробиота, пробиотики, *Bifidobacterium longum* 35624®

Результаты фундаментальных и клинических исследований, проведенных в последнее десятилетие, существенно расширили представление об эпидемиологии, этиологии, патофизиологии и ме-

тодах лечения функциональных гастроинтестинальных расстройств, что создало основу для пересмотра опубликованных в 2016 г. Римских критериев IV. Поэтому важным и ожидаемым событием в 2026 г. стала

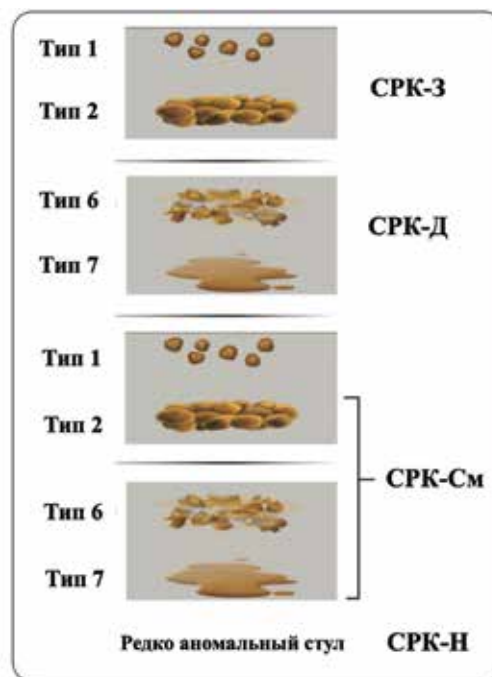
Подтип заболевания определяется преобладающей формой стула в дни, когда наблюдается хотя бы одно anomальное опорожнение кишечника

СРК с преобладанием запора (СРК-З): > 25% случаев дефекаций с типом стула 1 или 2 по Бристольской шкале и < 25% случаев дефекаций с типом стула 6 или 7 по Бристольской шкале.
Альтернативный вариант: пациент сообщает, что нарушения стула обычно связаны с запором (тип 1 или 2 по Бристольской шкале)

СРК с преобладанием диареи (СРК-Д): > 25% случаев дефекаций с типом стула 6 или 7 по Бристольской шкале и < 25% случаев дефекаций с типом стула 1 или 2 по Бристольской шкале.
Альтернативный вариант: пациент сообщает, что нарушения стула обычно связаны с диареей (тип 6 или 7 по Бристольской шкале)

СРК со смешанным типом нарушения моторики (СРК-См):
> 25% случаев дефекаций с типом стула 1 или 2 по Бристольской шкале и > 25% случаев дефекаций с типом стула 6 или 7 по Бристольской шкале.
Альтернативный вариант: пациент сообщает, что нарушения стула обычно сопровождаются как запором, так и диареей (> 25% всех нарушений стула сопровождались запором и > 25% – диареей)

СРК неклассифицируемый (СРК-Н): пациенты, соответствующие диагностическим критериям СРК, но чьи нарушения стула не могут быть точно отнесены ни к одной из трех вышеуказанных групп.
Альтернативный вариант: пациент сообщает, что нарушения стула (как диарея, так и запор) встречаются редко



Примечание. Для определения подтипа СРК у пациентов должно быть, по крайней мере, четыре дня с нарушениями стула каждый месяц. Оценка нарушений стула должна проводиться по Бристольской шкале форм кала. Анализ дневников опорожнения кишечника показал, что значение 25% для нарушений стула наиболее точно классифицирует пациентов по подтипам и минимизирует число пациентов, отнесенных к категории неклассифицированных подтипов. Эти рекомендации основаны на данных популяционных и клинических исследований, демонстрирующих, что у значительной части пациентов с СРК стул в некоторых случаях может соответствовать норме. Важно проводить оценку у пациента, не принимающего слабительные и противодиарейные средства. Подтипы считаются взаимоисключающими.

Рис. 1. Диагностические критерии различных подтипов СРК

презентация обновленной редакции согласительного документа Римского фонда (Rome V) с уточненными диагностическими критериями и подробно описанными рекомендациями по ведению пациентов [1]. Ключевой идеей Rome V стал полный отказ от термина функциональных гастроинтестинальных расстройств и переход к концепции нарушения взаимодействия кишечника и мозга (англ. disorders of gut-brain interaction, DGBI), отражающей ведущий фактор патогенеза целой группы заболеваний [2]. В широком спектре DGBI особое значение принадлежит синдрому раздраженного кишечника (СРК) как наиболее часто выявляемой патологии [3]. Самые высокие показатели распространенности СРК (> 5%) отмечены в США, Южной Африке, России и Египте, при этом подавляющее число пациентов – это лица в возрасте от 18 до 39 лет и преимущественно женщины (соотношение женщин и мужчин 1,8 : 1,0) [4]. В соответствии с Rome V диагностические критерии СРК включают наличие рецидивирующей боли или дискомфорта в животе, возникающих в среднем не менее трех дней в месяц в течение последних трех месяцев, сопровождаемых как минимум двумя из следующих признаков [5]:

- 1) ассоциация с актом дефекации;
- 2) изменение частоты стула;
- 3) изменение формы кала.

Общая продолжительность симптомов у пациента должна составлять не менее чем шесть месяцев

от момента их первого появления до постановки диагноза.

Таким образом, принципиальными отличиями Римских критериев V стало включение наряду с абдоминальной болью дискомфорта в животе как ключевого клинического проявления заболевания. Кроме того, изменениям подверглись и временные критерии боли или дискомфорта в животе, которые теперь должны присутствовать не менее трех дней в месяц в течение последних трех месяцев по сравнению с одним днем в неделю в течение предыдущих трех месяцев, как было ранее установлено в Римских критериях IV. Это связано с тем, что использование критериев с более высокой частотой боли позволяет охватить только популяцию с тяжелым течением СРК и приводит к «ложному» снижению истинной распространенности заболевания. При этом боль и дискомфорт в животе не должны быть постоянными, что позволяет отличить СРК от боли в животе центрального генеза, а также не должны быть связаны только с менструальным циклом [5].

В обновленных Римских критериях сохранена классификация СРК с разделением на четыре основных подтипа в зависимости от преобладающего паттерна стула, определяемого по Бристольской шкале форм кала [6]: СРК с преобладанием запора, СРК с преобладанием диареи, СРК со смешанным типом нарушения стула и неклассифицируемый СРК (рис. 1). СРК является многофакторным заболеванием, которое в соответствии с современными представлениями

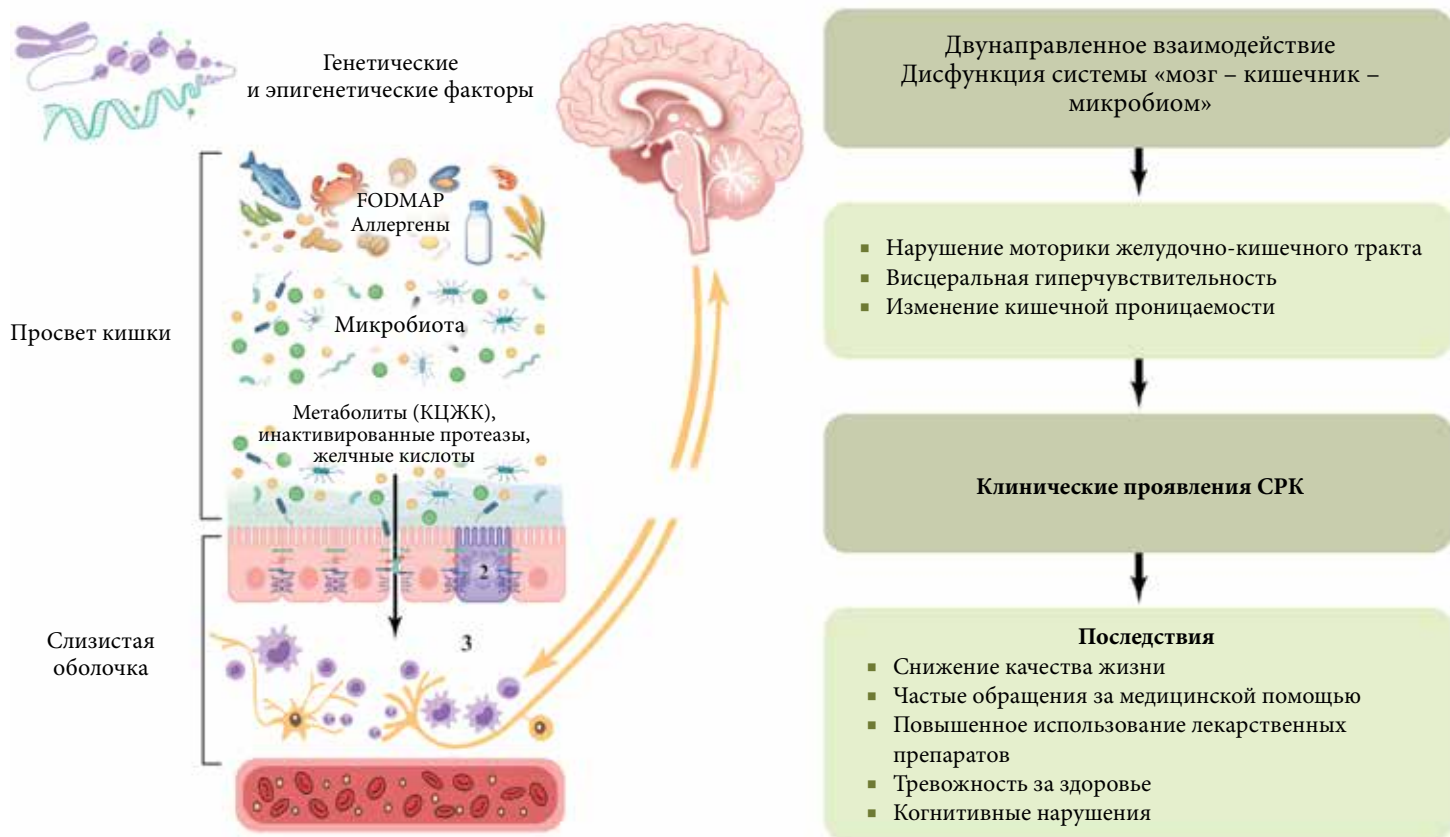


Рис. 2. Патофизиология и клинические последствия СРК

ми рассматривается в рамках биопсихосоциальной модели, в которой взаимодействие генетических, экологических и психосоциальных факторов через различные патогенетические механизмы определяет появление и персистенцию симптомов (рис. 2). К распространенным триггерам дебюта или обострений СРК относятся: кишечные инфекции [7], пищевые привычки и диетические предпочтения [8], психологические факторы и хронический стресс [9, 10]. Патофизиология СРК сложна и включает изменение моторики желудочно-кишечного тракта, висцеральную гиперчувствительность, синдром повышенной эпителиальной проницаемости, активацию иммунной системы, модуляцию кишечной микробиоты и аномальную передачу сигналов между кишечником и мозгом. Желудочно-кишечный транзит может быть ускорен или замедлен [11], а висцеральная гиперчувствительность может быть результатом повышенной периферической сенсibilизации и/или нарушения процессов центральной обработки стимулов [12]. Среди возможных патогенетических факторов изучаются дисфункция вегетативной нервной системы и нарушения взаимодействия по гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, однако их роль, как подчеркивают эксперты в обновленном консенсусном документе, остается предметом дискуссий. Активация иммунной системы

с увеличением количества тучных клеток и эозинофилов в слизистой оболочке кишечника также может способствовать развитию и персистенции симптомов СРК [13, 14]. Значимая роль в регуляции физиологии пищеварительного тракта отводится серотонину. В целом ряде работ показано, что нарушение секреции серотонина связано с формированием СРК, при этом сообщается о специфических изменениях уровня нейромедиатора при различных подтипах или в зависимости от степени тяжести заболевания [15–17]. Повышенная кишечная проницаемость наблюдается у 4–62% пациентов, особенно при СРК с диареей [18–20].

В качестве важного звена патогенеза СРК в Римских критериях V рассматривается модуляция кишечной микробиоты. Данные высокоинформативных методов исследования, прежде всего 16S-секвенирования бактериальной РНК, позволили выявить характерные изменения как в составе, так и в метаболической активности кишечной микробиоты при СРК по сравнению со здоровыми лицами [21–23]. Так, по результатам систематического обзора и метаанализа шести исследований типа «случай – контроль», показано значимое снижение представительства *Bifidobacteria* (стандартизированное среднее различие: -1,01, 95%-ный доверительный интервал (ДИ) -2,01; -0,01) у пациентов с СРК в отличие от группы



контроля [24]. Интересно, что современные метагеномные и метаболомные исследования демонстрируют также наличие специфических изменений кишечной микробиоты в случае доминирования тех или иных симптомов СРК и при различных подтипах заболевания [21, 23, 25–28].

Кроме того, кишечная микробиота с помощью продуцируемых метаболитов, прежде всего короткоцепочечных жирных кислот, оказывает существенное влияние на ключевые механизмы развития и персистенции симптомов СРК, включая поддержание трофики колоноцитов и целостности эпителиального барьера, активацию иммунных клеток в слизистой оболочке кишечника, синтез гормонов и нейроэндокринных клеток, а также опосредует передачу сигналов между центральной нервной системой и энтеральной нервной системой по волокнам блуждающего нерва, регулируя взаимодействие по оси «кишечник – мозг» [29, 30].

Экспертами Римского фонда предложен пошаговый алгоритм диагностики функциональных расстройств кишечника (табл. 1), включающий первичную оценку соответствия имеющихся у пациента жалоб диагностическим критериям заболевания, исключение симптомов тревоги (дебют симптомов в возрасте старше 50 лет, ночной характер симптомов, немотивированное снижение массы тела, отягощенный наследственный анамнез в отношении воспалительных заболеваний кишечника, колоректального рака, целиакии, анемии, примесь крови в кале и др.) и проведение минимально необходимого спектра лабораторно-инструментальных методов обследования [5]. Для пациентов с сохраняющимися симптомами более оправданы и экономически эффективны регулярные контрольные визиты с поэтапным назначением дополнительных методов обследования.

Пошаговый алгоритм первичной диагностики функциональных заболеваний кишечника предусматривает выполнение следующих действий:

1. Осмотр живота для оценки болезненности, вздутия или объемных образований, а также для дифференциальной диагностики вздутия, асцита и ожирения.
2. Пальцевое ректальное исследование с целью:
 - а) выявления аноректальных причин кровотечения (геморрой, трещины);
 - б) оценки состояния перианальной области, тонуса анального сфинктера, характера сокращений лобково-прямокишечной мышцы и/или анального сфинктера;
 - в) выявления патологического сокращения мышц брюшной стенки во время имитации дефекации у пациентов с запором, что может указывать на диссинергическую дефекацию или дисфункцию тазового дна.
3. Лабораторные исследования крови:
 - а) всем пациентам – общий анализ крови для исключения анемии, установления уровней С-реактивного белка, антител к тканевой транс-

глутаминазе (иммуноглобулинов (Ig) А или IgG при селективном дефиците IgA);

- б) по показаниям – комплексная оценка метаболического профиля, уровня тиреотропного гормона;
 - в) не рекомендуется рутинно – на скорость оседания эритроцитов, на антитела к винкулину/ CdtB, тесты на мальабсорбцию.
4. Лабораторные исследования кала:
 - а) всем пациентам – никаких;
 - б) по показаниям – на антиген *Giardia lamblia*, кишечные патогены, кальпротектин в кале, лактоферрин, токсины *Clostridioides difficile*;
 - в) не рекомендуется рутинно – исследования на содержание эластазы, жира кала, скрытой крови, яйца глист и простейших, бактериологический посев, анализ кишечной микробиоты.
 5. Колоноскопия рекомендуется при патологическом уровне кальпротектина (≥ 250 мкг/г) или при подозрении на микроскопический колит (женщины, возраст ≥ 50 лет, сопутствующее аутоиммунное заболевание в анамнезе, ночная или тяжелая водянистая диарея, длительность диареи < 12 месяцев, потеря веса или прием потенциально провоцирующих препаратов (например, нестероидных противовоспалительных препаратов или ингибиторов протонной помпы)).
 6. Исключение хологенной диареи: рассматривают при хронической диарее, не отвечающей на лечение, наличии ожирения или холецистэктомии в анамнезе.
 7. Проведение аноректальной манометрии: рассматривают при хроническом запоре или функциональном вздутии живота, не поддающихся лечению, симптомах и/или данных пальцевого ректального исследования, указывающих на расстройства дефекации, и/или при недержании кала.
- Курация пациента с СРК представляет собой сложную задачу для клинициста, поэтому в редакции Rome V предложен ступенчатый подход к ведению, где уровень 1 подразумевает объяснение сути диагноза, факторов риска и механизмов развития заболевания, модификацию образа жизни и назначение медикаментозной терапии первой линии (спазмолитики, слабительные, противодиарейные и другие препараты, в том числе пробиотики); уровень 2 – назначение медикаментозной терапии второй линии (нейромодуляторы), диеты с низким содержанием FODMAP, когнитивно-поведенческой терапии; уровень 3 – назначение комбинации нейромодуляторов, консультаций психотерапевта и других профильных специалистов [2].
- Доверительные отношения между пациентом и врачом имеют центральное значение для эффективного лечения СРК, поскольку связаны с улучшением контроля симптомов, большей приверженностью к лечению и снижением затрат на здравоохранение. Врач должен выявить наиболее беспокоящие симптомы, чтобы персонализировать цели терапии и совместно с пациентом



обсудить принятые решения. При постановке диагноза СРК врачу рекомендуется придерживаться четкой и уверенной коммуникации с пациентом, проявляя при этом эмпатию. Эффективность принятия диагноза пациентом напрямую зависит от доступности разъяснений: необходимо описать СРК как расстройство взаимодействия кишечника и мозга. Детальное объяснение принципов работы оси «кишечник – мозг», а также влияния на нее психоэмоциональных факторов, стресса и диеты, способствует формированию у пациента осознанного отношения к лечебному процессу.

Систематический обзор показал, что физические упражнения, включая йогу, упражнения на беговой дорожке, или любая физическая активность облегчают общие симптомы СРК, хотя достоверность доказательств оказалась очень низкой из-за потенциальной предвзятости и небольшого размера выборки [31]. Дополнительное введение в рацион растворимых пищевых волокон безопасно, относительно недорого и потенциально полезно. Среди диетических вмешательств при СРК наиболее убедительные доказательства эффективности получены для диеты с низким содержанием ферментируемых олиго-, ди-, моносахаридов и полиолов (lowFODMAP). Диета Британской диетологической ассоциации / Национального института здравоохранения и качества медицинской помощи для улучшения общих симптомов СРК также оказалась более эффективной, чем традиционная диета. К наиболее перспективным относятся средиземноморская диета, диета с пониженным содержанием крахмала и сахарозы и безглютеновая диета [32].

Принимая во внимание важную роль модуляции кишечной микробиоты в развитии СРК в качестве одного из эффективных средств патогенетической терапии, способствующих достижению стойкой ремиссии заболевания, может рассматриваться назначение пробиотиков. Существует ряд международных и отечественных согласительных документов, регламентирующих применение пробиотиков при различных заболеваниях гастроэнтерологического профиля [33, 34]. В соответствии с современными представлениями для применения в клинической практике, пробиотический штамм должен обладать доказанной в ходе надлежащих клинических исследований эффективностью и безопасностью, а также отвечать соответствующим требованиям, в том числе обладать высокой жизнеспособностью и биологической активностью, проявлять антагонизм по отношению к условно-патогенной и патогенной флоре, сохранять устойчивость к физико-химическим факторам (кислотность, осмотический шок, температура, действие желчных кислот) и антибактериальным препаратам [33].

Применительно к рассматриваемой в представленной статье тематике пробиотики могут влиять на все механизмы, потенциально вовлеченные в патофизиологию СРК, включая модуляцию моторики пищеварительного тракта, снижение висцеральной

гиперчувствительности, активацию иммунной системы слизистой оболочки кишечника, снижение воспаления низкой степени активности и повышенную проницаемость эпителиального барьера, улучшение коммуникативной связи между кишечником и мозгом, регуляцию продукции микробных метаболитов с мультитаргетными плейотропными эффектами [35].

Важно отметить, что ключевым принципом модуляции микробиоты с помощью пробиотиков, в том числе при СРК, является таргетное применение штаммов в оптимальной дозе и форме выпуска. В качестве такого штамма, удовлетворяющего всем современным критериям, предъявляемым к пробиотикам, может рассматриваться *Bifidobacterium longum* 35624⁺. Натуральный бактериальный штамм *Bifidobacterium longum* 35624⁺ впервые был выделен из терминального отдела подвздошной кишки здоровой 70-летней женщины в 1999 г., и к настоящему времени накоплена убедительная доказательная база в отношении эффективности и безопасности применения его при СРК, в результате чего *Bifidobacterium longum* 35624⁺ внесен в соответствующие рекомендации национальных и международных профильных сообществ [34–37].

Так, в исследовании J.M. Sabaté и соавт. пробиотический штамм *Bifidobacterium longum* 35624⁺ показал свою эффективность в купировании абдоминальной боли, вздутия живота, нормализации частоты и консистенции стула, а также в повышении качества жизни у пациентов с СРК, особенно в группе с тяжелым течением заболевания [38]. При этом не было зарегистрировано побочных эффектов на фоне терапии, в результате чего отмечена высокая удовлетворенность лечением со стороны пациентов и врачей. Согласно собственным данным, добавление *Bifidobacterium longum* 35624⁺ к стандартной терапии СРК сопровождается увеличением более чем на 46% доли лиц, ответивших на лечение, и снижением более чем в три раза частоты рецидивов заболевания при последующем наблюдении в течение полугода [39].

Эффективность и безопасность *Bifidobacterium longum* 35624⁺ в терапии больных СРК подтверждена в том числе в ходе рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований [40, 41]. Необходимо отметить, что данные последних исследований демонстрируют преимущество пролонгированного до 12 недель приема *Bifidobacterium longum* 35624⁺ при СРК с целью извлечения дополнительной пользы как в отношении более эффективного контроля над симптомами, так и с точки зрения профилактики рецидивов заболевания [42]. В частности, установлено наличие так называемого постпробиотического эффекта *Bifidobacterium longum* 35624⁺, который заключается в сохранении или продолжающемся улучшении клинических проявлений СРК и показателей качества жизни пациентов после завершения 12-недельного курса приема пробиотика [43].



Многоцентровая наблюдательная программа SAGA, в которой приняли участие 3116 пациентов и 246 врачей из 48 городов России также подтвердила, что включение в схему стандартной терапии больных СРК пробиотика *Bifidobacterium longum* 35624* по одной капсуле один раз в сутки на протяжении трех месяцев способствует более выраженному уменьшению выраженности симптомов заболевания по опросникам IBS-SSS и «7х7», а также повышению показателя качества жизни пациентов по опроснику IBS-QoL. Клиническая ремиссия СРК была достигнута у 76,9% пациентов по завершении трехмесячного курса терапии [44]. Эффективность и безопасность пробиотического штамма *Bifidobacterium longum* 35624* в терапии больных СРК подтверждена также данными систематических обзоров и метаанализов. Систематический обзор пяти исследований, проведенных во Франции (n = 2), Ирландии (n = 1), Великобритании (n = 1) и России (n = 1), с участием 796 пациентов с СРК показал, что применение *Bifidobacterium longum* 35624* у пациентов с СРК длительным курсом (до трех месяцев) способствует более выраженной регрессии симптомов заболевания и улучшению качества жизни по сравнению со стандартной продолжительностью курса приема пробиотика (30 дней) [45]. Стоит отметить, что данные об эффективности и безопасности применения пробиотиков в терапии различных заболеваний являются строго штамм-специфичными. Так, метаанализ 32 рандомизированных плацебо-контролируемых клинических исследований, оценивавших эффективность 10 пробиотических штаммов в лечении пациентов с СРК, продемонстрировал, что применение некоторых штаммов, а именно *Bifidobacterium longum* (ранее *Bifidobacterium infantis*) 35624* достоверно связано с уменьшением выраженности основных симптомов СРК [46].

Заключение

Выход обновленных Римских критериев V стал долгожданным и важным событием в области гастроэнтерологии. В спектре DGBI СРК по-

прежнему остается широко распространенной и актуальной проблемой. Новые диагностические критерии СРК в Rome V характеризуются некоторым смягчением, в частности возвращением симптома дискомфорта в животе как важной клинической стигмы заболевания наряду с абдоминальной болью, а также уменьшением необходимой для постановки диагноза частоты возникновения симптомов (не менее трех дней в месяц по сравнению с одним днем в неделю в Римских критериях IV).

Согласно современным представлениям, СРК рассматривается как многофакторное заболевание, механизмы развития которого сложны и включают: нарушение моторики, висцеральную гиперчувствительность, синдром повышенной эпителиальной проницаемости, воспаление низкой стени активности, нейрогуморальную дисфункцию. Благодаря данным, полученным с помощью высокоинформативных методов секвенирования и метаболомного профилирования, установлено, что значимую роль в регуляции взаимодействия по оси «кишечник – мозг» играет кишечная микробиота и ее метаболиты.

В терапии пациентов с СРК требуется комбинация немедикаментозных (коррекция образа жизни, диеты, уровня физической активности) и медикаментозных средств (спазмолитики, слабительные, противодиарейные, пробиотики, нейромодуляторы). С учетом важной роли модуляции кишечной микробиоты в развитии СРК для повышения эффективности проводимой терапии в отношении купирования симптомов и профилактики рецидивов заболевания, повышения качества жизни пациентов патогенетически обоснованным является назначение пробиотиков. Результаты проведенных клинических исследований демонстрируют высокую эффективность и безопасность таргетного пробиотического штамма *Bifidobacterium longum* 35624* в лечении больных СРК, что нашло свое отражение в соответствующих национальных и международных клинических рекомендациях. ●

Литература

1. Drossman D.A., Chang L., Tack J. Disorders of Gut-Brain Interaction and the Rome V Process. *Gastroenterology*. 2026; 170 (6): 1083–1098.
2. Wong R.K., Fang X., Ghoshal U.C., et al. Sociocultural aspects of the pathophysiology, clinical presentation, and management of disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2026; 170 (6): 1190–1204.
3. Tornkvist N., Palsson O.S., Hreinsson J., et al. Global prevalence, characterization and impact of functional bowel disorders. *Am. J. Gastroenterol.* Published online September 29, 2025.
4. Sperber A.D., Bangdiwala S.I., Drossman D.A., et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome foundation global study. *Gastroenterology*. 2021; 160 (1): 99–114.e3.
5. Corsetti M., Shin A., Lacy B.E., et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2026; 170 (6): 1261–1282.
6. Lewis S.J., Heaton K.W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand. J. Gastroenterol.* 1997; 32 (9): 920–924.
7. Barbara G., Grover M., Bercik P., et al. Rome foundation working team report on post-infection irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2019; 156 (1): 46–58.e7.



8. Veraza D.I., Calderon G., Jansson-Knodell C., et al. A systematic review and meta-analysis of diet and nutrient intake in adults with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol. Motil.* 2024; 36 (1): e14698.
9. Doenys C., Clarke G., Cserjési R. Gut-brain axis and neuropsychiatric health: recent advances. *Sci. Rep.* 2025; 15 (1): 3415.
10. Zhou Y., Liu S., Xie S., et al. Long-term risk of irritable bowel syndrome associated with adverse childhood and adulthood experiences: a large-scale prospective cohort study. *Transl. Psychiatry.* 2026; 16 (1): 70.
11. Simrén M., Törnblom H., Palsson O.S., et al. Cumulative effects of psychologic distress, visceral hypersensitivity, and abnormal transit on patient-reported outcomes in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2019; 157 (2): 391–402.e2.
12. Roberts C., Albusoda A., Farmer A.D., Aziz Q. Factors influencing rectal hypersensitivity in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Neurogastroenterol. Motil.* 2023; 35 (4): e14515.
13. Burns G.L., Talley N.J., Keely S. Immune responses in the irritable bowel syndromes: time to consider the small intestine. *BMC Med.* 2022; 20 (1): 115.
14. Aguilera-Lizarraga J., Hussein H., Boeckxstaens G.E. Immune activation in irritable bowel syndrome: what is the evidence? *Nat. Rev. Immunol.* 2022; 22 (11): 674–686.
15. Xiao L., Liu Q., Luo M., Xiong L. Gut microbiota-derived metabolites in irritable bowel syndrome. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 2021; 11: 729346.
16. Matis L., Daina L.G., Maris L., et al. Variety of serotonin levels in pediatric gastrointestinal disorders. *Diagnostics (Basel).* 2023; 13 (24): 3675.
17. Гаус О.В., Ливзан М.А. При синдроме раздраженной кишки уровень зонулина ассоциирован с уровнями кортизола, дофамина и серотонина. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2023; 212 (4): 37–48.
18. Awad K., Barmeyer C., Bojarski C., et al. Epithelial barrier dysfunction in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) via downregulation of Claudin-1. *Cells.* 2023; 12 (24): 2846.
19. Awad K., Barmeyer C., Bojarski C., et al. Impaired intestinal permeability of tricellular tight junctions in patients with irritable bowel syndrome with mixed bowel habits (IBS-M). *Cells.* 2023; 12 (2): 236.
20. Omarova S., Awad K., Moos V., et al. Intestinal barrier in post-campylobacter jejuni irritable bowel syndrome. *Biomolecules.* 2023; 13 (3): 449.
21. Su Q., Tun H.M., Liu Q., et al. Gut microbiome signatures reflect different subtypes of irritable bowel syndrome. *Gut Microbes.* 2023; 15 (1): 2157697.
22. Zhao Y., Zhu S., Dong Y., et al. The role of gut microbiome in irritable bowel syndrome: implications for clinical therapeutics. *Biomolecules.* 2024; 14 (12): 1643.
23. Гаус О.В., Ливзан М.А. Модуляция микробиоты кишечника как ведущий фактор патогенеза формирования фенотипов синдрома раздраженного кишечника. *РМЖ.* 2023; 5: 12–19.
24. Bu Z., Ye X., Huang B., et al. Bifidobacteria was decreased in adult patients with irritable bowel syndrome based on pcr and bacterial culture: a systematic review and meta-analysis. *Turk. J. Gastroenterol.* 2022; 33 (5): 368–376.
25. Chen J., Lan H., Li C., et al. Gut microbial signatures of patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome and their healthy relatives. *J. Appl. Microbiol.* 2024; 135 (6): lxae118.
26. Mars R.A.T., Yang Y., Ward T., et al. Longitudinal multiomics reveals subset-specific mechanisms underlying irritable bowel syndrome. *Cell.* 2020; 182: 1460–1473.e17.
27. Tap J., Derrien M., Törnblom H., et al. Identification of an intestinal microbiota signature associated with severity of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2017; 152 (1): 111–123.e8.
28. Matsumoto H., Shiotani A., Katsumata R., et al. Mucosa-associated microbiota in patients with irritable bowel syndrome: a comparison of subtypes. *Digestion.* 2021; 102 (1): 49–56.
29. Li X., Yuan Q., Huang H., Wang L. Gut microbiota in irritable bowel syndrome: a narrative review of mechanisms and microbiome-based therapies. *Front. Immunol.* 2025; 16: 1695321.
30. Bai X., Ihara E., Tanaka Y., et al. The interplay of gut microbiota and intestinal motility in gastrointestinal function. *J. Smooth Muscle Res.* 2025; 61: 51–58.
31. Nunan D., Cai T., Gardener A.D., et al. Physical activity for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2022; 6 (6): CD011497.
32. Cuffe M.S., Staudacher H.M., Aziz I., et al. Efficacy of dietary interventions in irritable bowel syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2025; 10: 520–536.
33. Guarner F., Sanders M.E., Szajewska H., et al. World gastroenterology organisation global guidelines: probiotics and prebiotics. *J. Clin. Gastroenterol.* 2024; 58 (6): 533–553.
34. Ивашкин В.Т., Горелов А.В., Абдулганиева Д.И. и др. Методические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков, метабиотиков и обогащенных ими функциональных пищевых продуктов для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у взрослых и детей. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2024; 34 (4): 113–136.
35. Barbara G., Cremon C., Bellini M., et al. Italian guidelines for the management of irritable bowel syndrome: Joint Consensus from the Italian Societies of: Gastroenterology and Endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and Motility (SINGEM), Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO), Digestive Endoscopy (SIED), General Medicine

Энтерол®

— УНИКАЛЬНЫЙ¹ НЕБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОБИОТИК
ДЛЯ ЛЮБОГО АНТИБИОТИКА* И УНИВЕРСАЛЬНОЕ²
ПРОТИВОДИАРЕЙНОЕ СРЕДСТВО ПРИ ЛЮБОЙ ДИАРЕЕ

ВХОДИТ В ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
РЕКОМЕНДАЦИИ⁶

ОДОБРЕНО
МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ



- ОРВИ у взрослых
- Гастрит и дуоденит у взрослых
- Острые кишечные инфекции у взрослых
- Энтероколит, вызванный *C. difficile*, у взрослых
- Язвенная болезнь у взрослых
- Сальмонеллез у взрослых
- Лямблиоз у взрослых**

Реклама. *Антибактериальные препараты для системного применения АТХ J01. **Официальное название рекомендаций, «Лямблиоз у взрослых и детей». 1. Уникальный, т. к. Энтерол® — единственный лекарственный препарат на основе Сахаромикет буларди, согласно ГРЛС на дату 12.12.2025. 2. Универсальный, т. к. Энтерол® показан для лечения и профилактики диареи любой этиологии, согласно инструкции по медицинскому применению. 3. Согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Энтерол®. 4. Cifuentes S, G., et. al. *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 supplementation modifies the fecal resistome during *Helicobacter pylori* eradication therapy // *Helicobacter*. — 2022. — Vol. 27, № 2. — P. e12870. — DOI: 10.1111/hel.12870. 5. Moré M, I., Swidsinski A. *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 supports regeneration of the intestinal microbiota after diarrheic dysbiosis - a review // *Clinical and Experimental Gastroenterology*. — 2015. — Vol. 8. — P. 237–255. — DOI: 10.2147/CEG.S85574 6. <https://cr.minzdrav.gov.ru/clin-rec>.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Симбиозис Альфа — проверенный эффект, новое имя!

- Содержит таргетный штамм *Bifidobacterium longum* 35624® для облегчения проявлений раздраженного кишечника (абдоминальная боль, нарушение стула, вздутие)¹,²,³
- Единственный пробиотик с уровнем доказательности A1, вошедший в рекомендации НСОИМ и РГА для ведения пациентов с СРК⁴
- 1 капсула в день и 1 упаковка на курс³ (не менее 1 месяца, возможно увеличение продолжительности курса)
- Включен в клинические рекомендации МЗ «Синдром раздраженного кишечника»⁵
- Включен в международные рекомендации «Пробиотики и Пребиотики» Всемирной Организации Гастроэнтерологов с наивысшим уровнем доказательности⁷



Реклама. *В ДОПОЛНЕНИЕ К ОСНОВНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ. 1. Williams N. T. Probiotics // *Am. J. Health Syst. Pharm.* — 2010. — № 67 (6). — P. 449–458. 2. Ивашкин В. Т. и др. // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. — 2024. — № 34 (5). — С. 47–58. — URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2024-34-5-47-58>. 3. Инструкция (дополнительная информация для потребителей) Симбиозис Альфа. 4. Ивашкин В. Т. и др. // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. — 2024. — № 34 (4). — С. 113–136. — URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2024-117-312>. 5. Синдром раздраженного кишечника: клинические рекомендации. — 2024. — 64 с. — URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/892.1>. 6. Ивашкин В. Т. и др. // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. — 2024. — № 34 (4). — С. 113–136. — URL: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2024-117-312>. 7. Среди пробиотиков, рекомендованных при СРК, уровень доказательности — 2. World Gastroenterology Organisation** Global Guidelines: Probiotics and Prebiotics Jul. 2024. ** WGO — Всемирная организация гастроэнтерологов.

ООО «БИОКОДЕКС», 127051, г. Москва, Цветной б-р, 2. Тел.: +7 (495) 783-26-80. E-mail: phv@biocodex-corp.ru. biocodex.ru. АМ.01.48.01.003.R.000264.10.24. ПМ-RX-2025-12-187.

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



- (SIMG), Gastroenterology, Hepatology and Pediatric Nutrition (SIGENP) and Pediatrics (SIP). Dig. Liver. Dis. 2023; 55 (2): 187–207.
36. Синдром раздраженного кишечника. Клинические рекомендации Минздрава России, 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/892_1.
37. Hungin A.P., Mulligan C., Pot B., et al. Systematic review: probiotics in the management of lower gastrointestinal symptoms in clinical practice – an evidence-based international guide. Aliment. Pharmacol. Ther. 2013; 38 (8): 864–886.
38. Sabaté J.M., Iglicki F. Effect of Bifidobacterium longum 35624 on disease severity and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. World J. Gastroenterol. 2022; 28 (7): 732–744.
39. Гаус О.В., Ливзан М.А. Фенотипы синдрома раздраженного кишечника и стратегии пациентоориентированной курации больного. Лечащий Врач. 2023; 7–8 (26): 36–44.
40. O'Mahony L., McCarthy J., Kelly P., et al. Lactobacillus and bifidobacterium in irritable bowel syndrome: symptom responses and relationship to cytokine profiles. Gastroenterology. 2005; 128 (3): 541–551.
41. Whorwell P. J., Altringer L., Morel J., et al. Efficacy of an encapsulated probiotic Bifidobacterium infantis 35624 in women with irritable bowel syndrome. Am. J. Gastroenterol. 2006; 101 (7): 1581–1590.
42. Vasant D.H., Paine P.A., Black C.J., et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. Gut. 2021; 70 (7): 1214–1240.
43. Соловьева О.И., Некрасова А.С., Топалова Ю.Г. и др. Пролонгированное назначение пробиотиков при синдроме раздраженного кишечника: осознанная необходимость. Терапевтический архив. 2023; 95 (8): 679–685.
44. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А., Мамиева З.А. Результаты многоцентровой наблюдательной программы по изучению влияния Bifidobacterium longum longum 35624® на симптомы и качество жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника (SAGA). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024; 34 (5): 47–58.
45. Andreev D.N., Bordin D.S., Maev I.V., Cheremushkin S.V. Effectiveness of Bifidobacterium longum 35624 in the treatment of patients with irritable bowel syndrome: a systematic review. Microb. Health Dis. 2024; 6: e998.
46. Maslennikov R., Gosteeva E., Ananeva V., et al. Strain-specific systematic review with meta-analysis of probiotics efficacy in the treatment of irritable bowel syndrome. J. Clin. Med. 2026; 15 (3): 1152.

Rome V: The Place of Probiotics in the Management of Irritable Bowel Syndrome

M.A. Livzan, Corresponding member of the RAS, PhD, Prof.¹, O.V. Gaus, PhD, Prof.¹, D.V. Popello², D.S. Bordin, PhD, Prof.^{3, 4, 5}

¹ Omsk State Medical University

² National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow

³ A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center

⁴ Russian University of Medicine, Moscow

⁵ Tver State Medical University

Contact person: Olga V. Gaus, gaus_olga@bk.ru

An important event in 2026 in gastroenterology was the release of the next edition of Rome V consensus document (Rome Criteria V) with updated data on epidemiology, pathophysiology, step-by-step algorithms for the diagnostics and treatment of diseases which in the light of modern concepts are proposed to be considered as disorders of gut-brain interaction (DGBI), and the term “functional gastrointestinal disorders” should be completely rejected. Irritable bowel syndrome (IBS) is of particular relevance among all DGBI diseases because of its high prevalence in the population and significant medical and social burden. IBS is a multifactorial disease in which the interaction of genetic, environmental and psychosocial factors through changes in the gastrointestinal motility, visceral sensitivity and epithelial permeability, activation of the immune system, as well as impaired signaling between the intestine and the brain contributes to the appearance and persistence of gastrointestinal symptoms.

By findings of modern researches, which are conducted using the highly informative method of 16s-bacterial RNA sequencing, characteristic features in composition and metabolic activity of the intestinal microbiota in patients with IBS has been revealed; thus, emphasizing its important role in the pathogenesis of this disease. Therefore, probiotic therapy can be considered as one of the effective ways of IBS pathogenetic therapy with stable remission, which is recommended in Rome V provisions. It is important to emphasize that the key principle of microbiota modulation with probiotics is a targeted use of strains with proven efficacy and safety in proper clinical trials. Bifidobacterium longum 35624® is one of probiotic strains which meets all the necessary criteria for probiotics and which can be prescribed to patients with IBS

Keywords: functional gastrointestinal disorders, impaired interaction of intestine and brain, Rome criteria V, irritable bowel syndrome, intestinal microbiota, probiotics, Bifidobacterium longum 35624®

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ^{1,2}

Симптомы мальдигестии/мальабсорбции

- Диарея
- Вздутие, метеоризм
- Боль, тяжесть в животе
- Стеаторея («жирный стул»)
- Снижение веса

2 из 3-х составляющих

- Симптомы мальдигестии/мальабсорбции
- Маркеры мальнутриции
- ФЭ-1 < 200 мкг/г

Можно назначить ФЗТ
эмпирически на 4-6 недель

ФЗТ для коррекции панкреа- тической недостаточности

40 000 – 50 000 ЕД
на основной прием пищи

10 000 – 25 000 ЕД
на перекус

Панкреатин в капсулах с минимикросферами
менее 2-х мм – препарат выбора, согласно
современным клиническим рекомендациям²⁻⁵



Обеспечивает **большой охват пищи** в желудке
для лучшего устранения симптомов⁶



На **25% эффективнее** капсул
с более крупными частицами⁷



Имеет **высокий профиль безопасности** и не угнетает
работу собственной поджелудочной железы⁸



ФЗТ — ферментозаместительная терапия; ФЭ — фекальная эластаза.

1. Dominguez-Muñoz JE. Diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency. Curr Opin Gastroenterol. 2018 Sep; 34(5): 349-354. 2. Dominguez-Muñoz, J Enrique et al.; European guidelines for the diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency: UEG, EPC, EDS, ESPEN, ESPGHAN, ESDO, and ESPCG evidence-based recommendations. United European Gastroenterol J. 2024;1–48. 3. Клинические рекомендации «Хронический панкреатит», 2024 г. в подразделе официального сайта Минздрава России «Рубрикатор клинических рекомендаций» под уникальным идентификационным номером 273. 4. Клинические рекомендации «Кистозный фиброз (муковисцидоз)» (возрастная группа взрослые и дети), 2025 г. в подразделе официального сайта Минздрава России «Рубрикатор клинических рекомендаций» под уникальным идентификационным номером КР372_3. 5. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Охлобыстин А. В. с соавт. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ЭНПЖ. РЭГЖ, 2018; 28(2): 72-100. 6. Lohr Johannes-Matthias, et. al. Properties of different pancreatin preparations used in pancreatic exocrine insufficiency. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2009; 21(9): 1024-31. 7. По данным дыхательного теста с холестерол-14С-октаноатом. Исследование in-vivo Adler G et al., New Methods for Assessment of Enzyme Activity. Digestion 1993, 54 p: 3-9. 8. Общая характеристика лекарственного препарата Креон® 25 000, капсулы кишечнорастворимые, 25 000 ЕД, ЛП-№(005828)-(РГ-РУ).



Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников
Материал подготовлен при поддержке ООО «Эбботт Лэбораториз»

RU-26-3086 (v1.0)

Реклама