

6. Парфенов, В.А. Диагноз и лечение при головокружении / В.А. Парфенов // Лечение заболеваний нервной системы: руководство для врачей. — 2009. — № 1. — С.3—8.
7. Мельников, О.А. Некоторые аспекты диагностики и лечения головокружения / О.А. Мельников // Лечащий врач. — 2000. — № 9. — С.1—4.
8. Морозова, С.В. Головокружение в практике врача-интерниста / С.В. Морозова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2003. — № 1. — P.105—110.
9. Неврология для врачей общей практики / под ред. А.М. Вейна. — М.: Эйдос Медиа, 2001. — С.456—470.
10. Филатова, Е.Г. Тревога в неврологической практике / Е.Г. Филатова // Лечение нервных болезней: руководство для врачей. — 2005. — № 1. — С.7—14.
11. Штульман, Д.Р. Неврология: учеб. пособие / Д.Р. Штульман, О.С. Левин. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С.182—190.
4. Parfenov VA, Zamergrad MV, Melnikov OA. Golovokrugeniye: diagnostica i lecheniye, rasprostranenniye diagnosticheskiye oshybki [Vertigo: diagnostic and treatment, common diagnostic errors.] M: Medicinskoie informacionnoe agentstvo [Moscow: Medical News Agency]. 2009; 546 p.
5. Yeliseyev VV. Psykhosomaticheskiye zabolevaniya [Psychosomatic diseases: directory]. M: Jeksmo [Moscow: Exmo]. 2003; 432 p.
6. Parfenov VA. Diagnost i lecheniye pry golovokrugeniij [Diagnosis and treatment of dizziness]. Lechenie zabolevanij nervnoj sistemy: rukovodstvo dlja vrachej [Therapy neurological disorders]. 2009; 1: 3-8.
7. Melnikov OA. Nekotoriye aspekti giagnostici i lecheniya golovokrugeniya [Some aspects of diagnosis and treatment of vertigo]. Lechashhij vrach [Therapist]. 2000; 9: 1-4.
8. SV Morozova. Golovokrugeniye v practice vracha-internista [Vertigo in the practice of physician-internist]. Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika [Cardiovascular therapy and prevention]. 2003; 1: 105-10.
9. Veyn AM ed. Nevrologiya dlya vrachej obschey practiki [Neurology for general practitioners]. M: Jejdos Media. 2001; 27: 456-70.
10. Filatova EG. Trevoga v nevrologicheskoy practice [Anxiety in neurological practice]. Lechenie nervnyh boleznej [Therapy neurological disorders]. 2005; 1: 7-14.
11. Shtulman DR, Levine OS. Nevrologiya [Neurology]. M: MEDpress-inform. 2007; 182-190.

REFERENCES

1. Strupp M, Brandt T. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness. Dtsch Arztebl Int. 2008; 105 (10): 173-80.
2. Oosterveld WJ. Current diagnostic techniques in vestibular disorders. Acta Otolaringol (Stockh). 1991; 479 (suppl.): 29-34.
3. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. An analysis of clinical features and therapies of patients with psychogenic dizziness. Acta Otolaringol (Stockh). 2014; 53(10):768-71.

© А.В. Спиридонов, Л.Р. Абсалямова, И.А. Гималетдинова, 2015

УДК 616.34-008.1:303.62

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА: ОТ МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДО ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

СПИРИДОНОВ АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, Казань, тел. +(843)-291-86-94, e-mail: 89046668452@bk.ru

АБСАЛЯМОВА ЛЭЙЛЭ РАВИЛОВНА, зав. отделением гастроэнтерологии Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, Казань, тел. +(843)-291-86-85, e-mail: 89046668452@bk.ru

ГИМАЛЕТДИНОВА ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА, врач-гастроэнтеролог Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, Казань, тел. +(843)-291-86-85, e-mail: 89046668452@bk.ru

Реферат. Цель исследования — оценить эффективность предлагаемых схем терапии больных СРК с типами IBS-C и IBS-D на основании краткого опросника качества жизни и оценки по «Шкале боли». **Материал и методы.** В 2014 г. нами была сформирована группа пациентов, соответствующая Римским критериям. Данное соответствие было подтверждено путем исключения органического характера заболевания и наличием клинических характеристик. Отбор осуществлялся на поликлиническом уровне. В группу вошло 24 пациента. **Результаты и их обсуждение.** Пациентам после получения информированного согласия перед началом терапии предлагалось ответить на вопросы по краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни и оценить интенсивность боли по «Шкале боли». Краткий опросник WHOQOL-BREF состоит из 26 пунктов и оценивает следующие широкие области: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду. «Шкала боли» имеет градацию от 0 — нет боли, 5 — средняя интенсивность, 10 — выраженная боль. Оценка осуществлялась до начала терапии, через две недели и через месяц. **Заключение.** Учитывая положительный опыт терапии пациентов с СРК на поликлиническом уровне, а также рекомендации Э.П. Яковенко (2011), можно рекомендовать использовать предложенные схемы терапии СРК с учетом его типа.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, качество жизни, эффективность.

Для ссылки: Спиридонов, А.В. Синдром раздраженного кишечника в практике врача-гастроэнтеролога: от механизмов возникновения до эффективной терапии / А.В. Спиридонов, Л.Р. Абсалямова, И.А. Гималетдинова // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып. 6. — С.79—84.

SYNDROME OF THE ANGRY INTESTINES IN PRACTICE OF THE GASTROENTEROLOGIST: FROM EMERGENCE MECHANISMS BEFORE EFFECTIVE THERAPY

SPIRIDONOV ALBERT V., *C. Med. Sci., deputy Head of Clinical Hospital of Medical Station MIA in TR, Kazan, Russia, tel. +7(843)-291-86-94, e-mail: 89046668452@bk.ru*

ABSALYAMOVA LEYLE R., *Head of the Department of gastroenterology of Clinical Hospital of Medical Station MIA in TR, Kazan, Russia, tel. +7(843)-291-86-8, e-mail: 89046668452@bk.ru*

GIMALETDINOVA IRINA A., *gastroenterologist of Clinical Hospital of Medical Station MIA in TR, Kazan, Russia, tel. +7(843)-291-86-85, e-mail: 89046668452@bk.ru*

Abstract. Aim — to estimate efficiency of the offered schemes of therapy of sick SRK with the IBS-C and IBS-D types on the basis of a short questionnaire of quality of life and an assessment of «a pain scale». **Material and methods.** In 2014 we created the group of patients corresponding to the Roman criteria. This compliance was confirmed by an exception of organic character of a disease and existence of clinical characteristics. Selection was carried out at the polyclinic level. The group included 24 patients. **Results and discussions.** To patients, after receiving the informed consent before therapy it was offered to answer questions on a short questionnaire of WHO for an assessment of quality of life and to estimate intensity of pain on «A pain scale». The short questionnaire of WHOQOL-BREF consists of 26 points and estimates the following wide areas: physical health, psychological health, social relations and environment. «The pain scale», has gradation from 0 — there is no pain, 5 — average intensity, 10 — the expressed pain. The assessment was carried out prior to therapy, in two weeks and in a month. **Conclusion.** Considering positive experience of therapy of patients with SRK at the polyclinic level, and also Yakovenko E.P. recommendations. (2011) it is possible to recommend to use the offered schemes of therapy of SRK taking into account its type.

Key words: syndrome of the angry intestines, quality of life, efficiency.

For reference: Spiridonov AV, Absalyamova LR, Gimaletdinova IA. Syndrome of the angry intestines in practice of the gastroenterologist: from emergence mechanisms before effective therapy. *Bulletin of Contemporary Clinical Medicine.* 2015; 8 (6): 79—84.

Результаты исследований ряда авторов свидетельствуют, что от 30 до 70% пациентов, обратившихся к гастроэнтерологам, страдают именно нарушениями функциональной природы, при этом около 50% этих больных с соматопсихическими гастроэнтерологическими жалобами нуждаются лишь в коррекции эмоционального состояния [1, 3, 4, 6].

Распространенность синдрома раздраженного кишечника (СРК) в большинстве стран мира составляет 14—22% населения. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст, причем женщины болеют в 2—3 раза чаще мужчин [6]. Также следует отметить, что при такой высокой распространенности к врачам обращается лишь 1/3 лиц, испытывающих симптомы СРК. Подавляющее большинство, 55% пациентов, впервые обращаются к участковым терапевтам, составляя 12% от всего количества больных. Подсчитано, что 50% рабочего времени врача-гастроэнтеролога уходит на лечение больных с СРК.

Термин «синдром раздраженного кишечника» был предложен в 1988 г. на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Риме, и в тот же период были разработаны рекомендации для СРК [1, 6].

Основу развития синдрома раздраженного кишечника составляет взаимодействие двух патогенетических механизмов психосоциального воздействия и расстройств сенсорно-моторной функции, которая включает в себя нарушение висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника. Причем данные механизмы очень тесно связаны и во многом зависимы друг от друга.

Согласно последним представлениям об этиопатогенезе СРК существенную роль в нем отводят измененной моторике, висцеральной гиперчувствительности, расстройствам в системе «мозг — киш-

ка», различным гормональным сдвигам, генетической предрасположенности, постинфекционным последствиям.

В настоящее время к одной из значимых причин возникновения боли при СРК относят появление висцеральной гиперчувствительности. Ее проявления обуславливают как возникновение и интенсивность боли, так и моторные нарушения кишечника [1, 2].

В свою очередь, к ведущим механизмам висцеральной боли относят гипертонус, спазм и растяжение полого органа (спастическая и дистензионная абдоминальная боль).

Висцеральная боль относится к так называемой ноцицептивной боли. Ноцицепция — это нейрофизиологическое понятие, обозначающее восприятие, проведение и центральную обработку сигналов о вредоносных процессах или воздействиях. Ноцицепторы (чувствительные рецепторы, ответственные за передачу и кодирование импульсов) широко представлены в коже, подкожной ткани, надкостнице, суставах, мышцах и в мышечных слоях полых органов ЖКТ, в капсуле паренхиматозных органов.

Висцеральная боль характеризуется отсутствием четкой локализации и воспринимается как глубокая, сжимающая, схваткообразная. Боль может отличаться ритмичностью, быть связана с приемом пищи, временем суток, актом дефекации. Также может сопровождаться тошнотой, рвотой, вегетативными реакциями, могут появляться зоны отраженной боли (зоны Захарьина—Геда).

Наряду с ноцицептивной системой существует и антиноцицептивная система, в функции которой входит контроль боли. Антиноцицептивная система, аппаратом контроля которой является гиппокамп, некоторые зоны серого вещества, ядра мозжечка,

миндалевидного тела, активируется ноцицептивными сигналами и осуществляет торможение передачи болевых импульсов.

Наибольшее значение в нейрохимических механизмах передачи импульсов имеет опиоидергическая, серотонинергическая, норадренергическая и каннабиоидная системы мозга. Знание данных механизмов помогает врачу определять точки приложения воздействия лекарственных препаратов для снятия боли у пациента с СПК.

В регуляции моторно-эвакуаторной функции ЖКТ принимают участие центральная, периферическая, энтеральная и вегетативная нервные системы (рис. 1, 2).

Энтеральная нервная система содержит приблизительно 1 000 000 000 нейронов различного типа в стенке ЖКТ, что определяет ее обширную регуляторную деятельность (Task J., 2000). Здесь формируется мигрирующий моторный комплекс. В регуляции мышечного сокращения принимают участие опиатные и серотониновые рецепторы. К опиатным относятся μ (мю) и δ (дельта), которые проводят возбуждающие импульсы, и κ (каппа), которые проводят тормозящие импульсы. К серотониновым рецепторам относятся 5HT₃, которые при стимуляции замедляют моторику пищеварительного тракта, и 5HT₄, которые при стимуляции усиливают моторику пищеварительного тракта.



Рис. 1. Механизм релаксации и сокращения мышечного волокна

На сегодняшний день, согласно последним Римским критериям III (2006), СПК относят к функциональным кишечным расстройствам. По Международной классификации болезней 10-го пересмотра СПК делится на два класса: K58.0 — синдром раздраженного кишечника с диареей, K58.9 — синдром раздраженного кишечника без диареи. Определение СПК составлено из набора клинических признаков и звучит как функциональное кишечное расстройство, при котором абдоминальная боль или дискомфорт ассоциируются с дефекацией или изменениями частоты и характера стула или другими признаками нарушения опорожнения кишечника. К диагностическим критериям СПК относятся рецидивирующая боль в животе или дискомфорт не менее трех дней ежемесячно в течение трех месяцев на протяжении шести месяцев, связанные с двумя или более следующими признаками: улучшение после дефекации; начало, связанное с изменением частоты стула; начало, связанное с изменением формы стула. Также существуют дополнительные симптомы СПК, к которым относят патологическую частоту стула (менее трех раз в неделю или более трех раз в день), патологическую форму стула (1-й и 7-й тип по «Бристольской шкале»), натуживание при дефекации, императивные позывы или чувство неполного опорожнения кишечника, выделение слизи. С целью понимания описания боли и дискомфорта стоит дать их определения. Так, боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения. Дискомфорт — это неприятное ощущение, не описанное как боль.

Римские критерии III предлагают ввести разграничение подтипов по «Бристольской шкале» и выделить:

- СПК с преобладанием запора (IBS-C) — твердый или комковатый стул (тип 1, 2) $\geq 25\%$ и жидкий или водянистый стул $< 25\%$ дефекаций.
- СПК с преобладанием диареи (IBS-D) — жидкий или водянистый стул (тип 6, 7) $\geq 25\%$ и

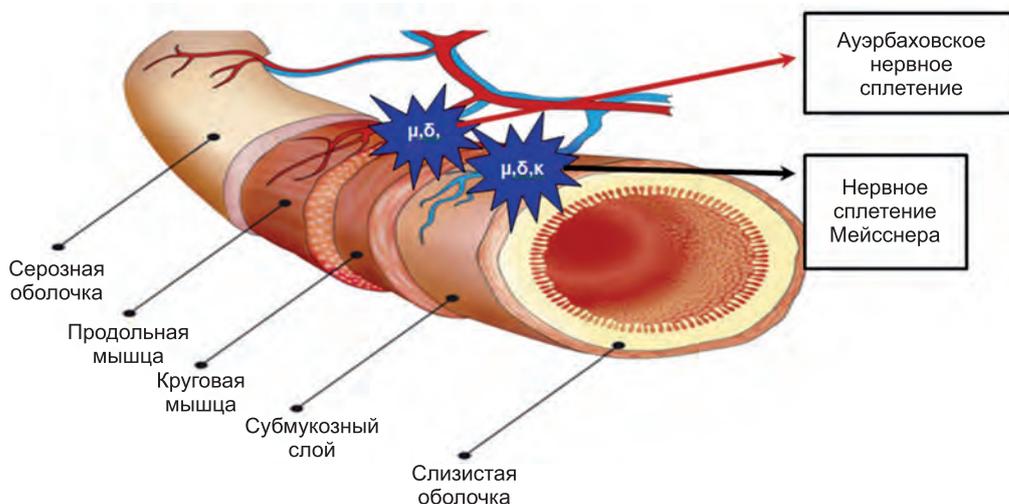


Рис. 2. Энтеральная нервная система

твердый или комковатый стул < 25% дефекаций. Смешанный СРК (IBS-M) — твердый или комковатый стул (тип 1, 2) ≥25% и жидкий или водянистый стул (тип 6, 7) ≥25% дефекаций.

- Неклассифицируемый СРК — патологическая консистенция стула, соответствующая критериям IBS-C, D или M.

С позиции Римских критериев пациентов без нарушения дефекации, но с абдоминальными болями следует относить к категории функциональной абдоминальной боли, которая делится на два класса: синдром абдоминальной боли и неспецифическая функциональная абдоминальная боль.

Учитывая функциональный характер проявлений, диагноз СРК является диагнозом исключения. И в этой связи необходимо знание симптомов тревоги, так называемых «красных флагов».

К признакам, исключающим функциональный характер жалоб, относят немотивированную потерю массы тела, ночной характер болей, возникновение заболевания в возрасте после 40 лет, лихорадку, любые изменения, выявленные при непосредственном обследовании, инструментальном, а также в лабораторных показателях.

Оценка клинической картины основывается на Римских критериях. В клинической картине преобладают боли различного характера (тупые, давящие, распирающие, нестерпимые). Локализуется чаще в боковых и/или нижних отделах живота, левом и правом подреберьях. Боль связана с приемом пищи, стрессом, физической нагрузкой, возникает в утренние или дневные часы, стихает во время сна или отдыха.

Для точной установки функционального характера заболевания следует по возможности задействовать максимальный арсенал современных инструментальных и лабораторных методов диагностики. Учитывая биопсихосоциальный характер заболевания наиболее сложным вопросом является выбор тактики терапии СРК [1, 2]. Всем пациентам необходима коррекция питания. Больным с преобладанием запоров показана диета № 3 с добавлением пшеничных отрубей. В случае преобладания поносов в период обострения рекомендуется ограничение продуктов, богатых клетчаткой и рекомендована диета № 4 [5].

Опираясь на изложенные механизмы возникновения СРК, точками приложения лекарственных средств могут быть системы, представленные на рис. 3.

Мета-анализ показал, что спазмолитики являются наиболее эффективными препаратами для

лечения болей у пациентов с СРК (Ling Chang, 2010).

Спазмолитики применяемые для купирования болей при СРК:

- Антихолинергические препараты (гиосцина бутилбромид).
- Миотропные спазмолитики (дротаверин).
- Агонисты опиоидных рецепторов (тримебутин).
- Блокаторы кальциевых каналов (пинаверия бромид).
- Блокаторы натриевых каналов (мебеверин, домперидон).

Подключение воздействия на психологическом уровне должно быть тогда, когда симптомы СРК остаются рефрактерными к лекарственной терапии или имеются свидетельства, что стрессовые и психологические факторы способствуют обострению симптомов. Немаловажным фактором успеха терапии является понимание пациентом необходимости такого лечения. При СРК обычно используются трициклические антидепрессанты или селективные ингибиторы захвата серотонина [7].

Цель исследования — оценить эффективность предлагаемых схем терапии больных с СРК с типами IBS-C и IBS-D на основании краткого опросника качества жизни и оценки «Шкалы боли».

Материал и методы. В 2014 г. нами была сформирована группа пациентов, соответствующая Римским критериям. Данное соответствие было подтверждено путем исключения органического характера заболевания и наличием клинических характеристик. Отбор осуществлялся на поликлиническом уровне. В группу вошло 24 пациента. Пациентам после получения информированного согласия перед началом терапии предлагалось ответить на вопросы по краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни и оценить интенсивность боли по «Шкале боли». Краткий опросник WHOQOL-BREF состоит из 26 пунктов и оценивает следующие широкие области: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду. «Шкала боли» имеет градацию от 0 — нет боли, 5 — средняя интенсивность, 10 — выраженная боль. Оценка осуществлялась до начала терапии, через две недели и через месяц. Терапия делилась в соответствии с типом СРК на два подхода. При установлении диагноза IBS-C терапия включала индивидуально подобранную диету с корректировкой ее по ходу лечения (ведение пациентом пищевого дневника), спазмолитики (тримебутин в суточной дозировке



Рис. 3. Пути устранения боли при СРК

Анализ динамики показателей качества жизни по опроснику WHOQOL-BREF у больных с СРК с типами IBS-C и IBS-D

Категория	Среднее значение и стандартное отклонение			χ^2	p
	Исходное значение	Через 2 нед	Через месяц		
Физическое благополучие	44±5	47±4	63±3	20,3	<0,001
Психологическое благополучие	51±6	56±5	71±4	21,3	<0,001
Социальная сфера	46±5	51±5	67±4	23,6	<0,001
Окружающая среда	39±3	41±2	69±2	22,4	<0,001
Общий показатель по опроснику	129±17	193±15	267±11	22,1	<0,001

600 мг) в течение месяца, препараты, разжижающие консистенцию кала (сочетание мукофалька с лактулозой) до этапа нормализации стула. В случае диагностирования у пациента метеоризма назначался симетикон.

При установлении диагноза IBS-D терапия включала также индивидуально подобранную диету, спазмолитики (тримебутин в суточной дозировке 600 мг) в течение месяца, 7-дневный курс бактисубтила или нифуроксазида с включением пробиотика (бифиформ) с первого дня терапии в течение месяца. Всем пациентам был назначен месячный курс приема сульпирида в суточной дозировке 50 мг со следующей схемой отмены: на 20-й день терапии на 7 дней прием через сутки, затем 1 раз через три дня с последующей полной отменой.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил (25±3,6) года. В структуре по полу женщины и мужчины составили 86 и 14% соответственно. Анализ результатов по формам СРК показал, что у 17 (70,8%) пациентов был выставлен диагноз СРК с запорами, у 8 (29,2%) — СРК с диареей.

Статистический анализ данных показал достоверные различия частоты встречаемости форм СРК по полу. Так, среди женщин преобладал СРК с запором — 87% ($p<0,001$), среди мужчин преобладал СРК с диареей — 71% ($p<0,05$).

При оценке интенсивности болевого симптома среди мужчин и женщин достоверного различия установлено не было. Средний балл оценки боли до начала терапии составил 7,6±1,04.

Среди женского пола состояние физического здоровья оценивалось как умеренное в 76% случаев, нарушение психического здоровья было выражено в значительной степени у 57% респондентов. Социальные отношения в 79% случаев расценивались как «ни плохо, ни хорошо». По результатам анализа в 71% случаев респонденты не удовлетворены окружающей средой.

Среди лиц мужского пола физическое здоровье оценивалось как измененное в значительной степени в 57%. В 52% случаев респонденты оценили свое психическое состояние как нарушенное умеренно. Социальные отношения расценивались в 70% как «ни плохо, ни хорошо», окружающая среда в 69% удовлетворяла респондентов.

По истечении месяца все 24 (100%) пациента оставались в процессе лечения и продолжали участвовать в исследовании. Согласно опроснику WHOQOL-BREF для сопоставимости полученных результатов использовались преобразованные показатели, позволяющие градировать полученные результаты от 0 до 100. Увеличение показателей свидетельствует о положительной динамике. Осуществлялся расчет среднего показателя со стандартным отклонением. Для оценки нулевой гипотезы нами применен анализ таблиц сопряженности (табл. 1).

Результаты, полученные с помощью опросника для оценки качества жизни WHOQOL BREF, показали выраженное и статистически значимое улучшение качества жизни во всех четырех сферах (физической, психологической, социальной и в сфере окружающей среды) по истечении двух недель и месяца по сравнению с исходным состоянием.

Также отмечалась положительная динамика снижения боли (табл. 2).

Таблица 2

Анализ динамики боли по «Шкале боли» у больных с СРК с типами IBS-C и IBS-D

Пол	До начала терапии	Через 2 нед	Через месяц
Мужской	7,8	6,0	4
Женский	7,4	6,2	3,8

Учитывая положительный опыт терапии пациентов с СРК на поликлиническом уровне, а также рекомендации Э.П. Яковенко (2011), можно рекомендовать использовать предложенные схемы терапии СРК с учетом его типа.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Динамика работы гастроэнтерологического отделения Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ за 5-летний период / Н.Б. Амиров, Л.П. Абсалюмова, З.М. Галеева [и др.] // Вестник современной клинической медицины.—2012. — Т. 5, прил. 1. — С.32—40.
2. Буторова, Л.И. Синдром раздраженного кишечника: основные принципы диагностики и лечения в поликлинической практике: учеб. пособие / Л.И. Буторова, Г.М. Токмулина. — М., 2014 — 96 с.
3. Синдром раздраженного кишечника — коморбидное соматопсихическое заболевание / В.М. Махов, Л.В. Ромасенко, Т.В. Турко, Н.Н. Шептак // Лечащий врач. — 2014. — № 8. — С.10—14.
4. Махов, В.М. Коморбидность дисфункциональных расстройств органов пищеварения / В.М. Махов, Л.В. Ромасенко, Т.В. Турко // Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. — 2007. — Т. 9, № 2. — С.37—42.
5. Немцов, В.И. Синдром раздраженного кишечника: новые представления об этиопатогенезе и лечении / В.И. Немцов // Лечащий врач. — 2015. — № 6. — URL: <http://www.lvrach.ru/2015/06/15436246/>
6. Парфенов, А.П. Синдром раздраженного кишечника / А.П. Парфенов // Лечащий врач. — 2002. — № 6. — URL: <http://www.lvrach.ru/2002/06/4529506/>
7. Рысс, Е.С. Основы клинической гастроэнтерологии: учеб. пособие / Е.С. Рысс, А.В. Смирнов. — СПб., 2012. — 372 с.
8. Принципы организации и основные показатели деятельности гастроэнтерологической службы многопрофильного стационара: метод. рекомендации / А.В. Спиридонов, Л.Ф. Сабиров, Э.Б. Фролова, Н.Б. Амиров. — Казань, 2014. — 38 с.
9. Патогенетические подходы в лечении синдрома раздраженного кишечника / А.В. Яковенко, А.Н. Иванов, А.С. Прянишникова [и др.] // Лечащий врач. — 2011. — № 7. — URL: <http://www.lvrach.ru/2011/07/15435230/>
10. Роль моторных нарушений в механизмах формирования клинических проявлений синдрома раздраженной кишки (СРК) и СРК-подобных нарушений / Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова, А.В. Яковенко [и др.] // Вопросы терапии. Consilium Medicum. — 2011. — № 1. — С.69—73.
11. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome / Т. Poynard, S. Naveau, B. Mory, J.C. Chaput // Aliment Pharmacol Ther. — 2001. — № 15. — P.355—360.
12. Yakovenko, E. Tcherenchimediins at al. Is irritable bowel syndrome (IBS) related to altered gut flora? / E. Yakovenko, P. Grigoriev // Gut. — 1997. — Vol. 41, suppl. 3. — P.123.
13. poliklinicheskoj praktike: uchebnoe posobie [Syndrome of the angry intestines: the basic principles of diagnostics and treatment in polyclinic practice: school—book]. Moskva. 2014; 96 p.
14. Mahov VM, Romasenko LV, Turko TV, Sheptak NN. Sindrom razdrzhennogo kishechnika — komorbidnoe somatopsihicheskoe zabojevanie [Syndrome of the angry intestines — a komorbidny somatopsikhichesky disease]. Lechashhij Vrach [Doctor in charge of the case]. 2014; 8: 10—14.
15. Mahov VM, Romasenko LV, Turko TV. Komorbidnost' disfunkcional'nyh rasstrojstv organov pishhevarenija [Komorbidnost of dysfunctional frustration of digestive organs]. Russkij Medicinskij Zhurnal; Bolezni organov pishhevarenija [Russian Medical Magazine; Diseases of digestive organs]. 2007; 9 (2): 37—42.
16. Nemcov VI. Sindrom razdrzhennogo kishechnika: novye predstavlenija ob jetiopatogeneze i lechenii [Syndrome of the angry intestines: new ideas of an etiopatogeneza and treatment]. Lechashhij vrach [Doctor in charge of the case]. 2015; 6: <http://www.lvrach.ru/2015/06/15436246/>
17. Parfenov AP. Sindrom razdrzhennogo kishechnika [Syndrome of the angry intestines]. Lechashhij vrach [Doctor in charge of the case]. 2002; 6: <http://www.lvrach.ru/2002/06/4529506/>
18. Ryss ES, Smirnov AV. Osnovy klinicheskoi gastrojenterologii: uchebnoe posobie [Fundamentals of clinical gastroenterology: school—book]. Sankt Peterburg. 2012; 372 p.
19. Spiridonov AV, Sabirov LF, Frolova JeB, Amirov NB. Principy organizacii i osnovnye pokazateli dejatel'nosti gastrojenterologicheskoi sluzhby mnogoprofil'nogo stacionara: metodicheskie rekomendacii [Principles of the organization and main indicators of activity of gastroenterologicheskoy service of a versatile hospital: methodical recommendation]. Kazan: GBOU DPO «Kazanskaja gosudarstvennaja medicinskaja akademija» Minzdrava Rossii, FKUZ «Mediko—sanitarnaja chast' ministerstva vnutrennih del Rossijskoj federacii po Respublike Tatarstan» [Kazan State Medical Academy, Medical — Sanitary Unit of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation in the Republic of Tatarstan]. 2014; 38 p.
20. Jakovenko AV, Ivanov AN, Prjanishnikova AS, Agafonova NA, Jakovenko JeP. Patogeneticheskie podhody v lechenii sindroma razdrzhennogo kishechnika [Pathogenetic approaches in treatment of a syndrome of razdrzhenny intestines]. Lechashhij vrach [Doctor in charge of the case]. 2011; 7: <http://www.lvrach.ru/2011/07/15435230/>
21. Jakovenko JeP, Agafonova NA, Jakovenko AV, Ivanov AN, Prjanishnikova AS, Krasnolobova LP. Rol' motornyh narushenij v mehanizmah formirovanija klinicheskikh projavlenij sindroma razdrzhennoi kishki (SRK) i SRK—podobnyh narushenij [Role of motor violations in mechanisms of formation of clinical manifestations of the syndrome of the angry gut (SAG) and SRK—like violations]. Voprosy terapii [Questions of therapy]: Consilium Medicum. 2011; 1: 69—73.
22. Poynard T, Naveau S, Mory B, Chaput JC. Meta—analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2001; 15: 355—360.
23. Yakovenko E, Grigoriev P, Tcherenchimediins et al. Is irritable bowel syndrome (IBS) related to altered gut flora? Gut. 1997; 41 (suppl 3): 123.

REFERENCES

1. Amirov NB, Absaljamova LR, Galeeva ZM, Gimaletdinova IA, Potapova MV, Sabirov LF, Frolova JeB. Dinamika raboty gastrojenterologicheskogo otdelenija klinicheskogo gositalja MSCh MVD Rossii po RT za 5—ti letnij period [Dynamics of work of gastroenterologicheskoy office of the MSCh Ministry of Internal Affairs clinical hospital of Russia on RT for 5 summer period]. Vestnik sovremennoj klinicheskoi mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine].2012; 5 (S.1): 32—40.
2. Butorova LI, Tokmulina GM. Sindrom razdrzhennogo kishechnika: osnovnye principy diagnostiki i lechenija v