

- в ОВД // В.Е. Петров, Г.В. Шутко. — Домодедово: ВИПК МВД России, 2013. — 266 с.
4. *Шогенов, А.Г.* Медицина труда лиц опасных профессий / А.Г. Шогенов, А.М. Муртазов, А.А. Эльгаров // Медицина труда и промышленная экология. — 2007. — № 5. — С. 1—6.
 5. *Шогенова, А.Б.* Метаболический синдром и риск сердечно-сосудистых заболеваний у сотрудников правоохранительных органов / А.Б. Шогенова, А.А. Эльгаров, А.М. Муртазов, А.Г. Шогенов // Медицина труда и промышленная экология. — 2010. — № 11. — С. 7—12.
 6. *Кошелев, В.П.* Здоровье человека и его мировоззрение / В.П. Кошелев, И.Г. Корнюшко, А.В. Коньков [и др.] // Медицинский вестник МВД. — 2012. — № 2. — С. 26—29.
 7. *Doll, R.* The causes of cancer-quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United-States today / R. Doll, R. Peto // Journal of the National Cancer Institute. — 2011. — P.66.
 8. *Касаткин, В.Н.* Актуальные проблемы психологии здоровья / В.Н. Касаткин, А.А. Бочавер // Психологическая наука и образование. — 2010. — № 5. — С. 255.
 9. *Johnston, M.* Current Issues and New Directions in Psychology and Health: What happened to behaviour in the decade of behavior / M. Johnston, D. Dixon // Psychology and health. — 2008. — P.23.
 10. *Kaplan, R.M.* Health Psychology: where are we and where do we go from here / R.M. Kaplan // Health psychology. — 2009. — Vol. 7.
 11. *Чухнин, Е.В.* Вариабельность сердечного ритма. Метод и клиническое применение / Е.В. Чухнин, Н.Б. Амиров // Вестник современной клинической медицины. — 2008. — Т. 1, № 1. — С. 72—78.
- REFERENCES**
1. Miagkih NI, Shutko GV, Ermachkov AI. Materialy vystupenij uchastnikov Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii, posvjashhjonnoj 35-letiju sozdaniya sistemy professional'nogo psihologicheskogo otbora v OVD [Proceedings of the participants of All-Russian scientific-practical conference devoted to the 35th anniversary of the establishment of professional psychological selection system in the police department]. MVD Rossii [The Russian Interior Ministry]. 2008; 158 p.
 2. Potapova MV. Nekotorye aspekty politiki mediko-sanitarnoj chasti MVD po RT [Some aspects of the health of the Ministry of Interior in Tatarstan policy]. Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2008; 1 (1): 6-7.
 3. Petrov VE, Shutko GV. Sbornik materialov nauchno-prakticheskoj konferencii, posvjashhjonnoj 40-letiju sozdaniya sistemy professional'nogo psihologicheskogo otbora v OVD [The collection of materials of scientific-practical conference devoted to the 40th anniversary of the establishment of professional psychological selection system in the police department]. Domodedovo: VIPK MVD Rossii [Domodedovo: the Russian Interior Ministry]. 2013; 266 p.
 4. Shogenov AG, Murtazov AM, Elgarov AA. Medicina truda lic opasnyh professij [Labour Medicine hazardous occupations persons]. Medicina truda i promyshlennaja jekologija [Occupational Medicine and Industrial Ecology]. 2007; 5: 1-6.
 5. Shogenova AB, Elgarov AA, Murtazov AM, Shogenov AG. Metabolicheskij sindrom i risk serdechno-sosudistyh zabolevanij u sotrudnikov pravoohranitel'nyh organov [Metabolic syndrome and risk of cardiovascular disease in law enforcement]. Medicina truda i promyshlennaja jekologija [Occupational Medicine and industrial ecology]. 2010; 11: 7-12.
 6. Koshelev VP, Kornyushko IG, Bugrov VI, Ermilova EV. Zdorov'e cheloveka i ego mirovozzrenie [Human health and his world MVD]. Medicinskij vestnik MVD [Medical Bulletin MIA]. 2012; 2: 26-29.
 7. Doll R, Peto R. The causes of cancer-quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United-States today. Journal of the National Cancer Institute. 2011; 66.
 8. Kasatkin VN, Bochaver AA. Aktual'nye problemy psihologii zdorov'ja [Actual problems of health psychology]. Psihologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]. 2010; 5: 255 p.
 9. Johnston M, Dixon D. Current Issues and New Directions in Psychology and Health: What happened to behaviour in the decade of behavior. Psychology and health. 2008; 23.
 10. Kaplan RM. Health Psychology: Where Are We And Where Do We Go From Here. Health psychology. 2009; 7.
 11. Chukhnin EV, Amirov NB. Variabel'nost' serdechnogo ritma: metodicheskoe i klinicheskoe primenenie [Heart rate variability: methodical and clinical application]. Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2008; 1 (1): 72-78.

© А.В. Спиридонов, Л.Р. Абсалямова, И.А. Гималетдинова, 2016

УДК 616.34-009-052

DOI: 10.20969/VSKM.2016.9(6).76-81

ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОГО ОПРОСНИКА ВОЗ WHOQOL-BREF ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

СПИРИДОНОВ АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, 420059, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, тел. 7(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, 420059, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, тел. +7(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, 420059, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, тел. +7(843) 291-86-85, e-mail: 89046668452@bk.ru

Реферат. Цель исследования — изучение качества жизни лиц с синдромом раздраженного кишечника среди работников «офисной» сферы. **Материал и методы.** На амбулаторном приеме обследовано 32 пациента с синдромом раздраженного кишечника в возрасте 19—46 лет. Статистическая обработка осуществлялась с применением программного обеспечения Statistica 7. Использовались такие статистические методы, как

сравнение относительных величин, вариационные ряды, методы непараметрической статистики. Уровень достоверности сравниваемых величин — $p < 0,05$. **Результаты и их обсуждение.** К категории «офисных» работников были отнесены лица, которые 60% и более рабочего времени находятся в сидячем положении, с низкой физической активностью. Диагноз «синдром раздраженного кишечника» и форма заболевания устанавливались в соответствии с Римскими критериями III. В зависимости от формы синдрома раздраженного кишечника все пациенты были разделены на группы: синдром раздраженного кишечника с запором, синдром раздраженного кишечника с диареей, смешанный синдром раздраженного кишечника и недифференцированный синдром раздраженного кишечника. Пациенты, имеющие симптомы тревоги из исследования исключались. **Заключение.** Изучение качества жизни по упрощенному (краткому) опроснику Всемирной организации здравоохранения на амбулаторном этапе лечения позволит врачу обоснованно оценить внутреннее состояние пациента до проведения лечебных мероприятий, в динамике оценить эффективность проводимой терапии, своевременно выявить снижение показателей качества жизни, осуществить диагностику возможных функциональных отклонений у пациента.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, качество жизни, диагностика, клиника.

Для ссылки: Спиридонов, А.В. Применение краткого опросника ВОЗ WHOQOL-BREF для оценки качества жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника / А.В. Спиридонов, Л.Р. Абсальмова, И.А. Гималетдинова // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, вып. 6. — С.76—81.

APPLIANCE OF THE SHORT QUESTIONNAIRE WHOQOL-BREF BY THE WHO FOR QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME PATIENTS

SPIRIDONOV ALBERT V., C. Med. Sci., deputy chief of Clinical hospital of the Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Republic of Tatarstan, Russia, 420059, Kazan, Orenburgsky trakt str., 132, tel. +7(843) 291-86-94, e-mail: 89046668452@bk.ru

ABSALJAMOVA LEJLE R., Head of the Department of gastroenterology of Clinical hospital of the Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Republic of Tatarstan, Russia, 420059, Kazan, Orenburgsky trakt str., 132, tel. +7(843) 291-86-8, e-mail: 89046668452@bk.ru

GIMALETDINOVA IRINA A., gastroenterologist of Clinical hospital of the Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Republic of Tatarstan, Russia, 420059, Kazan, Orenburgsky trakt str., 132, tel. +7(843) 291-86-85, e-mail: 89046668452@bk.ru

Abstract. Aim. Quality of life assessment in persons with irritable bowel syndrome among the office workers. **Material and Methods.** 32 patients with irritable bowel syndrome aged 19—46 years were examined. Statistical processing was performed using Statistica 7 software. Statistical methods such as comparison of relative values and variation series methods of nonparametric statistics were applied. The level of significance was estimated as $p < 0,05$. **Results and discussion.** The category of office workers were classified as persons who take sitting position with low physical activity 60% or more working time. The diagnosis of irritable bowel syndrome and the disease form were set according to the Rome criteria III. Depending on the form of irritable bowel syndrome the patients were divided into groups: irritable bowel syndrome with constipation, irritable bowel syndrome with diarrhea, mixed irritable bowel syndrome and undifferentiated irritable bowel syndrome. The patients having the symptoms of anxiety were excluded from the study. **Conclusion.** The quality of life assessment according to the simplified (short) questionnaire on the outpatient treatment by the World Health Organization allows the doctor to evaluate the internal condition of the patient reasonably prior to the medical treatment, to assess effectiveness of the therapy at the follow-up control, to identify the worsening of quality of life indicators timely as well as to carry out the diagnosis of possible functional abnormalities.

Key words: irritable bowel syndrome, quality of life, diagnostics, clinic.

For reference: Spiridonov AV, Absaljamova LR, Gimaletdinova IA. Appliance of the short questionnaire of WHOQOL-BREF by the WHO for quality of life assessment in irritable bowel syndrome patients. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2016; 9 (6): 76—81.

Актуальность. Распространенность синдрома раздраженного кишечника (СРК), по данным различных авторов в большинстве стран мира составляет 14—30% населения [1, 2, 3]. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст, причем женщины болеют в 2—3 раза чаще мужчин [4]. В основном симптомы синдрома раздраженного кишечника проявляются у лиц в возрасте 30—50 лет, а в пожилом и старческом возрасте частота их проявления не превышает 10%.

Заболевание в значительной степени ухудшает качество жизни и социальную активность пациентов и зачастую требует значительных материальных затрат на обследование и лечение [3].

На сегодняшний день в Российской Федерации под руководством В.Т. Ивашкина разработаны клинические рекомендации по синдрому раздраженного кишечника [5].

Синдром раздраженного кишечника — это 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 синдрома раздраженного кишечника 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 признаками:

улучшение после дефекации; начало, связанное с изменением частоты стула; начало, связанное с изменением формы стула.

Также существуют дополнительные симптомы синдрома раздраженного кишечника, 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.

Согласно квалификации выделяют:

- синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора (IBS-C) — твердый или комковатый стул (тип 1, 2) более или равно 25% и жидкий или водянистый стул менее 25% дефекаций;
- синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи (IBS-D) — жидкий или водянистый стул (тип 6, 7) более или равно 25% и твердый или комковатый стул менее 25% дефекаций;
- смешанный синдром раздраженного кишечника (IBS-M) — твердый или комковатый стул (тип 1, 2) более или равно 25% и жидкий или водянистый стул (тип 6, 7) более или равно 25% дефекаций;
- неклассифицируемый синдром раздраженного кишечника — патологическая консистенция стула, соответствующая критериям IBS-C, D или M.

Врачи при постановке диагноза в соответствии с классификацией СРК должны руководствоваться Бристольской шкалой формы стула.

Согласно последним представлениям об этиопатогенезе СРК существенную роль в нем отводят измененной моторике, висцеральной гиперчувствительности, расстройством в системе «мозг — кишка», различным гормональным сдвигам, генетической предрасположенности, постинфекционным последствиям.

Интересными представляются данные ряда авторов, демонстрирующие эволюцию патогенеза (рисунк).

Клиническая картина. При сборе анамнеза необходимо правильно интерпретировать такие понятия, как «запор» и «диарея», так как зачастую пациенты, жалующиеся на понос, имеют ввиду частую дефекацию, а пациенты отмечающие у себя запор предъявляют жалобы на дискомфорт в аноректальной области при дефекации, а не редкое опорожнение кишечника или 1-й и 2-й типы по Бристольской шкале.

Для пациентов с синдромом раздраженного кишечника характерно многообразие предъявляемых жалоб. Причем они носят как гастро-, так и негастро-энтерологический характер.

Диагноз «синдром раздраженного кишечника» устанавливается при соответствии жалоб пациента Римским критериям III. При постановке диагноза СРК необходимо исключение симптомов тревоги или красных флагов.

К симптомам тревоги относят немотивированную потерю массы тела, ночную симптоматику, постоянные интенсивные боли в животе как единственный ведущий симптом поражения желудочно-кишечного тракта, начало в пожилом возрасте, рак толстой кишки у родственников, лихорадка, изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия), кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ, изменения в биохимии крови.



Теории патогенеза синдрома раздраженного кишечника

Характеристика боли, возникающей при синдроме раздраженного кишечника:

- Боли разного характера (тупые, давящие, распирающие, нестерпимые).
- Локализация боли чаще в боковых и/или нижних отделах живота, левом и правом подреберьях.
- Боль связана с приемом пищи, стрессом, физической нагрузкой.
- Боль возникает в утренние или дневные часы.
- Боли непостоянные, а периодические.
- Боль стихает во время сна или отдыха.
- Уменьшение боли или дискомфорта после дефекации или отхождения газов.

Распирание в животе. Данные ощущения, как правило, менее всего выражены в утренние часы и имеют тенденцию к нарастанию в течение дня. Восприятие пациентом вздутия живота может проявляться тем, что на приеме пациент демонстрирует вздутие и характеризует его как «огромное» или «чудовищное», хотя внешне оно имеет вид незначительного выпирания.

Слизеотделение. Чаще встречается у пациентов с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров. Патофизиология данного симптома, скорее всего, вызвана перестройкой слизистой оболочки толстой кишки. По мнению ряда авторов, отмечается преобладание бокаловидных клеток над обычными энтероцитами.

Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора. Данный вариант чаще отмечается у лиц женского пола [2]. Для данной картины заболевания характерны задержки стула более трех дней, причем запоры могут сменяться ежедневными актами дефекации, но с отхождением малого количества кала, соответствующего 1-му и 2-му типу по Бристольской шкале. Акт дефекации требует натуживания. Стул не содержит примеси крови и гноя, но часто наблюдается примесь слизи.

Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи. Данный вариант встречается чаще у мужчин [2].

Важный патогенетический механизм возникновения диареи у пациентов с синдромом раздраженного кишечника — усиление секреции воды в кишечнике, что может быть обусловлено повышенным освобождением серотонина, гистамина, вазоактивного полипептида, а также нарушением всасывания желчных кислот. Отмечено умеренное нарушение всасывания желчных кислот у 32% больных, выраженное у 10% больных (Camiller M., 2015).

Диарея преобладает в утренние часы, после завтрака; такая картина получила название «синдром утреннего натиска» или «утренней бури». Частота стула достигает 2—4 раз, а форма стула соответ-

ствует 6-му и 7-му типу по Бристольской шкале. У половины пациентов эпизоды диареи носят транзиторный характер и длятся не более суток. Также часто наблюдается более плотный стул при первом акте дефекации, чем при последующих. Общая суточная масса кала не превышает 200 г. В ночные часы диарея отсутствует.

Внекишечные проявления. Дизурия, раннее насыщение, тошнота, фибромиалгия, боли в пояснице, дисменорея, психопатологические расстройства (депрессия, тревога, фобии, панические атаки), неврологические и вегетативные расстройства, головная боль.

Диагностика

1-й этап. Постановка предварительного диагноза «синдрома раздраженного кишечника» на основании жалоб в соответствии с Римскими критериями III.

2-й этап. Выделение доминирующего симптома (боль, диарея, запор).

3-й и 4-й этапы. Исключение органических заболеваний: анализ крови, копрограмма, фиброгастроудоденоскопия, ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, сигмоскопия до 45 лет, после 45 лет ирригография и фиброколоноскопия.

5-й этап. Первичный курс лечения — 3—6 нед.

6-й этап. Пересмотр диагноза при неэффективности лечения.

Принципы диагностики и их необходимый объем регламентируются Римскими критериями III и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Лечебная стратегия при синдроме раздраженного кишечника базируется на характере и тяжести симптомов, степени функциональных нарушений, наличия социальной дезадаптации, психических особенностях пациента. Немедикаментозное лечение включает обучение пациента, снятие напряжения (убедить больного в отсутствии тяжелого органического заболевания), диетические рекомендации (ведение пищевого дневника, таблица), выделить продукты, вызывающие у пациента усиление симптомов заболевания.

Лечебное питание: при обострении рекомендуется диета № 4. По мере стихания обострения — диета № 4б, затем № 4в. В случае преобладания запоров — диетический стол № 3 [4].

Медикаментозная терапия включает применение спазмолитических препаратов, слабительных средств, прокинетики, антидепрессантов (по строгим показаниям).

Цель исследования — изучение качества жизни лиц с синдромом раздраженного кишечника среди работников «офисной» сферы.

Примерная схема ведения пищевого дневника

Дата, время	Пища, напитки и их количество	Время наступления реакции	Характер проявлений	Выраженность проявлений (0—10 баллов)	Принятые лекарства

Материал и методы. На амбулаторном приеме обследовано 32 пациента с синдромом раздраженного кишечника в возрасте 19—46 лет. К категории «офисных» работников были отнесены лица, которые 60% и более рабочего времени находят в сидячем положении с низкой физической активностью. Диагноз «синдром раздраженного кишечника» и форма заболевания устанавливались в соответствии с Римскими критериями III. В зависимости от формы синдрома раздраженного кишечника все пациенты были разделены на группы: синдром раздраженного кишечника с запором (СРК-З), синдром раздраженного кишечника с диареей (СРК-Д), смешанный синдром раздраженного кишечника (СРК-С) и недифференцированный синдром раздраженного кишечника (СРК-Н). Пациенты, имеющие симптомы тревоги, из исследования исключались.

Пациентам после получения информированного согласия предлагалось ответить на вопросы по краткому опроснику Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни. Согласно данному опроснику результаты интерпретируются по 4 сферам: физическое здоровье (ФЗ), психологическое здоровье (ПЗ), социальные отношения (СО) и окружающая среда (ОС).

Также предлагалось оценить интенсивность боли по «шкале боли», имеющей градацию: 0 — нет боли, 5 — средняя интенсивность, 10 — выраженная боль.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил (26±4,6) года. В структуре по полу женщины и мужчины составили 74 и 26% соответственно. Анализ результатов по формам синдрома раздраженного кишечника показал, что у 18 (56,2%) пациентов был выставлен диагноз «синдром раздраженного кишечника с запором», у 9 (28,1%) — диагноз «синдром раздраженного кишечника с диареей», 5 (15,7%) пациентов имели смешанную форму синдрома раздраженного кишечника. Среди изучаемой группы диагноз «недифференцированный синдром раздраженного кишечника» установлен не был.

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

При оценке интенсивности болевого симптома среди мужчин и женщин достоверного различия установлено не было. Средний балл оценки боли составил 7±1,01.

Среди женского пола состояние физического здоровья оценивалось как умеренное в 76% случаев, нарушение психического здоровья было выражено в значительной степени среди 57% респондентов. Социальные отношения в 79% случаев расценивались как «ни плохо, ни хорошо». Следующая оцененная сфера — окружающая среда. По результатам анализа в 63% случаев респонденты не удовлетворены окружающей средой.

Среди лиц мужского пола физическое здоровье оценивалось как измененное в значительной степени в 67%. В 59% случаев респонденты оценили свое социальное состояние как умеренно нарушенное. Социальные отношения расценивались в 70% как «ни плохо, ни хорошо», окружающая среда в 69% удовлетворяла респондентов.

Оценка субсфер (ФЗ и ПЗ), таких как физическая боль и дискомфорт, жизненная активность, энергия и усталость, мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции), образ тела и внешность показали достоверные различия среди мужчин и женщин ($p < 0,05$). При оценке физической боли и дискомфорта учитывался контроль, который индивид имеет над болью, и легкость, с которой может быть достигнуто освобождение или облегчение от боли. Предполагается, что чем легче достигается освобождение от боли, тем меньше страх перед ней и, как результат, меньше величина ее влияния на качество жизни. Результаты показали, что среди женщин физические боли мешают выполнять свои обязанности незначительно (в 67% случаев), тогда как у мужчин — в значительной степени (в 72% случаев).

Субсфера — энергия и усталость исследует энергию, энтузиазм и выносливость, с которыми индивид выполняет необходимые задачи повседневной жизни, а также иные виды деятельности, избираемые им самим. Так, например, на вопрос о достаточности энергии для повседневной жизни 63% женщин ответили, что в основном достаточно, тогда как мужчины в 83% случаев ответили, что недостаточно.

Таким образом, среди лиц, имеющих низкую физическую активность в течение рабочего времени, отмечено снижение показателей качества жизни. В большинстве случаев пациенты имели абдоминальную боль средней и выраженной интенсивности. Среди различных субсфер отмечены достоверные различия среди мужчин и женщин.

Изучение качества жизни по упрощенному (краткому) опроснику ВОЗ на амбулаторном этапе лечения позволит врачу обосновано оценить внутреннее состояние пациента до проведения лечебных мероприятий, а также оценить в динамике эффективность проводимой терапии. Функциональные заболевания органов пищеварения в основном относятся к биопсихосоциальным заболеваниям, и применение данного опросника среди лиц, обращающихся к гастроэнтерологу, позволит своевременно выявить снижение показателей качества жизни, осуществить диагностику возможных функциональных отклонений у пациентов.

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 написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получили гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ивашкин, В.Т.* Синдром раздраженного кишечника: патофизиологические и клинические аспекты проблемы / В.Т. Ивашкин, Е.А. Полуэктова // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* — 2015. — Т. 25, № 1. — С.4—16.
2. *Спиридонов, А.В.* Синдром раздраженного кишечника в практике врача-гастроэнтеролога: от механизмов возникновения до эффективной терапии / А.В. Спиридонов, И.А. Гималетдинова, Л.Р. Абсалямова // *Вестник современной клинической медицины.* — 2015. — Т. 8, вып. 6. — С.79—85.
3. *Спиридонов, А.В.* Функциональные заболевания органов пищеварения. Синдром раздраженного кишечника в практике врача, подходы к терапии / А.В. Спиридонов, Ф.Г. Шигабутдинова, А.В. Спиридонова. — Казань: Вестфалика, 2015. — 38 с.
4. *Ивашкин, В.Т.* Боли в животе / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 112 с.
5. *Ивашкин, В.Т.* Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциация колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника / В.Т. Ивашкин // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* — 2014. — Т. 24, № 2. — С.92—101.
6. *Большой справочник лекарственных средств* / под ред. Л.Е. Зиганшиной, В.К. Лепяхина, В.И. Петрова, Р.У. Хабриева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 3344 с.
7. *Гуревич, М.М.* Лечебное питание: советы гастроэнтеролога / М.М. Гуревич — М.: Эксмо, 2012. — 320 с.
8. *Ивашкин, В.Т.* Синдром раздраженной кишки: практическое руководство для врачей / В.Т. Ивашкин. — М.: РГА, 1999. — 28 с.
9. 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.
10. *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.
11. *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/>
12. *Спиридонов, А.В.* Роль фитотерапии при синдроме раздраженного кишечника / А.В. Спиридонов // *Научный альманах.* — 2015. — № 8 (10). — С.989—1001.
13. 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/>
2. *Spiridonov AV, Gimaletdinova IA, Absaljamova LR.* Sindrom razdrzhenogo kischechnika v praktike vrachagastrojenterologa: ot mehanizmov vozniknovenija do jeffektivnoj terapii [A syndrome of the angry intestines in practice of the gastroenterologist: from origins before]. *Vestnik sovremennoj klinicheskoj mediciny* [Messenger of modern clinical medicine]. 2015; 8 (6): 79-85.
3. *Spiridonov AV, Shigabutdinova FG, Spiridonova AV.* Funkcional'nye zabolevanija organov pishhevarenija; sindrom razdrzhenogo kischechnika v praktike vracha, podhody k terapii — uchebno-metodicheskoe posobie [Functional diseases of the digestive system; a syndrome of the angry intestines in practice of the doctor, approaches to therapy — education guidance]. Kazan': Vestfalica. 2015; 38 p.
4. *Ivashkin VT, Sheptulin AA.* Boli v zhivote [Belly-aches]. Moskva: MEDpress-inform [Moscow: the medical press-inform]. 2012; 112 p.
5. *Ivashkin VT.* Klinicheskie rekomendacii Rossijskoj gastrojenterologicheskoj asociacii, Asociacii koloproktologov Rossii po diagnostike i lecheniju bol'nyh s sindromom razdrzhenogo kischechnika RZhGGK [Clinical recommendations of the Russian gastroenterologicheskoy associacii, Association of coloproctologists of Russia about diagnostics and treatment of patients with a syndrome of the angry intestines of RZhGGK]. 2014; 24 (2): 92-101.
6. *Ziganshina LE, Lepahin VK, Petrov VI, Habriev RU ed.* Bol'shoj spravochnik lekarstvennyh sredstv [Big reference book of medicines]. Moskva: GJeOTAR-Media [Moscow: GEOTAR-media]. 2011; 3344 p.
7. *Gurevich MM.* Lechebnoe pitanie: sovery gastrojenterologa [Medical foods: recommendations of the gastroenterologist]. Moskva [Moscow]: Jeksmo. 2012; 320 p.
8. *Ivashkin VT.* Sindrom razdrzhennoj kishki: Prakticheskoe rukovodstvo dlja vrachej [Syndrome of the angry gut: A practice guidance for doctors]. Moskva [Moscow]: RGA. 1999; 28 p.
9. *Mahov VM, Romasenko LV, Turko TV, Sheptak NN.* Sindrom razdrzhenogo kischechnika — komorbidnoe somatopsihicheskoe zabolevanie [The syndrome of the angry intestines — a komorbidny somatopsikhicheskoy disease]. *Lechashhij Vrach* [Attending physician]. 2014; 8: 10-14.
10. *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.
11. *Nemcov VI.* Sindrom razdrzhenogo kischechnika: novye predstavlenija ob jetiopatogeneze i lechenii [Syndrome of the angry intestines: new ideas of an etiopatogeneza and treatment]. *Lechashhij vrach* [Attending physician]. 2015; 6: <http://www.lvrach.ru/2015/06/15436246/>
12. *Spiridonov AV.* Rol' fitoterapii pri sindrome razdrzhenogo kischechnika [A phytotherapy role in case of a syndrome of the angry intestines]. *Nauchnyj al'manah* [The Scientific almanac]. 2015; 8 (10): 989-1001.
13. *Jakovenko AV, Ivanov AN, Prjanishnikova AS, Agafonova NA, Jakovenko JeP.* Patogeneticheskie podhody v lechenii sindroma razdarzhennogo kischechnika [Pathogenetic approaches in treatment of a syndrome of razdarzhenny intestines]. *Lechashhij vrach* [The attending physician]. 2011; 7: http://www.lvrach.ru/2011/07/15435230

REFERENCES

1. *Ivashkin VT, Polujektova EA.* Sindrom razdrzhenogo kischechnika: patofiziologicheskie i klinicheskie aspekty problemy [Sindrom of the angry intestines: pathophysiological and clinical aspects of a problem]. *Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian magazine of gastroenterology, hepatology, coloproctology]. 2015; 25 (1): 4-16.