

Многоцелевая терапия синдрома раздраженного кишечника

И.Ю.Гуртовенко¹, Т.А.Баева², Е.В.Парцвания-Виноградова³✉

¹ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России. 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2;

²ФКУЗ Главный клинический госпиталь Министерства внутренних дел РФ. 123060, Россия, Москва, ул. Народного Ополчения, д. 35;

³ГБУЗ Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения г. Москвы. 123182, Россия, Москва, ул. Пехотная, д. 3

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – чрезвычайно широко распространенное функциональное заболевание. Жалобы, предъявляемые пациентами, часто разнообразны, упорны. Клиническая картина варьирует в зависимости от характера изменений стула, что позволяет выделить четыре клинических варианта СРК. Прогноз для пациента нельзя признать благоприятным в силу того, что у большинства заболевших, несмотря на разработанные стандартные подходы к лечению СРК, клинические симптомы сохраняются, а в ряде случаев усиливаются. Так, у 62% пациентов становится необходимой поддерживающая терапия в силу сохранения у них метеоризма, нарушения кратности и консистенции стула, разнообразных субъективных ощущений со стороны органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Перспективным представляется назначение фитопрепарата Иберогаст, состоящего из гидроэтаноловых экстрактов комплекса трав, разработанного для лечения функциональных расстройств ЖКТ, таких как функциональная диспепсия и СРК.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, фитотерапия при синдроме раздраженного кишечника, Иберогаст.

✉ Katrin3108@mail.ru

Для цитирования: Гуртовенко ИЮ., Баева ТА, Парцвания-Виноградова ЕВ. Многоцелевая терапия синдрома раздраженного кишечника. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология. (Прил.). 2015; 1: 24–28.*

Multipurpose therapy of irritable bowel syndrome

I.Yu.Gurtovenko¹, T.A.Baeva², E.V.Parcvania-Vinogradova³✉

¹I.M.Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Trubetskaia, d. 8, str. 2;

²Main Clinical Hospital of Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation. 123060, Russian Federation, Moscow, ul. Narodnogo Opolcheniia, d. 35;

³City Clinical Hospital No. 52 of the Department of Health of Moscow. 123182, Russian Federation, Moscow, ul. Pekhotnaia, d. 3

Irritable bowel syndrome (IBS) is a very widespread functional disorder. Patients' complaints are often different and resistant. The clinic of irritable bowel syndrome depends on the nature of the defecation and is associated with the possibility to indicate four clinical types of IBS. The prognosis for such patients is not favorable, because, the majorities of patients, despite the worked out IBS standard treatment approaches, have persistent clinical symptoms, and in some cases these symptoms are increasing. For example, the supporting therapy is conducted in 62% of patients, because of continued meteorism, reduction in frequency of stools and stool consistency disorders, different subjective symptoms of the gastrointestinal tract (GIT). The prescription of phytopreparations – Iberogast containing hydroethyl extracts of herbs, designed for the treatment of GIT functional disorders, such as functional dyspepsia and IBS is very perspective.

Key words: irritable bowel syndrome, irritable bowel syndrome phytotherapy, Iberogast.

✉ Katrin3108@mail.ru

For citation: Gurtovenko Iu., Baeva TA, Parcvania-Vinogradova EV. Multipurpose therapy of irritable bowel syndrome. *Consilium Medicum. Gastroenterology. (Suppl.). 2015; 1: 24–28.*

Согласно Римским критериям III пересмотра синдром раздраженного кишечника (СРК) является функциональным заболеванием, характеризующимся болью или дискомфортом в животе, уменьшающимся после дефекации и связанными с изменением частоты и консистенции стула. Эти симптомы возникают не менее 3 дней в месяц на протяжении последних 3 мес, при этом общая продолжительность жалоб составляет не менее 6 мес [1].

Не будет преувеличением сказать, что СРК – достаточно частая причина обращения к интернистам, в силу чего считается одной из наиболее часто встречающихся патологий в структуре заболеваний гастроэнтерологического профиля возрастной группы 20–35 лет как в государствах третьего мира, так и в развитых странах [2]. Это суждение подтверждается эпидемиологическими исследованиями, демонстрирующими распространенность СРК на уровне 10–25% в разных регионах мира [3]. Приведенные данные подтверждают результаты метаанализов R.Lovell и соавт. (2012 г), демонстрирующих заболеваемость СРК на уровне 11,2% популяции мира [4]. Традиционно считается, что рассматриваемая функциональная патоло-

гия часто встречается в развитых странах в силу диетических особенностей, а также высокой интенсивности и регулярности психоэмоциональных нагрузок. При изучении гендерного состава пациентов преобладают женщины, заболевая в 1,5–3,0 раза чаще мужчин [3].

Литературные данные согласуются с клиническим опытом отечественных исследователей, констатирующих, что обращаемость по поводу СРК за последние 4 года увеличилась с 28 до 33,6%, причем среди больных преобладали лица, средний возраст которых составил 28,7±6,7 года, женщины обращались чаще, чем мужчины [5, 6].

Согласно клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации колопроктологом по диагностике и лечению пациентов с синдромом раздраженного кишечника, СРК не повышает смертность и риск развития онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или воспалительных заболеваний кишечника. Нередко отмечается сочетание с другими функциональными проблемами ЖКТ, в частности, функциональной диспепсией, функциональной изжогой [1]. Однако, по мнению российских авторов, наблюдается также ассоциация СРК с

Таблица 1. Клинические варианты СРК

Форма	Изменения стула
СРК-3	Твердый или фрагментированный стул $\geq 25\%$, жидкий или водянистый стул $< 25\%$ всех актов дефекации
СРК с диареей	Жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$, твердый или фрагментированный стул $< 25\%$ всех актов дефекации
Смешанный вариант СРК	Твердый или фрагментированный стул $\geq 25\%$, жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$ всех актов дефекации
Неклассифицированный вариант СРК	Недостаточно данных для установки диагноза СРК

Таблица 2. Бристольская шкала формы стула

Тип	Описание	Изображение
Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, но комковатой	
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
Тип 5	Маленькие мягкие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий

Таблица 3. Симптомы тревоги, исключающие функциональную патологию толстой кишки

Симптомы тревоги	
Жалобы и анамнез	• Потеря массы тела
	• Начало в пожилом возрасте
	• Ночная симптоматика
	• Рак толстой кишки
	• Целиакия
	• Язвенный колит
	• Болезнь Крона у родственников
Данные обследования	• Постоянные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ; прогрессирующее течение заболевания
	• Лихорадка
Лабораторные данные	• Изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.)
	• Снижение уровня гемоглобина
	• Лейкоцитоз
	• Повышение СОЭ
	• Наличие скрытой крови в кале
	• Изменения в биохимическом анализе крови; стеаторея и полифекалия

дисфункциональными расстройствами желчного пузыря [5].

В то же время прогноз для пациента нельзя признать благоприятным, в силу того что у большинства заболевших, несмотря на проводимую терапию, сохраняются, а иногда усиливаются клинические симптомы. Согласно Национальным рекомендациям по диагностике и лечению больных, страдающих синдромом раздраженного кишечника, вероятность купирования симптомов заболевания при наблюдении в течение 12–20 мес составляет 38% [1]. Таким образом, прогноз СРК относительно благоприятный, так как болезнь не повышает смертность пациентов, в то же время значительно ухудшает качество жизни больных и требует тщательного обследования и больших финансовых затрат на диагностику и лечение. Согласно клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации колопроктологов по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника прогноз течения СРК неоднозначен. К факторам, отягчающим прогноз, относят:

- наличие клинического варианта СРК с диареей;
- низкую приверженность пациентов терапии;
- тревожность по поводу рисков, связанных с заболеванием;

- нарушение повседневных функций, обусловленное СРК;
- длительный анамнез симптоматики заболевания;
- хронический стресс;
- наличие сопутствующей психической патологии.

Постановка диагноза СРК производится на основании наличия следующих симптомов в соответствии с Римскими критериями III пересмотра:

- боль или дискомфорт в животе уменьшаются после дефекации;
- связаны с изменением частоты и консистенции стула;
- возникают не менее 3 дней в месяц на протяжении последних 3 мес при общей продолжительности жалоб не менее 6 мес [7].

Клиническая картина варьирует в зависимости от варианта заболевания. По характеру изменений стула принято выделять 4 клинических варианта СРК (табл. 1):

В условиях напряженного приема удобно использовать Бристольскую шкалу формы стула (табл. 2), положенную в основу приведенной классификации. Плотному стулу соответствуют типы 1 и 2, а жидкому – типы 6 и 7 [1, 8].

Пациент указывает на рисунок, характеризующий тип нарушения стула, что значительно экономит время и силы при опросе больного, а также решает деонтологические задачи, поскольку в силу психоэмоциональных особенностей многие лица с СРК страдают чрезвычайной застенчивостью [6].

Врачу необходимо уточнять также, что понимает сам пациент под термином «запор» и «понос», фиксируя в листе приема не только консистенцию, но и кратность дефекации. Поскольку под термином «понос» пациенты могут подразумевать однократный неоформленный стул или частую дефекацию небольшими порциями оформленного стула. В то же время при опросе больного встречаются самые разнообразные интерпретации термина «запор». Нередко пациенты подразумевают чувство неполного опорожнения кишечника, что требует исключения органических заболеваний дистальных отделов ЖКТ. Данный симптом в ряде случаев можно отнести к «красным флагам» (симптомам тревоги), свидетельствующим о механическом нарушении опорожнения кишки.

Уже при первичном осмотре интернист должен быть мотивирован на обнаружение у пациента так называемых симптомов тревоги, требующих исключения органической патологии. В этом случае значительно расширяется диагностический поиск, что позволяет правильно поставить диагноз и избежать врачебной ошибки. Немаловажным становится сбор семейного анамнеза для обнаружения родственников пациента, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника и опухолевым поражением кишки (табл. 3) [1, 3, 7].

Как упоминалось, клиническая картина СРК во многом зависит от варианта заболевания. Тем не менее для любой из форм характерна абдоминальная боль разной интенсивности, усиливающаяся после приема пищи, уменьшающаяся или купирующаяся после акта дефекации или флатуляции (отхождение кишечных газов), а также на фоне употребления спазмолитиков. У женщин боль может повышаться как в предменструальный, так и менструальный период. Отсутствует в ночное время. Излюбленная локализация боли – подвздошная область, чаще слева, а также область вокруг пупка.

Нарушение стула представлено в виде диареи или запора и встречается практически у всех лиц с СРК.

Диарея обычно возникает после еды, в основном в первой половине дня. Характерно возникновение диа-

реи после завтрака. Частота стула колеблется от 2 до 4 раз и более за короткий период времени. Ночью, а часто и в вечернее время, позывы к дефекации отсутствуют. Императивные позывы к дефекации в целом ряде случаев препятствуют социальной активности пациентов, безусловно снижая качество их жизни. Пациент боится покинуть дом из-за страха невозможности осуществления дефекации, например, при императивном позыве в транспорте, на работе. Особенно страдают люди публичных профессии – лекторы, актеры, преподаватели. Это приводит к тяжелой невротизации больных.

Симптом неполного опорожнения кишки может встречаться как при диарейном варианте, но чаще при СРК, ассоциированном с запором (СРК-3). В последнем случае больные отмечают «овечий» кал, кал в виде карандаша, а также выделение плотных оформленных каловых масс в начале дефекации, а затем кашицеобразный или в ряде случаев водянистый стул (пробкообразный стул) [9].

Важным компонентом клинической картины становится метеоризм, усиливающийся к вечеру и уменьшающийся после дефекации [10].

Вне зависимости от формы характерно слизеотделение, примесь крови и/или гноя не свойственна.

Клинические проявления при СРК обусловлены формированием висцеральной гиперчувствительности. Последняя, являясь ведущим звеном в механизме развития СРК, ведет к нарушению моторной функции кишечника и повышенному газообразованию, что приводит к усилению абдоминальной боли, вздутию живота и нарушению характера стула [1, 3, 11].

Данные проявления не специфичны для СРК, так как встречаются и при других заболеваниях кишечника. Однако сочетание перечисленных симптомов с диспепсией (42–87% случаев), тошнотой, изжогой [12, 13], а также с некоторыми негастроэнтерологическими жалобами свидетельствует в пользу СРК.

Из негастроэнтерологических жалоб пациентов нужно отметить головную боль, ощущение внутренней дрожи, боли в спине, неполного вдоха; мышечные, суставные боли; урологические проявления (никтурия, учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря) [14]; диспареуния (появление боли при половом акте) у женщин [15]; нарушение ночного сна; расстройства со стороны нервной системы [16].

Обращает внимание несоответствие между количеством предъявляемых жалоб, длительностью течения заболевания и удовлетворительным общим состоянием.

СРК является диагнозом исключения. Диагноз устанавливается на основании соответствия симптомов пациента Римским критериям, отсутствия симптомов тревоги, а также на данных семейного анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования [3].

Дифференциальная диагностика заболевания проводится с такими заболеваниями, как целиакия (глутеновая энтеропатия), лактазная и дисахаридазная недостаточность, внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, эндокринные расстройства, воспалительные заболевания кишечника, лимфоцитарный или коллагенозный колит (микроскопические колиты), радиационный колит, колит, ассоциированный с нестероидными противовоспалительными препаратами, ишемическая болезнь органов пищеварения, рак толстой кишки, острая инфекционная диарея, антибиотикоассоциированная диарея, псевдомембранозный колит, лямблиоз, синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке, дивертикулит, гинекологические заболевания (эндометриоз, воспалительные заболевания, опухоли яичника), амилоидоз с поражением кишечника, болезнь Уиппла, вирусные поражения толстой кишки (цитомегаловирус, вирус простого герпеса) [1].

Для всестороннего исключения других патологий, которые могут имитировать клиническую картину

СРК, необходимыми исследованиями становятся: клинический и биохимический анализ крови, исследование уровня гормонов щитовидной железы, анализ кала на скрытую кровь, бактерии кишечной группы (*Sbigella* spp., *Salmonella* spp., *Yersinia* spp. и др.), токсины А и В, *Clostridium difficile*, исследование суточной потери жира, определение уровня кальпротектина в кале, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией двенадцатиперстной кишки, колоноскопия с биопсией [1].

Код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра

K58 – Синдром раздраженного кишечника.

K58.0 – Синдром раздраженного кишечника с диареей.

K58.9 – Синдром раздраженного кишечника без диареи.

Терапия при СРК направлена на достижение клинической ремиссии заболевания и улучшение качества жизни больного. Немаловажным является создание терапевтического союза, включающего в себя общий для врача и пациента взгляд на характер заболевания и диагноз, а также соглашение о лечебной стратегии [6, 17].

Пациентам необходимо назначить диету, изменить образ жизни с постепенным умеренным повышением физической нагрузки, соблюдать режим труда и отдыха. Исключить курение, употребление алкоголя, газированных напитков и продуктов, приводящих к усиленному газообразованию [3, 6, 18, 19]. Также больным следует рекомендовать регулярный прием пищи без длительных перерывов между ним. С целью обнаружения усиливающих симптоматику продуктов целесообразно вести пищевой дневник. Рекомендуются FODMAP-диета – Fermentable-, Oligo-, Di-, Mono-saccharides And Polyols (диета с исключением продуктов с высоким содержанием фруктозы, лактозы, фруктанов, галактанов, полиолов, потому что они, плохо всасываясь и быстро ферментируясь в просвете кишечника, могут вызывать вздутие живота и абдоминальные боли) [6].

С целью купирования абдоминальной боли у лиц с СРК используются разные группы спазмолитиков: блокаторы М-холинорецепторов, натриевых и кальциевых каналов. По данным метаанализа 22 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований по изучению эффективности спазмолитиков у пациентов с СРК, эффективность этой группы препаратов составила 53–61% [20]. Важное место в терапии СРК у лиц с выраженным болевым абдоминальным синдромом отводится и мебеверину (200 мг 2 раза в сутки), тримебутину (200 мг 3 раза в сутки) [1, 3, 6].

При СРК с диареей эффективны энтеросорбенты: диоктаэдрический смектит (3–9 г/сут), полиметилсилоксана полигидрат (1–3 столовые ложки в сутки), а также снижающие тонус и моторику кишечника препараты: Лоперамид (2–4 мг по требованию) [3, 21, 22].

При наличии СРК-3 помимо рекомендаций по диете и коррекции образа жизни результативны слабительные препараты следующих групп: слабительные, увеличивающие объем каловых масс (пустые оболочки семян подорожника); осмотические слабительные (Макрогол 4000, лактулоза 10–20 г 2 раза в сутки); слабительные, стимулирующие моторику кишки (Бисакодил), а также Псиллиум (по 1 чайной ложке 1–3 раза в сутки, растворяя в 1 стакане воды с последующей коррекцией дозы) [1, 3, 6, 23, 24].

Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации препараты данных групп не должны использоваться более 10–14 дней [1].

Результативность пробиотиков у лиц с СРК подтверждается рандомизированными контролируемые исследованиями и систематическим обзором Cochrane Database. Эффект от терапии оценивается не ранее чем через 4 нед от начала приема препарата в дозе, рекомендуемой производителем [1].

Для коррекции эмоциональных расстройств, а также уменьшения боли в животе применяются психотроп-

ные препараты следующих групп: трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Назначая препараты данных групп, нужно учитывать, что приверженность пациентов лечению – низкая, 28% больных самостоятельно отменяют их прием [1].

Новые возможности фармакотерапии

Несмотря на наличие клинических рекомендаций по терапии СРК, 62% пациентов необходима поддерживающая терапия в силу сохранения у них метеоризма, нарушения кратности и консистенции стула, разнообразных субъективных ощущений со стороны органов ЖКТ.

В силу вариабельного клинического течения СРК вряд ли удастся найти оптимальный препарат, полностью купирующий симптомы при всех формах заболевания. Перед лечащим врачом всегда стоит вопрос о недопустимости полипрагмазии, что приводит к поиску лекарственного средства, отвечающего принципам многоцелевой терапии. Одним из предлагаемых вариантов решения обозначенной проблемы становится зарегистрированный в Российской Федерации препарат Иберогаст®, который является лекарственной формой, состоящей из гидроэтаноловых экстрактов комплекса трав, разработанного для терапии функциональных расстройств ЖКТ, таких как функциональная диспепсия и СРК.

Сбалансированная композиция лекарственных растений, обладающих спазмолитическим, ветрогонным, противовоспалительным, нормализующим сократительную активность действием, оказывает положительный терапевтический эффект у пациентов вне зависимости от клинической формы СРК.

Эффективность Иберогаста в терапии СРК базируется на комплексном действии экстрактивных веществ, входящих в его состав [25, 26]. За счет включения в состав чистотела, тмина, дягиля, мяты перечной и Melissa препарат нормализует моторику кишечника, оказывая нормокинетическое действие – избирательный спазмолитический и прокинетический эффект без влияния на участки ЖКТ с нормальной сократительной активностью. Помимо этого, чистотел оказывает успокаивающее, анестезирующее, бактерицидное действие. Хорошо известно также цитопротективное влияние за счет обволакивания, действия солодки. Дягель усиливает моторную активность кишечника, в то время как мята и Melissa нормализуют ее, препятствуя образованию диареи.

У пациентов с висцеральной гиперчувствительностью даже умеренный метеоризм приводит к появлению выраженного болевого синдрома. Именно поэтому ветрогонное действие ромашки, мяты, Melissa и тмина значительно уменьшает выраженность болевого синдрома, а также, нивелируя метеоризм, профилактитрует болевой абдоминальный синдром.

В силу необходимости длительного поддерживающего лечения у лиц с СРК часть из них настроены на прием фитопрепаратов.

Таким образом, препарат Иберогаст® может использоваться как в комплексной терапии пациентов с СРК при обострении заболевания, так и с целью проведения поддерживающего лечения вне зависимости от клинической формы.

Литература/References

1. Ивашкин ВТ, Шельгин ЮА, Баранская ЕК и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. РЖТК. 2014; 2: 92–101. / Ivasbkin VT, Shelygin YuA, Baranskaia EK i dr. *Klinicheskie rekomendatsii Rossiiskoi gastroenterologicheskoi assotsiatsii, Assotsiatsii koloproktologov Rossii po diagnostike i lecheniiu bol'nykh s sindromom razdrabennogo kishechnika*. RZhGGK. 2014; 2: 92–101. [in Russian]
 2. Occipinti K, Smith JW. Irritable bowel syndrome: a review and update. *Clin Colon Rectal Surg* 2012; 25: 46–52.
-

3. Самсонов АА, Андреев ДН, Дичева ДТ. Синдром раздраженного кишечника с позиций современной гастроэнтерологии. *Фарматека*. 2014; 18 (291): 7–14. / Samsonov AA, Andreev D.N., Dicheva D.T. Sindrom razdrabennogo kishchelnika s pozitsii souremennoi gastroenterologii. *Farmateka*. 2014; 18 (291): 7–14. [in Russian]
4. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10 (7): 712–21.
5. Маев ИВ, Дичева ДТ, Андреев ДН, Сенина Ю.С. Синдром раздраженного кишечника в практике гастроэнтеролога. Актуальные вопросы ведомственной медицины. Сборник научных трудов. М., 2012; с. 83–8. / Maev IV, Dicheva D.T., Andreev D.N., Senina Yu.S. Sindrom razdrabennogo kishchelnika v praktike gastroenterologa. *Aktual'nye voprosy vedomstvennoi meditsiny. Sbornik nauchnykh trudov*. М., 2012; s. 83–8. [in Russian]
6. Андреев ДН, Дичева ДТ. Современные немедикаментозные и фармакотерапевтические подходы к лечению синдрома раздраженного кишечника. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология*. (Прил.). 2014; 2: 47–52. / Andreev D.N., Dicheva D.T. Souremennye nemedikamentoznye i farmakoterapevticheskie podkhody k lecheniiu sindroma razdrabennogo kishchelnika. *Consilium Medicum. Gastroenterologiya*. (Pril.). 2014; 2: 47–52. [in Russian]
7. Drossman DA. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology* 2006; 130 (5): 1377–90.
8. Андреев ДН, Самсонов АА, Черемушкин С.В. Синдром раздраженного кишечника: критерии диагностики и подходы к терапии. *Фарматека*. 2014; 14: 6–11. / Andreev D.N., Samsonov AA, Cherevushkin SV. Sindrom razdrabennogo kishchelnika: kriterii diagnostiki i podkhody k terapii. *Farmateka*. 2014; 14: 6–11. [in Russian]
9. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание. Под. ред. В.Т.Ивашкина, Т.Л.Латиной. М., 2011. / *Gastroenterologiya. Natsional'noe rukovodstvo: kratkoe izdanie*. Pod. red. V.T.Ivasbkin, T.L.Lapinoi. М., 2011. [in Russian]
10. Wilkins T, Pepitone C, Alex B, Schade RR. Diagnosis and management of IBS in adults. *Am Fam Physician* 2012; 86 (5): 419–26.
11. Mayer EA, Collins SM. Evolving pathophysiological models of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2002; 122: 2032–48.
12. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А. Сочетание синдрома функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2011; 4: 75–81. / Ivasbkin V.T., Poluektova EA. Sobetanie sindroma funktsional'noi dispepsii i sindroma razdrabennogo kishchelnika. *Ros. zhurn. gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2011; 4: 75–81. [in Russian]
13. Yarandi SS, Christie J. Functional dyspepsia in review: pathophysiology and challenges in the diagnosis and management due to coexisting gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Res Pract* 2013.
14. Francis CY, Duffy JN, Whorwel PJ, Morris J. High prevalence of irritable bowel syndrome in patients attending urological outpatient departments. *Dig Dis Sci* 1997; 42 (2): 404–7.
15. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol* 1996; 87 (1): 55–8.
16. Cho HS, Park JM, Lim CH et al. Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut Liver* 2011; 5(1): 29–36.
17. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122: 107.
18. Hasler WL, Ouyang C. Irritable bowel syndrome. In: *Textbook of Gastroenterology*. 4th ed. Yamada T (Ed). Philadelphia: JB Lippincott, 2003; p. 1817.
19. Zhu Y, Zheng X, Cong Y et al. Bloating and distention in irritable bowel syndrome: the role of gas production and visceral sensation after lactose ingestion in a population with lactase deficiency. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 1516–25.
20. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008; 337.
21. Talley NJ. Irritable bowel syndrome. In: M.Feldman, L.S.Friedman, L.J.Brandt, eds. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2010.
22. Дичева ДТ, Андреев ДН. Алгоритм диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология* (Прил.). 2013; 1: 80. / Dicheva D.T., Andreev D.N. Algoritm diagnostiki i lecheniia sindroma razdrabennogo kishchelnika. *Consilium Medicum. Gastroenterologiya* (Pril.). 2013; 1: 80. [in Russian]
23. Маев ИВ, Дичева ДН, Андреев ДТ. Новые возможности лечения хронического запора. *Врач*. 2012; 3: 45–8. / Maev IV, Dicheva D.N., Andreev D.T. Nouye vozmozhnosti lecheniia khronicheskogo zapora. *Vrach*. 2012; 3: 45–8. [in Russian]
24. Маев ИВ, Самсонов АА, Андреев ДН. Современный алгоритм ведения пациентов с синдромом хронического запора с позиций внедрения новых фармакологических препаратов. *Фарматека*. 2012; 13: 37–43. / Maev IV, Samsonov AA, Andreev D.N. Souremennyi algoritm vedeniia pacientov s sindromom khronicheskogo zapora s pozitsii vnedreniia novykh farmakologicheskikh preparatov. *Farmateka*. 2012; 13: 37–43. [in Russian]
25. Rabini R, Abdollahi M. Herbal medicines for the management of irritable bowel syndrome: a comprehensive review. *World J Gastroenterol* 2012; 18 (7): 589–600.
26. Ottillinger B, Storr M, Malfertheiner P, Allescher HD. STW 5 (Iberogast®) – a safe and effective standard in the treatment of functional gastrointestinal disorders. *Wien Med Wochenschr* 2013; 163 (3–4): 65–72.

Сведения об авторах

Гуртовенко Игорь Юрьевич – канд. мед. наук, ассистент каф. нелекарственных методов терапии и клинической физиологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Баева Татьяна Александровна – нач. 2-го терапевтического отд-ния ФКУЗ ГКГ МВД РФ

Парцвания-Виноградова Екатерина Владимировна – врач-терапевт 4-го нефрологического отд-ния ГБУЗ ГКБ №52.

E-mail: Katrin3108@mail.ru