

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

На правах рукописи
УДК: 616-008.6:616.33/.34:614.21

ГУСЬКОВА ЮЛИЯ НИКОЛАЕВНА

**ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ
РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ**

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание академической степени магистра
по специальности 5А510122 - Семейная медицина

Научный руководитель:

доцент кафедры ВОП с эндокринологией

ТМА, д.м.н. Хамраев А.А.

Ташкент - 2014

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В РАБОТЕ

СРК - синдром раздраженного кишечника

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

КЖ – качество жизни

ДБ - дисбактериоз

ВОП - врач общей практики

КАБ - анаэробный кровяной агар для бактериоидов

МРС – молочно-редуцированная среда

НЯК – неспецифический язвенный колит

ЭГДФС – эзофагогастродуоденоскопия

ЭКГ - электрокардиография

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
1.1. Синдром раздраженного кишечника: современный взгляд на проблему.	
1.2. Современные методы диагностики синдрома раздраженного кишечника.	
1.3. Изучение качества жизни больных СРК.....	
1.4. Вопросы терапии синдрома раздраженного кишечника. Роль пробиотиков, анксиолитиков и антидепрессантов при СРК.....	
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	
2.1. Клиническая характеристика больных	
2.2. Методы исследования	
2.3. Исследование микробиоценоза кишечника.....	
2.4. ЭГДФС.....	
2.5. Эндоскопическое исследование толстой кишки.....	
2.6. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта	
2.7. Методы оценки психостатуса.....	
2.8. Методика статистической обработки результатов исследований.....	
ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ(особенности клинического течения и психологического статуса больных СРК)	
3.1. Особенности клинического состояния исследуемых.....	
3.2. Распределение больных с СРК по полу и возрастным группам.....	
3.3. Основные клинические симптомы у больных СРК.....	
3.4. Анализ качества жизни.....	
3.5. Анализ психического статуса у больных СРК.....	
3.6. Наличие сопутствующих заболеваний в группах обследуемых.....	
3.7. Анализ инструментального обследования пациентов.....	

**ГЛАВА IV. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО
ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

4.1. Оценка эффективности комплексного лечения с включением пробиотика,
анксиолитика и антидепрессанта

ВЫВОДЫ

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ЛИТЕРАТУРА

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – наиболее часто встречающееся функциональное заболевание пищеварительной системы (95). В 1988 г. во время работы IX Всемирного конгресса гастроэнтерологов в Риме Международная рабочая группа по изучению функциональной патологии ЖКТ официально утвердила термин «синдром раздраженного кишечника», дала его развернутое определение, разработала критерии постановки диагноза, получившие название «Римские критерии СРК». (3). СРК - это комплекс функциональных расстройств, продолжающихся свыше трех месяцев, основными клиническими проявлениями которого служат боли в животе (обычно исчезающие после дефекации), сопровождающиеся нарушениями функции кишечника (запор, диарея или их чередование), а также метеоризмом, урчанием, чувством неполного опорожнения кишечника или императивными позывами на дефекацию (58). Согласно современным представлениям, СРК является биопсихосоциальным расстройством, в основе развития которого лежит взаимодействие следующих патологических механизмов: психосоциального воздействия, сенсорно-моторной дисфункции, т. е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника и стойких нейроиммунных повреждений, которые развиваются после инфекционных заболеваний кишечника и рассматриваются как возможная причина формирования сенсорно-моторной дисфункции (3). СРК негативно влияет на психоэмоциональное состояние больных, ограничивает их творческую свободу, препятствует общественной и профессиональной деятельности. Его влияние на качество жизни сопоставимо с такими недугами, как язвенный колит, болезнь Крона (50).

Связь психических расстройств с СРК доказана. Примерно у 60% больных, поступивших в стационар гастроэнтерологического профиля по поводу функциональных расстройств, диагностируется депрессивное или

тревожное расстройство (105). В ряде исследований конца 80-х, начала 90-х годов была показана тесная взаимосвязь между наличием проявлений СРК, ипохондрией и явлениями эмоционального дистресса (125). Выявление подобных закономерностей позволяет предположить наличие интегративного влияния повышенной активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (4). Однако до настоящего момента не проводилось исследований, позволяющих представить широкому вниманию “уникальный” психологический профиль, а также механизм его формирования, характерный лишь для пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ (116). Следует отметить, что к настоящему моменту практически не встречаются работы, посвященные анализу возникновения заболевания и составления критериев лечения, и их сопоставлению с особенностями психологического статуса у больных с СРК. Проведение подобного исследования позволило бы расширить возможности терапии больных с СРК: улучшить качество жизни, уменьшить затраты на лечение.

Правильная оценка психологического статуса больных с СРК, их качества жизни позволит врачам общей практики, а также гастроэнтерологам адекватно оценить тяжесть состояния больного, сэкономить массу средств, затрачиваемых на обследование. Обращение врачей к психоэмоциональной стороне заболевания является важным прорывом в достижении эффективных результатов в диагностике и лечении больных с СРК.

Цель исследования: совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики СРК с учетом психологического статуса больных в условиях семейной поликлиники.

Основные задачи и гипотеза исследования. На основании проведенных исследований будут совершенствованы методы диагностики, лечения и профилактики СРК с учетом психологического статуса больных в условиях семейной поликлиники .

Степень изученности темы.

СРК отдается приоритет в структуре гастроэнтерологической заболеваемости нижнего отдела ЖКТ. Частота возникновения СРК варьирует, по данным различных авторов, от 9 до 48 % в структуре заболеваний ЖКТ. По данным Республики Узбекистан, СРК выявляется у 43% больных, которые обратились для профилактического осмотра, и у 59% пациентов с жалобами на боли, вздутие, частый жидкий стул или запоры, боль по ходу толстого кишечника.

Методы исследования.

В работе использованы методы оценки психостатуса при использовании опросников, общие комплексные лабораторные и инструментальные методы исследования.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту выявления и причины возникновения СРК
2. Изучить особенности клинического течения у больных с СРК с учетом психологического статуса.
3. Изучить связь между причинами возникновения и результатами лечения.
4. Изучение психологического статуса больных с СРК.
5. Оценить эффективность предложенного комплексного этапного лечения СРК с учетом психологического статуса и использованием современных препаратов в условиях семейной поликлиники.
6. Изучить качество жизни у больных с СРК.
7. Разработать алгоритм лечения СРК с учетом психологического статуса.

Научная новизна. На основании комплексного обследования впервые будут изучены особенности клинического течения СРК с учетом психологического статуса на ранних стадиях заболевания. На основании данных исследований впервые будут разработан и апробирован у больных с диагнозом СРК

комплекс профилактических мероприятий, направленных на предотвращение развития осложнений с последующей оценкой его эффективности.

Научная и практическая значимость. Впервые будет представлена клиническая характеристика больных СРК на ранних этапах болезни с учетом психологического статуса. Предложенный метод комплексного профилактического лечения и ранняя диспансеризация позволит снизить риск осложнений у больных СРК.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 106 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, результатов исследований, заключения и выводов. Диссертация иллюстрирована 21 таблицами и 8 рисунками. Библиографический указатель включает – источников, из которых – 94 русскоязычных и 130 дальнего зарубежья.

Апробация диссертационной работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседании кафедры, магистерской научно-практической конференции ТМА 2012,2013

ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА КЛИНИКИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

1.1. Синдром раздраженного кишечника: современный взгляд на проблему

Проблема СРК в настоящий момент весьма актуальна - так как причины его окончательно не выяснены, методы лечения далеки от совершенства, а количество больных неуклонно повышается.

СРК отдается приоритет в структуре гастроэнтерологической заболеваемости нижнего отдела ЖКТ. Частота возникновения СРК варьирует, по данным различных авторов, от 9% до 48% в структуре заболеваний ЖКТ(3,58,74,84,99). По данным Республики Узбекистан , СРК выявляется у 43% больных, которые обратились для профилактического осмотра, и у 59% пациентов с жалобами на боли, вздутие, частый жидкий стул или запоры, боль по ходу толстого кишечника.

Распространенность СРК в большинстве стран мира составляет в среднем 20%, варьируя от 5 до 78%. Размах показателей распространенности объясняется тем, что две трети лиц, испытывающих симптомы СРК, к врачам не обращаются и только треть больных ищет помощи у врача(2,3). Социальный и культурный уровень населения во многом определяет показатель обращаемости населения по поводу заболевания.

В развитых странах Европы, Америки, в Японии, Китае обращаемость высока и распространенность заболевания достигает 30- 50%(4). В таких странах, как Таиланд, она составляет 5%, а в Иране – всего 3,4%(3,5). Последние эпидемиологические исследования среди латиноамериканцев и афроамериканцев США, жителей Японии и Китая показали, что распространенность синдрома не зависит от расовой принадлежности и составляет во всех изученных группах в среднем 20% (4).

Заболеваемость СРК составляет 1% в год. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст – 30–40 лет. Соотношение женщин и мужчин среди больных, по разным данным, варьирует от 1:1 до 2:1. Новейшие эпидемиологические исследования показали, что среди мужчин так называемого “проблемного” возраста (после 50 лет) СРК распространен так же часто, как среди женщин. Социальное положение полов определяет обращаемость по поводу симптомов СРК. В тех странах, где женщины эмансипированы, имеют равные права с мужчинами, например в России, Европе и Америке, их обращаемость по поводу симптомов СРК в 2–4 раза выше, чем у мужчин. В странах, где женщины имеют низкое социальное положение, например в Индии и Пакистане, с симптомами СРК в 4 раза чаще обращаются мужчины и по статистике наблюдается значительное преобладание мужчин среди больных(4). В то же время в Индии и Шри Ланке, где женщины имеют низкое социальное положение, соотношение мужчин и женщин с симптомами СРК соответственно составляет 1 : 3, 1 : 4 (4, 5). После 50 лет соотношение полов уравнивается и приближается к 1 : 1 (2, 3, 5). Последние эпидемиологические исследования показали, что среди мужчин старше 50 лет СРК распространен так же часто, как среди женщин. Возникновение симптомов заболевания после 60 лет ставит под сомнение диагноз СРК (2, 4, 5). Среди лиц пожилого возраста (65–93 года) распространенность СРК составляет не более 10 % (3, 5).

Эпидемиологические исследования показали определенную связь распространенности СРК с местом проживания. Отмечается, что у сельских жителей, которые занимаются преимущественно физическим трудом и питаются растительной пищей, синдром встречается значительно реже, чем у жителей городов. В свою очередь среди горожан СРК наиболее распространен в крупных мегаполисах и столицах, несколько реже встречается у жителей больших городов и еще реже наблюдается среди населения поселков городского типа.

Как распределяется поток больных с СРК? Подавляющее большинство, 55% пациентов, впервые обращаются к участковым терапевтам, составляя 12% от всего количества больных. 25% пациентов впервые приходят к гастроэнтерологу, составляя 28% контингента больных, наблюдающихся у гастроэнтеролога. Подсчитано, что 50% рабочего времени врача гастроэнтеролога уходит на лечение больных с СРК. Примерно 15% больных изначально обращаются к психиатру по поводу той или иной психопатологии, сопровождающей течение СРК. 5% больных попадают к врачам других специальностей – чаще всего к гинекологам, хирургам, эндокринологам.

Клинические наблюдения о связи симптомов СРК со стрессорными воздействиями привели к необходимости изучения психопатологической компоненты СРК.

Данные многочисленных исследований подтверждают, что СРК представляет собой сложный психосоматический симптомокомплекс, в структуре которого интегрируются нарушения функций толстого кишечника и различные психопатологические образования(18,34,128). По оценкам различных исследователей, встречаемость психических расстройств при СРК достигает 70-90%(35,136). При этом гастроэнтерологические расстройства более чем в половине случаев манифестируют на фоне уже сформировавшейся психической патологии. С другой стороны, более 50% пациентов с СРК реагируют на стрессовые ситуации обострением как гастроэнтерологической, так и психопатологической симптоматики. Наличие клинических проявлений тревожно-депрессивных и других изменений психологического статуса у пациентов с синдромом раздраженного кишечника получило свое подтверждение при проведении оригинального комплекса исследований, уточнивших наличие и выраженность этих нарушений. Впервые продемонстрирована взаимосвязь и влияние этих нарушений на восприятие боли при СРК.

Таким образом, видно, что СРК - заболевание которое « молодеет» с каждым годом, затрагивая тем самым более молодое и трудоспособное население, оказывая не благоприятное воздействие на экономику страны в целом. Поэтому есть необходимость в условиях развивающегося здравоохранения изучения данной проблемы со всех сторон.

Известно, что наиболее тяжёлые формы течения СРК наблюдаются у лиц с психическими отклонениями, перенесших тяжёлые жизненные потрясения. По шкале тяжести воздействия, разработанной Drossman et al., из всех видов психосоциальных травмирующих ситуаций, такие как физические и сексуальные домогательства, наиболее достоверно коррелировали с симптомами СРК. Потеря родителей в раннем возрасте, развод родителей, также были существенно связаны с проявлениями СРК и их выраженностью. Как уже подчеркивалось ранее, ключевая роль психологических детерминант в формировании СРК к настоящему времени не вызывает сомнения. При этом само начало заболевания многие пациенты связывают с наличием психотравмирующей ситуации – развод, потеря близкого человека, работы или другие значимые для пациента происшествия. Примечательно, что индекс стресса у больных СРК, определяемый по числу гиперстрессирующих ситуаций, например, смерть родителей до достижения больным возраста 16 лет, превосходит соответствующие показатели при такой тяжелой органической патологии кишечника как неспецифический язвенный колит.

Первое описание взаимосвязи СРК с психическими расстройствами имеет более чем столетнюю историю. В последующем в уже ставших классическими популяционных исследованиях Дроссмана Д.Х. Было показано, что те или иные отклонения в психической сфере регистрируются с частотой от 54 до 100% случаев от всех обращающихся за медицинской помощью пациентов с СРК. В литературе отмечается, что, начиная уже с детского возраста, пациенты с СРК проявляли склонность к педантизму и совершенству, им более свойственны такие черты как чрезмерная

совестливость и добросовестность с фиксацией на чувстве долга, а также нарциссические черты.

Неадаптивные ответы на стрессовые и конфликтные ситуации во всех сферах функционирования личности (поведенческой, когнитивной, эмоциональной) демонстрируют около 2/3 пациентов с СРК. Важно, что все типы неадаптивного эмоционального реагирования (безнадежность, отчаяние, агрессивность, самообвинение) встречаются с высокой и сравнимой частотой. В поведенческой сфере у больных с СРК преобладает изоляция, в когнитивной – растерянность.

Другим существенным обстоятельством следует признать склонность пациентов с СРК к множественным жалобам, количество и выраженность которых выходят далеко за рамки, обусловленные наличием соматической патологии. Известно также, что значительный процент психических нарушений отмечается у пациентов еще до развития соматических жалоб, что ставит под сомнение обязательность соматогенной природы психических расстройств в качестве реакции на собственно заболевание кишечника.

Более того, к настоящему времени получены убедительные данные о том, что интенсивность болевого синдрома и выраженность диспептических проявлений у пациентов с СРК, обратившихся и не обратившихся за медицинской помощью являются сходными, что может свидетельствовать о том, что основная причина обращений к врачу заключается в особенностях психоэмоционального реагирования на заболевание.

Таким образом, видно, что связь между психостатусом и самим заболеванием существует, но на данный момент эта проблема глубоко не изучена и требуется более глубокое изучение и коррекция психостатуса.

1.2. Современные методы диагностики синдрома раздраженного кишечника

Диагностика СРК базируется на характерной клинической картине заболевания. В 80% случаев у молодых пациентов, до 40 лет, СРК с

уверенностью может быть диагностирован только на основании правильно проведённого расспроса больного, подробного сбора жалоб и анамнеза. Проведение всем пациентам таких диагностических исследований, как ирригоскопия, колоноскопия, компьютерная томография, безусловно, позволило бы с большей уверенностью исключать тяжёлые органические заболевания, но часто требует госпитализации, а следовательно, длительного времени, больших финансовых затрат и может усилить тревожно-мнительный синдром и без того характерный для данного контингента пациентов. Поэтому есть необходимость улучшения диагностики СРК в условиях семейной поликлиники. Данные физического исследования у больных с СРК, как правило, бывают малоинформативны. Больные проявляют симптомы тревоги, имеют холодные и влажные руки. Пальпация может определить лёгкую диффузную болезненность по всему животу, умеренно спазмированные петли кишечника. Выявление увеличения размеров печени, селезёнки, лимфатических узлов и наличие скрытой крови в кале не совместимы с диагнозом СРК. Сигмоскопия выполняется большинству больных с подозрением на СРК. У больных с запорами исследование позволяет исключить обструктивные поражения, а у пациентов с диареей – исключить воспалительные заболевания кишечника и другую патологию, сопровождающуюся изменениями слизистой кишки. У пациентов с диареей с нормальной картиной слизистой, произвольно взятая биопсия может помочь исключить микроскопические формы колитов (эозинофильный, лимфоцитарный или коллагеновый) и амилоидоз. При впервые появившейся симптоматике СРК у пациентов старше 50-60 лет необходима оценка слизистой толстой кишки на всём протяжении при проведении полной колоноскопии или ирригоскопии для исключения возможности колоректального рака.

При колоноскопии у больных СРК не находят никаких изменений, но могут отмечаться катаральные явления в дистальных отделах, обилие слизи. Анатомические нарушения при этом отсутствуют, за исключением тех

случаев, когда хронические физиологические нарушения приводят к развитию вторичных структурных изменений (геморрой или дивертикулы толстой кишки при многолетнем течении СРК). Микробиологическое исследование кала выявляет различной степени выраженности нарушения кишечного биоценоза. Однако «традиционное» культуральное исследование имеет недостатки, поскольку обладает низкой специфичностью — до 40 % (15).

Определение низкомолекулярных метаболитов микрофлоры (короткоцепочечных жирных кислот) является неинвазивным методом с чувствительностью до 90 % и специфичностью 85–95 %, что позволяет приоритетно использовать его для оценки микробиоценоза кишечника (15).

Принята определённая стратегия постановки диагноза СРК. Весь процесс диагностики принято разделять на VI основных этапов: На I этапе ставится диагноз СРК только как «предварительный» или «направляющий», например, при госпитализации больного в стационар для дальнейшего исследования и исключения органических симптомов или при направлении больного на то или иное исследование. На II этапе выделяется доминирующий симптом и соответственно клиническая форма заболевания, что определяет выбор первичного курса лечения и набор дополнительных диагностических тестов, которые следует провести больному при неэффективности первичного курса лечения. На III этапе целенаправленно исключаются симптомы «тревоги» и проводится дифференциальный диагноз. На IV этапе завершается скрининг органического заболевания при проведении оптимума диагностических тестов, который включает клинический анализ крови, копрограмму, анализы кала на яйца глист и цисты лямблий, ЭГДС, УЗИ, а после 50 лет сигмо- или колоноскопию и/или ирригоскопию. Кроме того, считается целесообразным при обострении болевой формы СРК и выраженном метеоризме сделать обзорный снимок органов брюшной полости для исключения механической обструкции кишечника, а при диарейной форме – провести, по возможности,

тест толерантности к лактозе либо лактозный дыхательный тест, либо назначить больному диету с исключением молока и молочных продуктов. На V этапе больному назначают первичный курс лечения продолжительностью не менее 6 нед., по результатам которого возвращаются к пересмотру диагноза. При эффективности лечения, на VI этапе выставляется окончательный диагноз СРК, при неэффективности – проводятся дополнительные диагностические тесты для уточнения диагноза. Объем такого дополнительного обследования определяется индивидуально для каждого пациента, исходя из доминирующего симптома заболевания, особенностей его клинического течения, возраста больного, возможностей лечебного учреждения.

В настоящий период разработаны и активно используются в клинической практике различные психодиагностические шкалы и тесты в целях оценки состояния психической сферы у подобной категории пациентов. К наиболее часто употребляемой методикой является оценочное шкалирование реактивной и личностной тревоги по Спилбергу-Ханину. При этом у подавляющего числа пациентов с СРК выявляется повышенный уровень личностной и, в меньшей степени, реактивной тревоги. Большинство исследователей диагностирует преобладание смешанного тревожно-депрессивного расстройства (шифр по МКБ-10 F 41.2) у больных с СРК. Депрессия, выявляемая у этих больных с частотой до 30% случаев, характеризуется широким клиническим диапазоном. При этом наряду с соматогенной, нозогенной депрессиями как следствие реакции на боль, дискомфорт в животе, нарушение стула и качество жизни в целом периодически выявляется картина эндогенной (ларвированной или маскированной) депрессии. Еще более часто выявляются дистимии – затяжные, мягкие депрессии и тревожно-депрессивные личностные расстройства, формирующиеся на фоне психологических конфликтов.

Как уже подчеркивалось ранее (20), суммируя сказанное, можно выделить следующие психопатологические синдромы, имеющие наибольшее

клиническое значение у больных с СРК: тревогу, фобии, депрессии, ипохондрию. Степень выраженности и динамика указанных синдромов имеет связь с характером превалирующих нарушений моторной функции кишечника (диарея или обстипация) у больных с СРК. Так, у пациентов с СРК с преобладанием диареи в 15-50% случаев генерализованное тревожное расстройство может трансформироваться в тревожно-фобическое личностное расстройство, связанное со страхом перед появлением неопределенного позыва к дефекации в ситуации, когда его реализация является затрудненной. Другой вариант фобии у пациентов с СРК с диареей связан с опасением произвольной дефекации по типу «медвежьей болезни» во время панической атаки. Следует заметить, что канцерофобия, традиционно более свойственная

больным с СРК с преобладанием запоров, в настоящее время встречается несколько реже, что некоторыми исследователями связывается с доступностью верифицирующих методов (эндоскопического и морфологического) обследования кишечника, позволяющих доказательно отвергнуть онкологический процесс.

В то же время для больных с запорами весьма характерным является ипохондрическое личностное расстройство с преобладанием явлений ригидной ипохондрии в виде мономорфных стойких алгических расстройств со склонностью к строгому соблюдению диеты и самолечению с отказом от «вредных» привычек, фиксации больного на всем, что имеет отношение к акту дефекации, тщательному визуальному оцениванию каловых масс, их взвешиванию и т.п.

С нарушениями психоэмоциональной сферы у пациентов с СРК также связаны изменения биологических ритмов ряда физиологических функций. Они находят свое отражение в нарушениях сна (трудность засыпания, частые ночные пробуждения, ранние пробуждения утром, страх «невыспаться» перед работой, повышенная сонливость днем и т.п.). С десинхронизацией биологических ритмов сна и бодрствования связано обнаружение

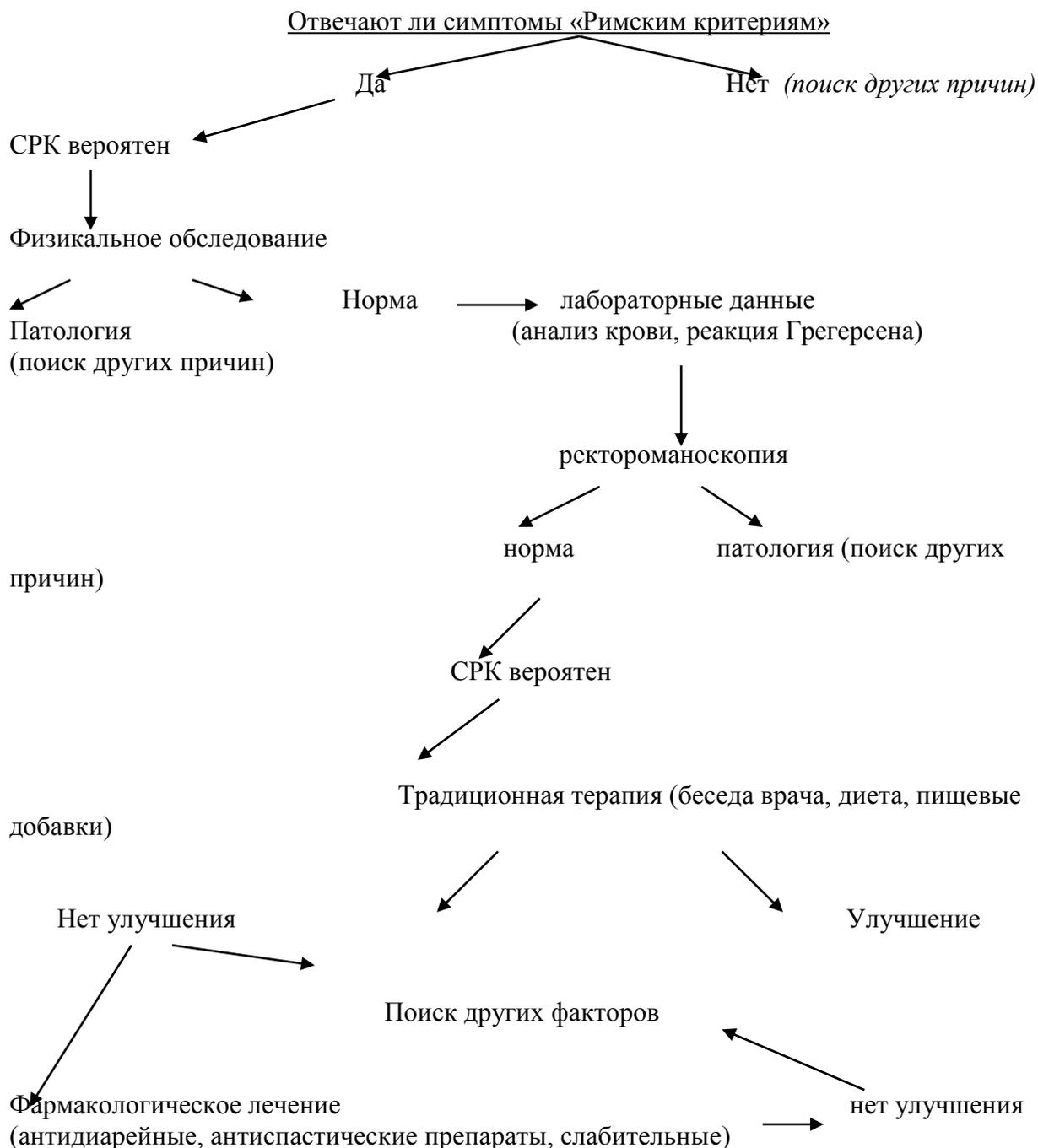
биологических маркеров депрессии у больных СРК в виде укорочения времени от наступления сна до появления быстрых движений глазных яблок (rapid eyes movements) и повышение частоты их движений. У 50 % больных отмечаются суточные колебания настроения. В ряде случаев имеют место учащенное мочеиспускание небольшими порциями, особенно после воздействий аффективного характера. Нередки нарушения менструального цикла у женщин. Заслуживают внимания также особенности пищевого поведения пациентов от снижения аппетита, боязнь приема пищи из-за возможного развития болей в животе до эпизодов конвульсивного переедания. Последнее более характерно для женщин и зачастую обосновывается необходимостью «снятия стресса».

В многочисленных исследованиях показана роль психологических факторов в развитии СРК (42,86,133,154). Большинство исследователей рассматривают СРК как психосоматический симптомокомплекс (26, 77,121,198). Современные этиопатогенетические концепции СРК основаны на взаимодействии генетически и психогенно обусловленных патофизиологических, психопатологических и личностных расстройств (48, 115).

Нарушения психического статуса, тревожные, депрессивные и другие невротические расстройства отмечаются у 70-90% больных с СРК (26, 48,133). Эти расстройства приводят к нарушению саморегуляции симпатoadrenalовой системы, что вызывает нарушение двигательной активности кишечника. При этом выраженность психопатологической симптоматики оказывается взаимосвязанной с особенностями течения СРК.

Все это обуславливает целесообразность применения психологических методов коррекции при восстановительном лечении больных с СРК. Тем более что коррекция психологического статуса больных способствует восстановлению здоровья, качества жизни и повышению резервных возможностей организма (65, 67).

Алгоритм диагностики и лечения СРК



Таким образом, использование психологических опросников и выявление нарушений в психоэмоциональной сфере способствует своевременному подключению консультации специалистов (невролога, вегетолога, психиатра) к диагностическому и лечебному процессу. Продемонстрированная в данном исследовании приоритетная роль

психоэмоциональных и вегетативных нарушений в возникновении и развитии СРК диктует изменение диагностической и лечебной тактики в отношении пациентов с СРК в условиях семейной поликлиники.

1.3. Изучение качества жизни больных СРК

В последние годы традиционные диагностические подходы и методы наблюдения больных с синдромом раздраженного кишечника дополнились новой методикой исследования, которая заключается в оценке качества жизни пациентов, страдающих СРК.

Предыстория возникновения понятия “качество жизни” берет свое начало с 1948 года, когда Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила основополагающее медицинское понятие “здоровье” как “состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или немощи”. С этого момента классический объект клинической медицины болезнь во всех ее проявлениях (жалобы, физикальные, лабораторно-инструментальные и морфологические данные) дополняется новым звеном, которым становится благополучие человеческого бытия (физическое, психическое и социальное). В 60-х годах XX столетия начинается интенсивный поиск и разработка измерителей благополучия, связанного со здоровьем. Именно данное направление медицинских исследований, предложенное в 70-х годах Римским клубом, легло в основу понятия о качестве жизни. В настоящее время оценка качества жизни широко используется не только в научных исследованиях, но и в практической медицине западноевропейских и североамериканских государств, позволяя решать ряд важнейших задач как на индивидуальном уровне в интересах конкретного больного, так и на системном уровне - для определения эффективности новых лечебных стратегий при различных заболеваниях.

Под качеством жизни понимают интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования человека.

Наиболее распространенным способом измерения качества жизни в медицине является субъективный способ, основанный на восприятии пациентом своего благополучия и предполагающий самооценку.

В отличие от субъективных показателей функционирования человека, которые отражают важность различных сфер жизни для каждого индивида в понятиях его собственных норм и предпочтений, объективные индикаторы качества жизни оцениваются врачом, и, кроме того, включают некоторые гомеостатические параметры.

На настоящий момент в медицине существует более 100 инструментов, измеряющих различные аспекты качества жизни. Все они представляют собой специальные опросники. Часть из них - это обобщенные меры качества жизни, применяемые для оценки жизненного благополучия в целом и общего состояния здоровья, например, опросник качества жизни ВОЗ (WHOQoL-100), 36-Item Short-Form (SF-36), EuroQoL Index (EQ-5D). Другие – это болезнь-специфические меры качества жизни, используемые при определенных группах заболеваний или отдельных нозологических формах. Например, опросник Irritable Bowel Syndrom Quality of Life (IBSQoL) предназначен для оценки качества жизни пациентов, страдающих СРК.

Метод оценки качества жизни в современной медицинской практике имеет несколько областей применения:

- оценка эффективности лечебных программ;
- оценка эффективности фармакотерапии;
- мониторинг состояния больного;
- прогноз и стратификация.

При СРК исследование качества жизни приобретает особое значение. Это обусловлено, прежде всего, отсутствием у данного заболевания количественных морфологических, биохимических и патофизиологических маркеров. В этом случае измерение качества жизни дает четкую картину количественных изменений в различных сферах благополучия пациента. Так, например, представлены SF-36 профили качества жизни здоровых и больных,

страдающих СРК. Совершенно ясно наличие выраженного в 1,5-2 раза снижения качества жизни у людей с СРК по всем шкалам. Отсюда понятен высокий интерес к показателям качества жизни как ведущим критериям, по позитивной динамике которых можно делать заключение об эффективности различных лечебных подходов и фармакологических препаратов.

Установлено, что у больных с СРК показатели качества жизни ниже, чем у пациентов с тяжелой органической патологией (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ИБС, язвенный колит, болезнь Крона и др.) (64)

СРК имеет определенные особенности, делающие важным определение качества жизни (КЖ). Во-первых, СРК страдают преимущественно молодые люди, у которых данная патология ассоциируется со стрессами, элементами социальной дезадаптации, снижением работоспособности, нарушением сна, сексуальной дисфункцией. Во-вторых, в отсутствие для СРК и других функциональных заболеваний (которые являются нефатальными) таких эпидемиологических показателей, как смертность и продолжительность жизни, показатели качества жизни становятся важным инструментом оценки тяжести течения заболевания и индикатором эффективности терапии (59). В результате проведенных ранее исследований удалось выявить корреляционную связь между снижением качества жизни пациентов и выраженностью симптомов СРК (54), в особенности абдоминальной боли (134), а также сопутствующими СРК психологическими расстройствами (97). Пол и форма СРК, по мнению нескольких групп исследователей, не показали статистически значимых различий в анализе качества жизни пациентов (134, 97). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (Physical Functioning — PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP), интенсивность боли (Bodily Pain — BP), общее состояние здоровья (General Health — GH), жизненная активность (Vitality — VT), социальное функционирование (Social Functioning — SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE),

психическое здоровье (Mental Health — MH). Физическое функционирование (PF) отражает степень, в которой состояние здоровья позволяет выполнять физические нагрузки. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), показывает влияние физического состояния на выполнение повседневных (ролевых) обязанностей. Шкала интенсивности боли (BP) отражает влияние боли на повседневную активность пациента. Общее состояние здоровья (GH) выражает представления больного о собственном здоровье в настоящий момент. Жизненная активность (VT) подразумевает субъективное ощущение пациентом себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Социальное функционирование (SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Психическое здоровье (MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий уровень положительных эмоций. Показатели каждой шкалы оценивались в баллах от 0 до 100: более высокая оценка указывала на более высокий уровень КЖ. Все вышеперечисленные шкалы формировали два показателя: психический и физический компоненты здоровья. Все больные СРК также заполняли опросники Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) (55), позволяющие выявить у них выраженность основных гастроэнтерологических синдромов: синдрома абдоминальной боли (AP), диарейного синдрома (DS), синдрома запора (CS), диспептического (IS) и рефлюксного синдромов (RS). Выраженность синдромов оценивалась в баллах от 0 до 6, где 0 соответствовало полному отсутствию субъективных проявлений синдрома, а 6 - очень сильное его субъективное проявление. Обязательно фиксировалась также длительность заболевания СРК. При анализе полученного материала было запланировано исследовать наличие различий в качестве жизни больных СРК и здоровых людей, установить

влияние пола, клинической формы заболевания, выраженности синдромов абдоминальной боли, диареи, запора, рефлюксного и диспептического синдромов, а также длительности заболевания на качество жизни больных СРК.

Таким образом, СРК имеет выраженное отрицательное влияние на качество жизни пациентов, страдающих данным заболеванием. В то же время использование измерения качества жизни является адекватным инструментом оценки состояния больных и эффективности лечения. На наш взгляд применение опросника SF-36 для определения КЖ у больных СРК является наиболее простым и информативным методом использующийся в условиях семейной поликлиники.

1.4. Вопросы терапии синдрома раздраженного кишечника. Роль пробиотиков, анксиолитиков и антидепрессантов при СРК

Отбор больных проводился в соответствии с Римскими диагностическими критериями.

Средний возраст больных составил $41,3 \pm 3,4$ лет. Среди пациентов абсолютно преобладали женщины. Соотношение мужчин и женщин составило 1:2. Продолжительность заболевания колебалась от 3-х до 10 и более лет.

Диагноз у всех обследуемых больных устанавливался на основании анамнестических и клинико-лабораторных данных, результатов комплексного эндоскопического, рентгенологического исследований.

Психологический статус больных оценивался с использованием «Личностной шкалы проявления тревоги по Тейлору», а так же использовалась «Шкала тревоги и депрессии HADS». Болевой симптом оценивали при помощи «Визуальной аналоговой шкале (ВАШ)».

Группы больных, включенных в исследование, были рандомизированы по полу, возрасту, длительности заболевания.

В соответствии с протоколом исследования, для оценки эффективности комбинированного ведения пациентов с данной патологией, больные с диагнозом СРК были разделены на 4 группы, а так же была одна группа здоровых людей для контроля, которая составила 8 человек.

✓ 1 группа – СРК-З (n=10) включала больных, которые получали традиционную терапию.

✓ 2 группа – СРК-З (n=11) включала больных, которые получали традиционную терапию плюс пробиотик (Бифолак –Нео) плюс антидепрессант (Феварин) плюс лактулоза (Дюфалак)

✓ 3 группа СРК-Д (n= 17) включала больных, которые получали традиционную терапию.

✓ 4 группа СРК-Д (n= 20) включала больных, которые получали традиционную терапию плюс пробиотик (Бифолак –Нео) плюс анксиолитик (Афобазол)

Традиционная терапия включала для снятия спазма и боли такие препараты как - Дюспаталин, Бускопан. Прокинетики: метоклопрамид, домперидон (Мотилиум и др.), Модуляторы (регуляторы) моторики кишечника: тримебутин (Тримедат и др.), лоперамид. Спазмолитики - Но-шпа, Дюспаталин. Если в клинике СРК преобладают жалобы на вздутие и метеоризм - Эспумизан (основное действующее вещество - симетикон). Ферментные препараты: креон, панкреатин.

Возраст обследованных больных колебался от 18 до 65 лет, составляя в среднем в 1 группе $-40,3 \pm 3,2$, во 2 группе $-41,3 \pm 3,1$ (таб. 2.1).

Таблица 2.1.

Общая характеристика обследованных больных (n=58)

Группы	Мужчины		Женщины		Средний возраст, лет	Продолжительность заболевания
	абс.	%	абс.	%		
1 и 2 группы СРК-З (n=21)	7	33,3	14	66,6	$40,3 \pm 3,2$	$4,53 \pm 0,65$

3 и 4 группы СРК-Д (n=37)	15	40,5	22	59,5	41,3±3,1	4,47±0,12
------------------------------	----	------	----	------	----------	-----------

Среди больных 1 и 2 групп преобладали в основном лица женского пола, которые составили 14 (66,6 %) из общего количества больных, а мужчин среди обследованных было - 7, что составило 33,3 %. В 3 и 4 группах количество лиц женского пола составило - 22 (59,5 %), лиц мужского пола среди обследованных было - 15, что составило 40,5 % соответственно.

Сравнительный анализ возрастных особенностей больных с СРК показал, что данная патология в основном поражает лиц молодого трудоспособного и зрелого возраста. Так, в 1 и 2 группах: 11 (52,3 %) больных были в возрасте от 18 до 30 лет, 7 (33,3 %) - 30-50 лет, 3 (14,3 %) больных в возрасте от 50 лет и старше. В 3 и 4 группах больных в возрасте от 18-30 лет - 17 (45,9 %), 30-50 лет - 14 (37,8 %), 6 (16,2 %) в возрасте от 50 лет и старше.

Таблица 2.2.

Распределение больных с СРК по возрасту

Группы	18-30 лет		30-50 лет		50 лет и старше	
	абс	%	абс	%	Абс	%
1 и 2 группа	11	52,3	7	33,3	3	14,3
3 и 4 группа	17	45,9	14	37,8	6	16,2

В исследуемую группу не включали больных с тяжелыми психосоматическими заболеваниями, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, опухолями ЖКТ, тяжелые формы анемии, больные отягощенные психоанамнезом.

2.2. Методы исследования

Нами в соответствии с поставленными целью и задачами было проведено открытое рандомизированное, проспективное научное исследование 58 больных с СРК.

Всем больным назначали общие комплексные лабораторные и инструментальные методы исследования. Диагноз СРК устанавливали на основании данных объективного осмотра и особенностей клинической картины, анамнеза, результатов микроскопического исследования кала. Диагноз СРК был установлен согласно Римским критериям III (2006 г.) При необходимости была проведена ректоскопия и рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта.

Для выявления сопутствующей гастродуоденальной патологии больным, по необходимости была проведена ЭГДФС, при необходимости ректоскопия и рентгеноскопия ЖКТ.

2.3. Исследование микробиоценоза кишечника

Бактериологическое исследование кишечной микрофлоры проводилось по методическим рекомендациям Н.М. Грачевой и соавт. (1987), модифицированные в микробиологической лаборатории ЦНИЛ ТМА (рац. Предложение № 110 от 07.11.1992г.). Метод позволяет точно верифицировать патогенные бактерии семейства кишечных наряду с доступностью для пациента и исследователя. Сбор и доставка материала осуществлялись в стерильном контейнере в течение 2 часов с момента получения материала. Выделялись 10 основных позиций характеристики фекальной микрофлоры (количество колониеобразующих единиц (КОЕ) в 1 г кала) для патогенных микробов семейства *Enterobacteriaceae*, бифидобактерий, лактобацилл, общего количества кишечной палочки, кишечной палочки со слабо выраженными ферментативными свойствами, гемолизирующей кишечной палочки, представителей условно-патогенной флоры (протей, клебсиеллы, цитробактера и др.), стафилококка вида *aureus*, гемолизирующего стафилококка и грибов рода *Candida*. В качестве эталонных значений для сравнения и интерпретации отклонений от нормы результатов бактериологического анализа кала использовались показатели частоты обнаружения и среднего содержания основных представителей

микрофлоры в 1 г кала практически здоровых лиц. Фекалии, собранные в стерильный флакон, взвешивались и разлитывали до 10^{-10} разведения. Для этого использовали 0,1 агаризованный, редуцированный буфер, что дает равномерное распределение микробных клеток во взвеси и удлиняет срок жизни анаэробных бактерий. Далее петлей Голда производили высев из интересующих разведений на 1/4 часть чашки с плотной питательной средой. Результат учитывали по последнему разведению, в котором получен рост бактерий и подсчитывали по следующей формуле:

$$K = 200 \times A \times P \text{ (КОЕ / г)}$$

где: K - количество бактерий определенного вида;

A - число колоний на чашке в последнем разведении, где есть микробный рост;

200 - коэффициент, приводящий посев петлей (объем равен 0,005 мл) в соответствии с 1 мл;

P -- разведение.

Для выделения аэробных, факультативно-анаэробных и анаэробных микроорганизмов применяли следующие питательные среды: Эндо, 5% кровяной агар, молочно-солевой агар, Сабуро, молочно-редуцированную среду (МРС-4), анаэробный кровяной агар для бактериоидов (КАБ). После появления роста подсчитывали количество выросших колоний и производили перерасчет на 1 мл пробы, выражая степень колонизации в КОЕ /мл. В таблице 2.2 указаны использованные питательные среды.

Бактериологический посев на КАБ для выделения анаэробных бактерий проводили сразу же после забора материала и помещали чашки в анаэроостат с пакетом Gas Generating Kit для Anaerobic System ВК 38 (Англия).

Инкубировали в течение 3-5 суток. Микроорганизмы, выделенные на среде КАБ, проверяли на аэротолерантность. Бифидобактерии дают на ней рост в виде мелких белых, сероватых или бежевых колоний. В мазке выглядят как грамположительные длинные или средние палочки с

бифуркациями или без них. При отрицательном аэробном контроле грамположительные палочки на способность утилизировать глюкозу, лактозу, манитол в анаэробных условиях. В случае положительной реакции для всех трех субстратов штамм относили к роду *Peptococcus* при отрицательном аэробном контроле и гроздьевидном положении клеток в мазке, роду *Peptostreptococcus* при цепочечном их расположении, бактериоидам - полиморфные грамотрицательные палочки, клостридиям - грамположительные палочки со спорами.

Таблица 2.3.

Питательные среды, использованные для выращивания микроорганизмов

Питательная среда	Условия культивирования	Группы исследуемых микроорганизмов
КААБ	Анаэробные	Бифидобактерии, бактериоиды, клостридии, анаэробные кокки, анаэробные лактобактерии, микроаэрофильные стрептококки
МРС-4	Микроаэрофильные	Лактобактерии, грибы, микроаэрофильные стрептококки
5% кровяной агар	Аэробные	Стрептококки, энтерококки, стафилококки, гемолитические штаммы энтеробактерий, неферментирующие грамотрицательные палочки, коринебактерии, бациллы
Среда Эндо	Аэробные	Энтеробактерии, неферментирующие грамотрицательные палочки
Среда Сабуро	Аэробные	Грибы рода Кандида
Молочно-солевой агар	Аэробные	Стафилококки, микрококки

Среду МРС-4 (селективная молочно-редуцированная среда для выделения лактобактерий) получали из НИИ вакцин и сывороток (Ташкент).

Посевы на МРС-4 культивировали в эксикаторе со свечой в микроаэрофильных условиях 2-3 суток при 37 °С. На среде МРС-4 хорошо растут кроме лактобактерий, кислотоустойчивые бациллы, коринебактерии, грибы рода Кандида. Лактобактерии дают рост в виде мелких колоний сероватого цвета, могут иметь форму «бублика», круглую с ровными краями, вытянутую с тонкими фестончатыми краями. В мазке определяют цепочки и пакеты грамположительных палочек правильной формы. Выделенную на МРС-4 культуру тестировали на наличие спор и каталазы. Не образующие споры каталазоотрицательные палочки определяли как лактобактерии.

Что же касается факультативно-анаэробных и аэробных микроорганизмов – в соответствие с общепринятыми правилами при изучении микроорганизмов, ограничиваются необходимым набором тестов и субстратов для выделения определенных групп или видов микроорганизмов, т.е. для определения рода энтеробактерий использовали следующие тесты: ФП, цитрат, фенилаланиндезаминаза, глюкоза, лактоза, манит, мальтоза, мочевины, H₂S, индол; золотистого стафилококка – мазок, гемолиз, плазмокоагулаза, лецитиназа; энтерококков – манит, сорбит, молоко с синькой.

2.4. ЭГДФС проводили на аппарате «OLYMPUS» (Япония) у больных на первые сутки и через 14 дней лечения в I-клинике ТМА. Гастроскопию производили натощак. За 30 мин до начала исследования вводили 1мл 0,1% раствора атропина. Для смазывания слизистой оболочки глотки готовят 2% раствор дикаина. Перед исследованием проверяли готовность аппарата. Положение больного было на левом боку с вытянутой левой ногой; правая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах. Под головой больного находился небольшой валик. Помощник врача стоял сзади больного и поддерживал его голову в таком положении, чтобы глотка и пищевод составляли одну линию. Больной должен спокойно лежать, ровно дышать, не

глотать слюну и не разговаривать. После смазывания раствором дикаина мягкого неба, языка, дужек, глотки, входа в пищевод и начальной его части в желудок для удаления его содержимого вводили зонд. Больной после процедуры отдыхал в течение 1,5 ч и не принимает пищу.

Определяли следующие показатели:

- Рефлюкс гастрэзофагеальный
- Гиперемия слизистой желудка

Всем больным перед ЭГДФС снимали ЭКГ.

2.5. Эндоскопическое исследование толстой кишки

Для дифференциальной диагностики всем больным была проведена ректороманоскопия, которая является первым шагом в диагностике этого заболевания. Колоноскопия позволяет достоверно оценивать протяженность и тяжесть поражения, особенно при подозрении на наличие малигнизации.

Важным условием для проведения ректороманоскопии является тщательное очищение толстой кишки от содержимого. Накануне ректоскопии больным днем назначали малошлаковую диету, вечером - только чай. Исследование проводили натощак. Вечером и за 2 часа до исследования очищали кишечник с помощью клизмы. Перед ректороманоскопией обязательно проводили осмотр области заднего прохода и пальцевое ректальное исследование. Если предложить пациенту потужиться, то наполняются и становятся видимыми наружные геморроидальные узлы. Исследование лучше проводить непосредственно после дефекации, т.к. в это время можно отчетливо диагностировать выпадение внутренних геморроидальных узлов.

Для прохождения исследования больные снимали с себя всю одежду ниже пояса, включая нижнее белье, затем вставали на кушетку на четвереньки. Ректороманоскопия проводилась только после непосредственного пальцевого исследования прямой кишки.

Ректороманоскопия жесткими тубусами проводилась обычно в коленно-локтевом положении больного, Эта позиция очень удобна для исследования:

передняя брюшная стенка как бы немного провисает, что облегчает проведение тубуса из прямой кишки в сигмовидную. Ректороманоскоп в собранном виде после проверки работы осветительной системы и смазывания тубуса вазелином или специальным гелем вводили в задний проход по продольной оси анального канала на глубину не более 4- 5 см. Затем удаляли obturator , и все дальнейшее выполнение ректороманоскопии проходило только под контролем зрения. Проводили тубус таким образом, чтобы край его не упирался в стенку кишки, а следовал строго по просвету кишки, при этом постоянно подкачивали в кишку воздух.

При выполнении ректороманоскопии обращали внимание на цвет, блеск, влажность, эластичность и рельеф слизистой оболочки, характер ее складчатости, особенности сосудистого рисунка, наличие патологических изменений, а также оценивали тонус и двигательную функцию осматриваемых отделов.

Колоноскопию проводили колонофиброскопом OLYMPUS CF модель 1 T20 L/I, имеющие следующие технические характеристики (таб.2.4.):

Таблица 2.4.

Оптическая система	Угол поля зрения	120 ⁰
	Направление обзора	0 ⁰ (прямой обзор)
	Глубина резкости	5-100 мм (при фиксированном фокусе)
Дистальный конец	Внешний диаметр	14,3 мм (16,0 мм с дистальным колпачком)
Изгибаемая часть	Диапазон угла изгиба дистального конца	180 ⁰ вверх, 180 ⁰ вниз, 160 ⁰ вправо, 160 ⁰ влево
Вводимая трубка	Наружный диаметр	13,7 мм
Длина	Рабочая длина	L: 1 680 мм ; I: 1 330мм

	Общая длина	L: 2000 мм ; I: 1 650мм
Инструментальный канал	Внутренний диаметр	4,2 мм
Биопсийные щипцы	Минимально видимое расстояние	5мм от дистального конца

Подготовка к исследованию:

За 2 дня до колоноскопии больные переходили на специальную (бесшлаковую) диету, исключив из рациона питания овощи и фрукты, картофель, зелень, ягоды, грибы, бобовые, черный хлеб. Разрешалось: бульон, манная каша, яйцо, отварное мясо, вареная колбаса, рыба, сыр, масло, кисломолочные продукты, кроме творога. Накануне колоноскопии и в день проведения исследования разрешался прием только жидкой пищи - кипяченая вода, бульон, чай.

Накануне колоноскопии в 14-15 часов пациенты принимали 30-40 граммов касторового масла (2 столовые ложки). Для более комфортного приема масло можно растворить в половине стакана кефира. Замена касторового масла – водный раствор сернокислой магнезии 30% - 150 мл за один прием. Другие слабительные (пурсенид; бисокодил 5 таб. – прием накануне колоноскопии в 12.00 дня – стул обычно появляется через 6-8 часов) не позволяют полностью очистить толстую кишку, поэтому должны использоваться в процессе подготовки при непереносимости касторового масла. После самостоятельного стула делали 2 клизмы по 1,5 литра обычной, комнатной температуры, воюй. Клизмы делали в 20 и 21 час . Утром в день колоноскопии (обычно в 8 и 9 часов утра) делали еще 1-2 аналогичные клизмы, но обязательно до "чистой" воды.

Проведение колоноскопии:

Обычно колоноскопию проводили без анестезии. Больным с выраженными болями в области заднего прохода выполняли местную анестезию (дикаиновая мазь, ксилокаингель). Эндоскоп вводили в задний проход в положении больного на левом боку. После того как аппарат был

проведен в конечный отдел толстой кишки, больного укладывали на спину и в этом положении производят исследование. При этом врач продвигает аппарат в просвете кишки, и оценивали состояние слизистой оболочки и функциональные особенности различных отделов кишки.

2.6. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта

Наиболее распространенным методом является так называемый контрастный завтрак. Он позволяет исследовать строение и функцию пищевода, желудка двенадцатиперстной кишки.

Подготовка к проведению этого исследования заключается в том, что за 2-3 дня до процедуры больному назначают диету с исключением овощей, молочных продуктов, вызывающих повышенное газообразование в кишечнике. Если больной страдает метеоризмом, ему назначают активированный уголь. Исследование проводится утром натощак, и последний прием пищи перед ним должен быть не позднее чем за 20 ч. Если больной страдает запорами, то вечером накануне исследования и утром за 2 ч и до исследования ему ставят очистительные клизмы. Перед приемом контраста проводят обзорную рентгеноскопию. Затем пациент выпивает один глоток взвеси бария, после чего снова проводят рентгеноскопию. Затем пациент быстро выпивает 200 мл бариевой взвеси, и ему проводится рентгенография через различные промежутки времени (15, 30, 45 мин для исследования пищевода и желудка). Желудок полностью опорожняется от бариевой взвеси через 1,5-3 ч.

Тонкий кишечник заполняется барием только через 2-5 ч с момента приема его внутрь. Для исследования кишечника требуется большее количество бариевой взвеси.

Для исследования толстого кишечника барий вводится через задний проход, туго заполняя толстую кишку. Снимки делают почти сразу после введения контраста.

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет диагностировать токсический мегаколон, который наблюдается у 3-5% больных с неспецифическим язвенным колитом. Диагностическая ценность ирригоскопии у большинства больных высокая, но ее опасно выполнять у пациентов с токсическим мегаколоном. При ирригоскопии характерными рентгенологическими признаками неспецифического язвенного колита считались: потеря гаустрации, уменьшение просвета толстой кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки, обусловленная мелкими изъязвлениями ("пушистый вид").

2.7. Методы оценки психостатуса

По данным литературы существует множество методик определения психологического состояния у больных с СРК. Было отобрано несколько методик на наш взгляд удобных в использование и в дальнейшем их применение в практике семейного врача.

Для первоначального определения у больных СРК депрессии или тревоги мы использовали «Шкала тревоги и депрессии (HADS)». Шкала разработана А. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общей медицинской практики. Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общесоматической практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии.

При формировании шкалы HADS авторы исключали симптомы тревоги и депрессии, которые могут быть интерпретированы как проявление соматического заболевания (например, головокружения, головные боли и прочее). Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто

встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и личном клиническом опыте авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

Шкала апробирована авторами на более 100 пациентах соматического стационара (16—65 лет), страдающих различными соматическими заболеваниями. Полученные данные были соотнесены с результатами экспертного оценивания. Далее была проведена проверка шкалы на внутреннюю консистентность и дискриминантную валидность. В завершение анализа валидности шкалы была доказана независимость показателей от специфики и тяжести соматического заболевания.

Адаптация шкалы для использования в отечественной практике произведена М.Ю. Дробижевым в 1993 г. Результаты повторного использования адаптированной шкалы в выборках пациентов, страдающих различными соматическими заболеваниями, подтверждают устойчивость и валидность ее внутренней структуры, а также релевантность граничных показателей.

Обследуемые— взрослые лица любого возраста, находящиеся на лечении в соматическом стационаре.

Методика применения. Бланк шкалы выдается для самостоятельного заполнения пациенту и сопровождается инструкцией следующего содержания:

«Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете.

Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение, и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе.

Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: «тревога» (нечетные пункты — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и «депрессия» (четные пункты — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют четыре варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

Как и во всех случаях применения субъективных шкал, для достижения валидных результатов необходимо обеспечить самостоятельное заполнение шкалы пациентом (без обсуждения вариантов ответа с родственниками, знакомыми, соседями по палате). При необходимости следует предоставить пациенту относительно уединенное место (в кабинете или в холле отделения). Для обеспечения спонтанности ответа желательно установить пациенту четкие временные рамки для заполнения шкалы (порядка 20—30 минут). За этот интервал времени шкала должна быть заполнена полностью. Если пациент пропустил отдельные пункты или прервал заполнение шкалы на значительный срок (несколько часов), рекомендуется провести повторное тестирование с использованием нового бланка.

Шкала тревоги и депрессии (HADS)

1. Я испытываю напряжённость, мне не по себе	<ul style="list-style-type: none">· всё время· часто· время от времени, иногда· совсем не испытываю
2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же	<ul style="list-style-type: none">· определённо это так· наверное, это так· лишь в очень малой степени это так

чувство	· это совсем не так
3. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться	· определённо это так, и страх очень сильный · да, это так, но страх не очень сильный · иногда, но это меня не беспокоит · совсем не испытываю
4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	· определённо это так · наверное, это так · лишь в очень малой степени это так · совсем не способен
5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове постоянно	· большую часть времени · время от времени и не так часто · только иногда
6. Я испытываю бодрость	· совсем не испытываю · очень редко · иногда · практически всё время
7. Я легко могу сесть и расслабиться	· определённо это так · наверное, это так · лишь изредка это так · совсем не могу
8. Мне кажется, что я стал всё делать очень медленно	· практически всё время · часто · иногда · совсем нет
9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь	· совсем не испытываю · иногда · часто · очень часто
10. Я не слежу за своей внешностью	· определённо это так · я не уделяю этому столько времени, сколько нужно · может быть, я стал меньше уделять

	<p>этому внимания</p> <ul style="list-style-type: none"> · я слежу за собой так же, как и раньше
11. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться	<ul style="list-style-type: none"> · определённо это так · наверное, это так · лишь в некоторой степени это так · совсем не испытываю
12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	<ul style="list-style-type: none"> · точно так же, как и обычно · да, но не в такой степени, как раньше · значительно меньше, чем обычно · совсем так не считаю
13. У меня бывает внезапное чувство паники	<ul style="list-style-type: none"> · очень часто · довольно часто · не так уж часто · совсем не бывает
14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы	<ul style="list-style-type: none"> · часто · иногда · редко · очень редко

Для более детальной квалификации состояния и отслеживания его дальнейшей динамики использовалась более чувствительная клиническая шкала - Личностная шкала проявлений тревоги(J.Teylor) . Опросник предложен J.Teylor и предназначен для измерения уровня тревожности. Адаптирован Немчиным Т.А.. Опросник состоит из 50 утверждений, на которые следует дать ответ "да" или "нет". Оценка результатов исследования по опроснику производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о тревожности.

Суммарная оценка:

40-50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги;

20-40 баллов свидетельствуют о высоком уровне тревоги;

15-25 баллов - о среднем (с тенденцией к высокому) уровне;

5-15 баллов - о среднем (с тенденцией к низкому) уровне;

0-5 баллов - о низком уровне тревоги.

1. Обычно я спокоен и, вывести меня из себя нелегко.
2. Мои нервы расстроены не более, чем у других людей.
3. У меня редко бывают запоры.
4. У меня редко бывают головные боли.
5. Я редко устаю.
6. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.
7. Я уверен в себе.
8. Практически я никогда не краснею.
9. По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком.
10. Я краснею не чаще, чем другие.
11. У меня редко бывает сердцебиение.
12. Обычно мои руки достаточно теплые.
13. Я застенчив не более чем другие.
14. Мне не хватает уверенности в себе.
15. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
16. У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте.
17. Мой желудок сильно беспокоит меня.
18. У меня хватает духа вынести все предстоящие трудности.
19. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.
20. Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.

21. Мне нередко снятся кошмарные сны.
22. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь что-либо сделать.
23. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.
24. Меня весьма тревожат возможные неудачи.
25. Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает.
26. Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании.
27. Я работаю с большим напряжением.
28. Я легко прихожу в замешательство.
29. Почти все время испытываю тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо.
30. Я склонен принимать все слишком всерьез.
31. Я часто плачу.
32. Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты.
33. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
34. Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.
35. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.
36. Мое материальное положение весьма беспокоит меня.
37. Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить.
38. У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.
39. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, у меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня.
40. Даже в холодные дни я легко потею.
41. Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть.

42. Я - человек легко возбудимый.
43. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.
44. Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны, и я вот - вот выйду из себя.
45. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
46. Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей.
47. Я почти все время испытываю чувство голода.
48. Ожидание меня нервирует.
49. Жизнь для меня связана с необычным напряжением.
50. Ожидание всегда нервирует меня.

А также мы использовали - Визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) - это прямая линия длиной 10 см, концы которой соответствуют крайним степеням интенсивности боли («нет боли» на одном конце, «мучительная нестерпимая боль» - на другом) Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Пациенту предлагают сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей. Расстояние между концом линии («нет болей») и сделанной больным отметкой измеряют в сантиметрах и округляют. Помощь в оценке боли могут оказать пояснения, вписанные вдоль линии (например, «слабые, умеренные, тяжелые»). Различные вариации ВАШ называют графической рейтинговой шкалой. Пациенты склонны группировать свои ответы в местах подобных подписей, поэтому графическая рейтинговая шкала считается менее точной. Перед тем как пациент начнет пользоваться ВАШ (или любой другой оценочной шкалой), врач или производящий исследование должен все подробно объяснить пациенту. Применение ВАШ имеет следующие преимущества: 1) метод позволяет определить действительную

интенсивность болей (проведенные исследования выявили хорошую корреляцию между данными ВАШ и другими методами измерения силы болей); 2) большинство пациентов, даже дети (в возрасте 5 лет и старше) легко усваивают и правильно используют ВАШ ; 3) использование ВАШ позволяет изучить распределение рейтинга ; 4) результаты исследований воспроизводимы во времени ; 5) более адекватная оценка эффекта лечения по сравнению со словесной характеристикой боли . ВАШ успешно использовали во многих исследованиях при изучении эффективности терапии.

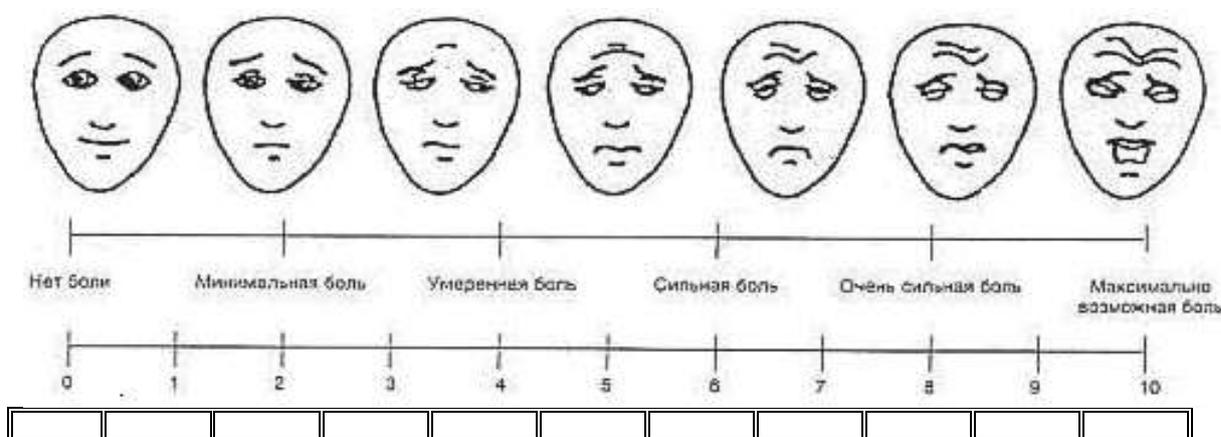
Рис. 2.1.

Интенсивность болей

Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Легкая		умеренная		средняя		сильная		сильная нетерпимая	

Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли



2.8. Методика статистической обработки результатов исследований

Статистическая обработка полученных результатов. Статистическая обработка осуществлена на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel — 2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Использовались методы традиционной вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом средней арифметической изучаемого показателя (M), среднего квадратического отклонения (Q), стандартной ошибки среднего (m), относительных величин (частота, %), статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялось по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий (F - критерий Фишера). За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$.

ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ (особенности клинического течения и психологического статуса больных СРК)

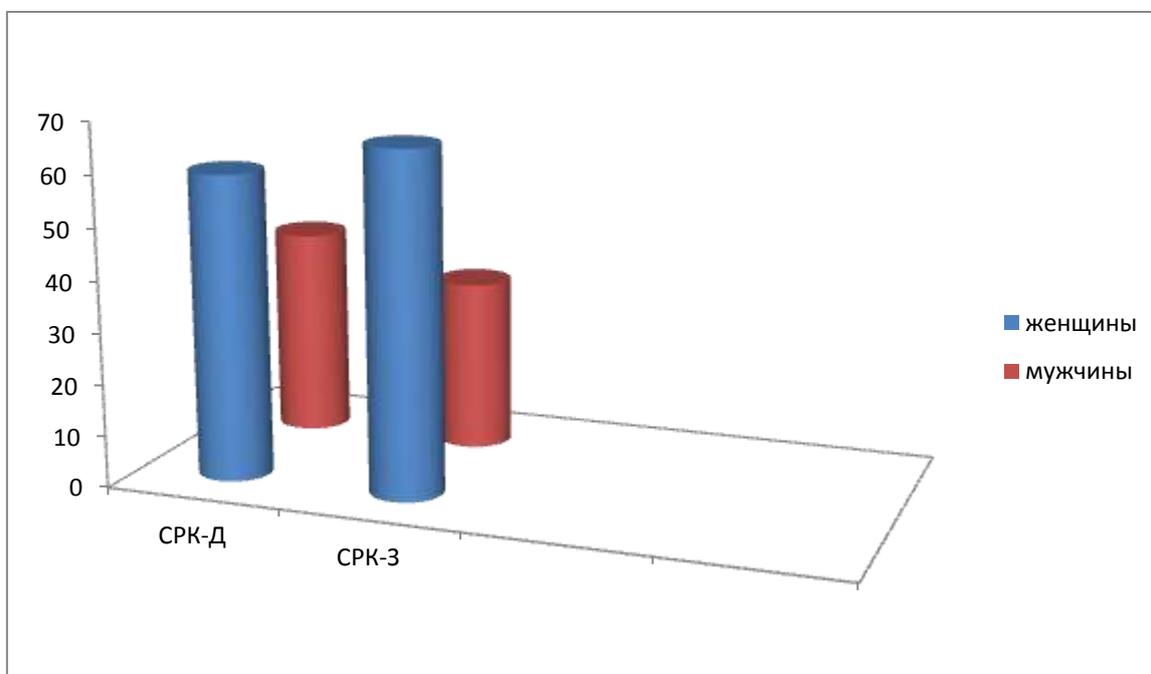
3.1. Особенности клинического состояния исследуемых

Для решения поставленной цели и задач нами были обследованы 58 больных с диагнозом СРК, находящихся на лечении и диспансерном наблюдении на базе поликлиники № 16 Олмазарского района г.Ташкента и гастроэнтерологического отделения 1 клиники ТМА с 2011 по 2013г.г.

Пациенты были разделены на 4 группы : 1 группу составили - 10(17,3 %) больных, которые получали традиционную терапию, 2 группа включала 11(18,9%) больных, которые получали традиционную терапию плюс пробиотик (Бифолак –Нео) плюс антидепрессант (Феварин) плюс лактулоза (Дюфалак), 3 группу составили- 12 (20,7 %) больных , которые получали традиционную терапию , и 4 группа включала 15(25,9%) больных, которые получали традиционную терапию плюс пробиотик (Бифолак –Нео) плюс анксиолитик (Афобазол) . Представители групп были сопоставимы по возрасту , полу, тяжести заболевания.

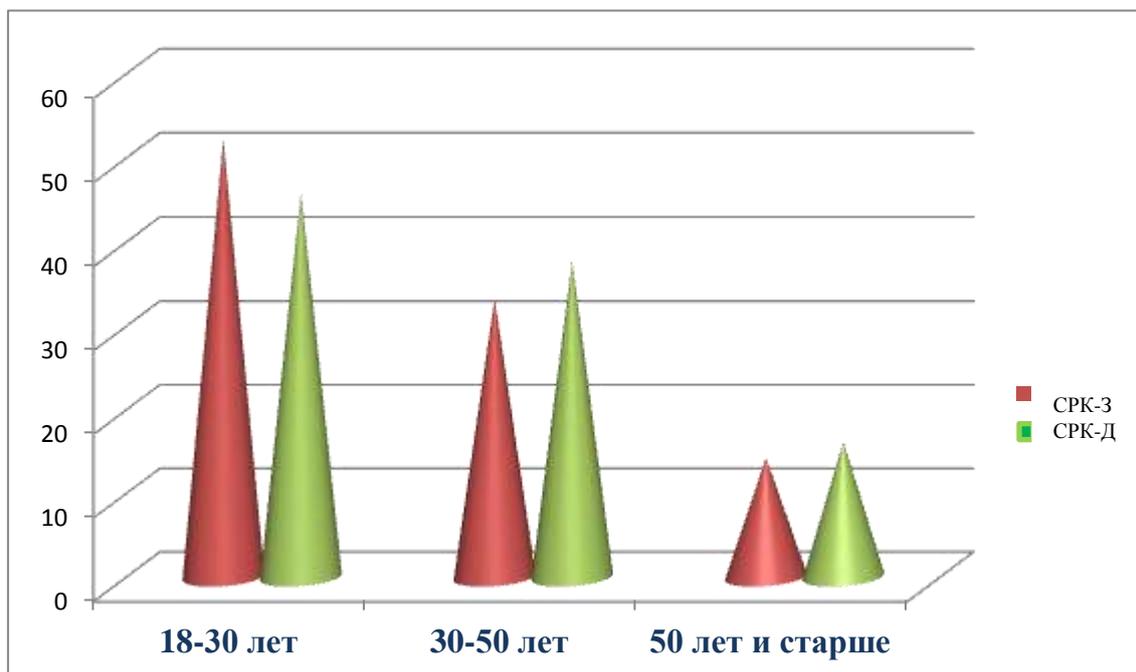
3.2. Распределение больных с СРК по полу и возрастным группам

Анализ заболеваемости по половому признаку показал, что среди пациентов в основном преобладали лица женского пола, так в 1 и 2 группах они составили 14 (66,6 %) из общего количества больных, а мужчин среди обследованных было - 7 , что составило 33,3 %. В 3 и 4 группах количество лиц женского пола составило- 22 (59,5 %), лиц мужского пола среди обследованных было - 15 , что составило 40,5 % соответственно.

Распределение больных с СРК по полу и возрастным группам

Согласно результатам проведенного исследования заболеваемость СРК значительно увеличивается с возрастом : лишь в среднем 10% случаев развивается у больных младше 20 лет и порядка 80% у больных старше 30 лет.

Распределение больных с СРК по возрастным группам



Женщины заболевают, примерно, с равной частотой, несколько выше заболеваемость СРК с преобладанием запоров среди женщин старше 30 лет, что видимо, связано с большей продолжительностью жизни женщин. У мужчин же чаще встречается СРК с преобладанием диареи. Эти результаты подтверждаются данными литературы (55, 57). Женщины болеют примерно в 2 раза чаще, чем мужчины. Средний возраст пациентов составляет 19- 45 лет. Распространенность симптомов СРК понижается после среднего возраста. Среди лиц пожилого возраста, 50 лет и старше, распространенность СРК составляет 10,9% по сравнению с 37% у лиц 30-50 лет. Появление характерных симптомов впервые у пациентов старше 60 лет ставит под сомнение диагноз СРК. Таким пациентам следует особенно тщательно исключать органические заболевания, в первую очередь, колоректальный рак, дивертикулез, полипоз, ишемический колит и др.

3.3. Основные клинические симптомы у больных с СРК

При сборе анамнеза были выявлены следующие жалобы у больных в группе СРК-3: наиболее часто отмечали боли в нижней части живота- 18 больных (85,7%), в то время как боли в верхней части живота отмечались более чем в 4 раза реже (23,8%), вздутие живота и урчание кишечника отмечали 19 больных (90,4%); у 95,2 % обследованных больных этой группы отмечалось отсутствие дефекации в течение трех и более суток, у 76,1% отмечалось затруднение при акте дефекации. Возникновение боли или уменьшение ее было связано с метеоризмом, уменьшающимся после дефекации. Так, возникновение боли по ходу толстой кишки у 20 пациентов (95,2%) было связано с наличием запора или метеоризмом. 16 больных отмечали уменьшение болевых ощущений или их исчезновение после дефекации, что составило 76,1% от всех обследованных в группах. У 5 пациентов (23,8%) характер болей после дефекации не изменился (табл. 3.1).

Таблица 3.1.

Частота клинических симптомов нарушения функции кишечника у больных СРК

№	Симптом	Группа СРК-3 n=21	Группа СРК-Д n=37
1	Боли в верхней части живота	5 (23,8%)	28 (75,7%)
2	Боли в нижней части живота	18 (85,7%)	13 (35,1%)
3	Вздутие живота и урчание кишечника	19 (90,4%)	31 (83,7%)
4	Стул реже 3 раз в неделю	20 (95,2%)	–
5	Стул чаще 3 раз в день	–	34 (91,8%)

6	Затруднение при дефекации	16 (76,1%)	23 (62,1%)
7	Жидкий стул	–	35 (94,5%)
8	Твердый стул	20 (95,2%)	–
9	Слизь в кале	16 (76,1%)	27 (72,9%)
10	Чувство неполного опорожнения кишечника	10 (47,6%)	31 (83,7%)

У больных в группе СРК-Д ведущими были жалобы на частый жидкий стул (94,5%), наличие слизи в кале (72,9%), боли (75,7%), вздутие живота и урчание кишечника (83,7%), чувство неполного опорожнения кишечника (83,7%). Локализация болевых ощущений была различной.

При сборе анамнеза больные часто отмечали наличие болевых ощущений, причём в верхней части живота в 2 раза чаще (75,7%), чем в нижней (35,1%), что диаметрально противоположно данным показателям в I группе. При этом изолировано в подвздошных областях боли отмечались у 11 пациентов (29,7%), и несколько реже – у 5 (13,5%) боли отмечались только в области фланков толстой кишки. При этом болевой синдром отсутствовал у 8 пациентов (21,6%), но наблюдались дискомфорт и метеоризм, уменьшающиеся после дефекации; нарушения стула, ощущения неполного опорожнения кишечника после дефекации. Появление и усиление боли во время дефекации или болезненные позывы на дефекацию отмечали 23 человека (62,1%).

Результаты эндоскопического исследования больных группы СРК-3 показали, что у 15 больных (71,4%) состояние осмотренного участка кишки соответствовало норме. У 6 (28,6%) пациентов наблюдались различные сочетания таких изменений, как гиперемия слизистой оболочки, отек, изменения сосудистого рисунка, атрофия, наличие слизи в кишке.

Учитывая важную роль биоценоза кишечника при СРК, мы провели исследование степени выраженности дисбактериоза кишечника у 20 больных

СРК. Оценка результатов копрологических исследований проводилась нами в 2 этапа. На первом этапе мы анализировали переваривающую способность кишечника, уделяя наибольшее внимание выраженным проявлениям нарушения переваривания мышечных волокон (++, +++), наличию нейтрального жира и жирных кислот. Установлено, что у большинства пациентов наблюдался синдром нарушения переваривания нутриентов, вероятно обусловленный изменением времени кишечного транзита и нарушением функционального состояния поджелудочной железы (подтверждаемое данными УЗИ органов брюшной полости) и кишечника, а минимальные копрологические отклонения присутствовали у 2/3 пациентов без различий в двух группах.

Таблица 3.2.

Параметры	Группа СРК-З	Группа СРК-Д
рН	7,3	7,5
Мышечные волокна перев +	16(76,1%)	19(51,3%)
Мышечные волокна перев ++/+++	8(38%)	14(37,8%)
Нейтральный жир +	9(42,8%)	8(21,6%)
Нейтральный жир ++/+++	7(33,3%)	3(8,1%)
Жирные кислоты +,++	5(23,8%)	7(18,9%)
Мыла +	4(19%)	5(13,5%)

При анализе копрологического синдрома дисбактериоза наибольшее внимание уделяли следующим его косвенным признакам: перевариваемая клетчатка (++) , крахмал (++,++), дрожжевые и йодофильные бактерии. При СРК с запорами косвенные признаки дисбиоза были выражены в меньшей степени и проявлялись чаще наличием крахмала в копрограмме.

Согласно литературным данным установлено, что дисбактериоз кишечника наиболее часто проявляется болевым синдромом и различными нарушениями деятельности кишечника (2,31,44). Симптомы дисбактериоза

напрямую связаны с заболеванием или состоянием, которое вызвало дисбактериоз, и являются неспецифичными и разнообразными: снижение или отсутствие аппетита, тошнота, рвота, металлический привкус во рту, боли в животе (тупые или схваткообразные), возникающие спонтанно и при пальпации, отрыжка метеоризм, чувство неполного опорожнения кишечника, императивные позывы на дефекацию, запоры, понос, заеды, зуд кожи и слизистых, высыпания на коже (при развитии аллергических реакций), утомляемость (2,31,44)

Копрологический синдром воспаления толстой кишки (наличие лейкоцитов и слизи) в нашем наблюдении не встречался ни у одного пациента.

Второй этап включал исследование кала на дисбактериоз, которое было выполнено у больных двух групп. Выраженность дисбиотических изменений больных с СРК в целом определялась степенью дисбиоза в соответствии с классификацией дисбиоза кишечника (2, 8).

I степень дисбиоза характеризовалась снижением общего количества основных представителей облигатной анаэробной микрофлоры (бифидобактерий и лактобацилл) до 10^8 – 10^7 КОЕ/г; уменьшением количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью до 10^6 КОЕ/г; увеличением уровня условно-патогенных энтеробактерий, золотистого стафилококка, грибов рода *Candida* не более чем до 10^3 КОЕ/г.

II степень определялась снижением общего количества облигатной микрофлоры до 10^5 КОЕ/г; увеличением количества лактозоотрицательной кишечной палочки до 10^4 – 10^5 КОЕ/г на фоне уменьшения содержания ее форм с нормальной ферментативной активностью; повышением уровня условно-патогенных энтеробактерий (*Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Citrobacter* и др.), золотистого стафилококка, грибов рода *Candida* до 10^4 КОЕ/г.

III степень толстокишечного дисбиоза присваивалась при наличии выраженных микробиологических изменений: снижения общего количества

облигатной микрофлоры до 10³–10⁴ КОЕ/г; отсутствия эшерихий с нормальной ферментативной активностью на фоне повышения числа их неполноценных штаммов; повышение уровня условно-патогенных энтеробактерий (*Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Citrobacter* и др.), золотистого стафилококка, грибов рода *Candida* до 10⁵–10⁸ КОЕ/г.

IV степень дисбиоза, характеризующаяся наиболее выраженными изменениями кишечной микробиоты (отсутствием представителей облигатной анаэробной микрофлоры и *E.coli* с нормальной ферментативной активностью; подавляющим превосходством ассоциаций условно-патогенных бактерий и грибов более 10⁸ КОЕ/г), у пациентов с СРК не встречалась.

Таблица 3.3.

Группы микроорганизмов	Среднее количество микроорганизмов в 1г содержимого толстой кишки,lg КОЕ/г		
	нормативные показатели	группа СРК-З	группа СРК-Д
Бифидобактерии	10 ⁹⁻¹⁰	10 ⁵⁻⁶	10 ⁶⁻⁷
Лактобактерии	10 ⁷⁻⁸	10 ⁶	10 ⁵
Энтерококки	10 ⁵⁻⁸	10 ⁴⁻⁵	10 ⁵
<i>E.coli</i> с нормальной ферментативной активностью	10 ⁷ – 10 ⁸	10 ⁶	10 ⁴⁻⁵
Стафилококк	0	10 ⁵	10 ⁴
Условно-патогенные энтеробактерии	Менее 10 ⁴	10 ⁶	10 ⁷
Грибы рода <i>Candida</i>	Менее 10 ⁴	10 ⁸	10 ⁷

По данным результатов анализов было установлено, что у 4 из 10 обследованных больных СРК с преобладанием запоров имело место небольшое или умеренное снижение количества бифидобактерий и

преобладание колибактериальной флоры. Лишь у 4(40%) больных нарушения микроэкологического статуса кишечника носили выраженный характер: отмечалось преобладание или снижение колибактериальной флоры и высокие титры ассоциации условно-патогенной микрофлоры (стафилококковой, протейной и грибов рода *Candida*) на фоне значительного снижения уровня бифидофлоры и лактофлоры. Нормальная кишечная флора выявлена лишь у 2 обследованных больных (10%).

В то же время установлено, что у 6 из 10 больных СРК с преобладанием диареи нарушения микроэкологического статуса кишечника носило выраженный характер: отмечалось преобладание или снижение колибактериальной флоры и высокие титры ассоциации условно-патогенной микрофлоры (стафилококковой, протейной и грибов рода *Candida*) на фоне значительного снижения уровня бифидофлоры и лактофлоры (68%). Примечательно, что у лишь 3 больных СРК II группы (30%) имело место слабое или умеренное снижение количества бифидобактерий с преобладанием колибактериальной флоры.

Таким образом, больные с СРК в целом демонстрируют дефицит облигатной микрофлоры (в первую очередь бифидобактерий и нормальной *E.coli*, в меньшей степени — лактобацилл). Кроме того, в микропортретах представителей различных клинических форм СРК, сопровождающихся нарушением дефекации (СРК-З или СРК-Д), имеют достоверное значение представители УПЭ (протей, клебсиелла, цитробактер), гемолизирующий стафилококк и, в меньшей степени, стафилококк *aureus*. При этом в микробиологическом портрете пациентов с СРК-З наибольшее значение имеют дефицит бифидобактерий и увеличение количества высеваемого гемолизирующего стафилококка; для пациентов с СРК-Д — дефицит бифидобактерий, увеличение количества высеваемого гемолизирующего стафилококка и таких представителей УПЭ, как протей, клебсиелла и цитробактер.

С целью унификации выраженности дисбиотических изменений результаты бакпосева кала пациентов с СРК были классифицированы по степени кишечного дисбиоза .

Таблица 3.4.

Формы СРК	Частота встречаемости различных степеней дисбиоза, %		
	1 степень	2 степень	3 степень
Всего СРК (20)	12,7	58,7	28,6
СРК-З (10)	5,6	55,6	38,8
СРК-Д (10)	4,6	59,1	36,4

Таким образом, по результатам бакпосева у всех пациентов с СРК диагностировался дисбиоз. Чаще всего (в 58,7 % случаев) диагностировался дисбиоз II степени, в 28,6 % случаев — дисбиоз III степени, в 12,7 % случаев — дисбиоз I степени, дисбиоз IV степени не диагностировался ни в одном случае. Подобная тенденция распределения степени выраженности дисбиотических изменений была характерна для группы СРК-З, где в 55,6 % случаев диагностировался дисбиоз II степени, в 38,8 % случаев — дисбиоз III степени, в 5,6 % случаев — дисбиоз I степени. В группе СРК-Д дисбиоз II степени диагностировался в 59,1 % случаев, дисбиоз III степени — в 36,4 % случаев, а дисбиоз I степени — в 4,5 % случаев.

Таким образом, у большинства больных СРК I группы имело место снижение количества бифидобактерий флоры. У больных СРК II группы нарушения микроэкологического статуса кишечника носили выраженный характер: отмечалось преобладание или снижение колибактериальной флоры и высокие титры ассоциации условно-патогенной микрофлоры (стафилококковой, протейной и грибов рода *Candida*) на фоне значительного снижения уровня бифидофлоры и лактофлоры. У больных этих групп такой этиологический фактор, как длительный прием антибиотиков играл

значительную роль в нарушении микрoэкологического статуса толстой кишки.

Полученные данные указывают на важность обязательной коррекции дисбиотических расстройств при СРК.

3.4. Анализ качества жизни

Возрастные и половые характеристики группы 10 здоровых волонтеров полностью соответствовали группе исследования. Средний возраст контрольной группы составил $31,80 \pm 7,64$ года. В результате исследования были получены данные о достоверном снижении качества жизни у больных СРК ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми людьми по всем шкалам опросника SF-36. Так, отмечались достоверно низкие средние показатели физического функционирования (PF) — 71 балл по сравнению с контрольными — 86 ($p = 0,04$), ролевого физического функционирования (RP) — 44 балла по сравнению с контрольными — 84 ($p = 0,013$), шкалы интенсивности боли (BP) — 43 балла по сравнению с контрольными — 89 ($p = 0,015$), общего состояния здоровья (GH) — 41 балл по сравнению с контрольными — 84 ($p = 0,01$), жизненной активности (VT) — 43 балла по сравнению с контрольными — 76 ($p = 0,018$), социального функционирования (SF) — 53 балла по сравнению с контрольными — 75 ($p = 0,04$), ролевого эмоционального функционирования (RE) — 32 балла по сравнению с контрольными — 67 ($p = 0,011$), психического здоровья (MH) — 44 балла по сравнению с контрольными — 72 ($p = 0,03$). Интегрированные показатели физического и психического компонентов здоровья у больных СРК по сравнению с показателями группы контроля также были достоверно низкими. Так, средние значения интегрированного показателя физического компонента здоровья (PH) составили 50,0 балла по сравнению с контрольными — 86,0 ($p = 0,036$), а психического компонента здоровья (MH) — 46,0 балла по сравнению с контрольными — 73,0 ($p = 0,024$). Это свидетельствует о том, что физическое и эмоциональное состояние больных СРК, а также интенсивность боли значительно ограничивают физические

нагрузки, объем выполнения повседневной работы и социально значимой активности данной категории пациентов. Кроме того, пациенты с СРК склонны ощущать себя болезненными, обессиленными, подверженными тревоге, депрессии и переживанию других негативных эмоций в достоверно большей степени, чем здоровые люди, а также негативно оценивать перспективы собственного лечения.

Достоверных различий между уровнем качества жизни в зависимости от пола и формы СРК не установлено

Однако такие различия были установлены среди пациентов с СРК, имеющих различную длительность заболевания. Так, были отмечены достоверные различия в показателях шкалы ролевого физического функционирования (RP) больных СРК с длительностью заболевания менее 2 лет и более 10 лет ($p = 0,046$), а также для обобщенного показателя физического компонента здоровья (PH) между этими же категориями больных ($p = 0,05$). Кроме того, отмечались достоверные различия в показателях шкалы интенсивности боли (P) среди пациентов, имеющих стаж СРК до 2 лет и от 3 до 5 лет ($p = 0,043$), шкалы жизнеспособности (VT) среди больных СРК с длительностью заболевания менее 2 лет и от 6 до 10 лет ($p = 0,04$), социального функционирования (SF) среди больных СРК с длительностью заболевания от 6 до 10 лет и более 10 лет ($p = 0,044$), а также обобщенного показателя психического компонента здоровья среди больных СРК с длительностью заболевания менее 2 лет и от 6 до 10 лет ($p = 0,05$).

Таким образом, больные СРК имеют достоверно более низкие показатели качества жизни по сравнению со здоровыми людьми. Качество жизни больных СРК не зависит от пола и формы заболевания и во многом определяется выраженностью абдоминальной боли и нарушений дефекации, а также длительностью заболевания.

Средние значения качества жизни больных СРК и здоровых волонтеров по шкалам опросника SF-36 в зависимости от пола, формы и продолжительности заболевания.

Таблица 3.5.

П о- к а- з а- т е л ь	Группа контрол я	Все боль ные	Мужчин ы	Женщин ы	СРК-З	СРК-Д	<2лет	3-5 лет	6-10лет	>10 лет
Р Ф	86(70; 95)	71(55;85)	65(50;70)	72(60;85)	74(65;85)	63(55;70)	78(70;85)	75(65;85)	68(55;70)	55(50;65)
Р Р	84(75; 95)	44(25;63)	48(25;75)	43(25;63)	42(25;63)	38(13;63)	46(25;63)	43(25;63)	40(25;63)	38(13;65)
Р	89(70;95)	43(41;51)	41(31;51)	45(31;51)	41(31;51)	47(41;56)	55(41;61)	33(31;41)	47(31;51)	43(31;51)
Г Н	84(70;95)	41(30;55)	42(30;55)	41(30;55)	48(34;65)	39(30;50)	56(45;65)	50(45;65)	42(30;55)	28(25;40)
В Т	76(65;85)	42(35;60)	40(30;50)	42(35;63)	36(30;45)	41(30;50)	43(35;50)	38(30;45)	24(20;35)	43(35;45)
С Ф	75(50;100)	53(50;63)	54(50;63)	55(50;63)	37(25;50)	60(50;75)	73(50;88)	63(50;88)	39(25;50)	52(38;75)
Р Е	67(33;100)	32(0;67)	30(0;67)	32(0;67)	26(0;67)	32(0;67)	33(0;67)	33(0;67)	32(0;67)	32(0;67)
М Н	72(64;88)	44(36;56)	46(36;58)	43(32;52)	46(38;56)	52(38;67)	45(36;52)	43(32;52)	43(32;52)	44(36;58)
Р Н	86(72;95)	50(36;60)	47(30;54)	52(38;60)	53(38;60)	46(30;54)	58(38;64)	50(38;72)	50(36;60)	41(30;48)
М Н	76(65;85)	46(30;52)	43(30;52)	47(46;58)	48(38;56)	45(30;54)	49(42;54)	44(34;52)	33(24;42)	43(30;52)

3.5. Анализ психического статуса у больных СРК

Первое описание взаимосвязи СРК с психическими расстройствами имеет

более чем столетнюю историю. В последующем в уже ставших классическими популяционных исследованиях Дроссмана Д. Х. Было показано, что те или иные отклонения в психической сфере регистрируются с

частотой от 54 до 100% случаев от всех обращающихся за медицинской помощью пациентов с СРК. Эти данные совпали с нашими исследованиями. Большинство исследователей диагностирует преобладание смешанного тревожно-депрессивного расстройства (шифр по МКБ-10 F 41.2) у больных с СРК. Депрессия, выявляемая у этих больных с частотой до 30% случаев, характеризуется широким клиническим диапазоном. При этом наряду с соматогенной, нозогенной депрессиями как следствие реакции на боль, дискомфорт в животе, нарушение стула и качество жизни в целом периодически выявляется картина эндогенной (ларвированной или маскированной) депрессии. Еще более часто выявляются дистимии – затяжные, мягкие депрессии и тревожно-депрессивные личностные расстройства, формирующиеся на фоне психологических конфликтов.

По данным исследований проведенных Абдурахмановым А.И. и соавторами у больных с СРК наблюдались нарушения в психоэмоциональной сфере такие как : тревога, депрессия, различные фобии. С учетом этих данных мы провели оценку психологического статуса среди обследуемых больных при помощи специальных опросников. И получили следующие результаты. У больных СРК с преобладанием запоров депрессивные расстройства наблюдались у 4 обследованных (19,1%), в то же время в этой группе обследованных тревожно-фобические расстройства отмечены у 8 больных, что составило 38,1%, ипохондрическое развитие и истероипохондрические расстройства встречались соответственно 19,1% и 9,5% (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Частота психосоматических нарушений у больных СРК

№ п/п	Психосоматические нарушения	Группа СРК-Д n=37	Группа СРК-З n=21
1	Тревожно-фобические расстройства	3 (8,1%)	8 (38,1%)
2	Депрессивные расстройства	13 (35,1%)	4 (19,1%)
3	Ипохондрическое развитие	2(5,4%)	4 (19,1%)
4	Истероипохондрические расстройства	4(10,8%)	2 (9,5%)

В клинической картине больных СРК с преобладанием диареи тревожно-фобические расстройства наблюдались у 3 обследованных лиц (8,1%), в то же время в этой группе обследованных депрессивные расстройства отмечены у 13 больных, что составило 35,1%. Ипохондрическое развитие и истероипохондрические расстройства встречались соответственно у 5,4 % и 9,5% больных.

У больных СРК с депрессией преобладали явления гипомоторной дискинезии толстой кишки с болями в нижней части живота. Одновременно с диспепсическими нарушениями преобладали запоры. Болевой синдром наблюдался преимущественно в нижней части живота – у 13 больных (35,7%) и сопровождался позывами на дефекацию.

В клинической картине СРК у больных с тревожно-фобическими расстройствами преимущественно наблюдались спастические или режущие боли в верхней части живота, сопровождающиеся резкими и интенсивными позывами на дефекацию, чувством распирания, бурления в толстом кишечнике и повышенным газообразованием. Нарушение моторной функции толстого кишечника проявлялось преимущественно диареей (многократный жидкий стул с чувством неполного опорожнения кишечника).

По данным *шкалы тревоги и депрессии* у пациентов с СРК следует отметить высокий показатель клинически выраженной тревоги и депрессии у больных СРК (77,5% наблюдений).

Таблица 3.7.

Показатель	СРК-З	СРК-Д
Депрессия	16 (76,2%)	6 (16,2%)
тревога	5 (23,8%)	31(83,8%)

Таким образом, по данным тестирования видно, что у больных с СРК-З больше проявлений депрессий (76,2%), а у больных СРК-Д больше встречается тревожные состояния (83,8%).

Применение личностной шкалы проявлений тревоги (J.Taylor), предназначенной для измерения уровня тревожности, позволяет установить, что в группе пациентов с СРК - Д преобладают дистимический типы личности с повышенным фоном как личностной, так и ситуационной тревожности.

Оценка результатов исследования по опроснику (табл. 3.8).

Таблица 3.8.

Показатель	СРК-З	СРК-Д
Очень высокий уровень тревоги	3(14,2%)	8(21,6%)
Высокий уровень тревоги	4(19%)	11(29,7%)
Средний (с тенденцией к высокому) уровень	5(23,8%)	9(24%)
Средний (с тенденцией к низкому) уровень	5(23,8%)	5(13,5%)
Низкий уровень тревоги	4(19%)	4(10,8%)

Таким образом, анализ результатов тестирования по шкале Тейлора показал, что очень высокий уровень тревоги (21,6 %) и высокий уровень тревоги (29,7 %) встречается у больных с СРК –Д.

Структурное психосоматическое обследование, проведенное у больных с СРК, позволило диагностировать у 100% больных разнообразные нарушения. Анализ анкет самооценки не выявил признаков, указывающих на наличие пониженного настроения в эмоциональном стереотипе.

3.6. Наличие сопутствующих заболеваний в группах обследуемых

Изучение наличия и спектра сопутствующих заболеваний показал, что в 100% случаях у пациентов с СРК имелись те или иные сопутствующие данному синдрому заболевания с преобладанием поражения верхних отделов пищеварительного тракта, наблюдались функциональная диспепсия у 5 (23,8%) больных в группе СРК-З и у 7 пациентов (18,9%) группы СРК-Д, хронический гастрит легкой степени у 9 (42,8 %) больных в группе СРК-З и у 12(32,4%) группы СРК-Д, который в последнее время рекомендуют относить к функциональной диспепсии. Обращает на себя внимание отсутствие эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка в обеих группах наблюдения. В 6 случаях (10,3%) у больных 1 и 2 группы встречался хронический дуоденит, у пациентов в группе СРК-З в 5 случаях (23,8 %) встречался ГЭРБ, а у пациентов группы СРК-Д у 4 (10,8 %). В отношении органического и функционального поражения кишечника можно отметить, что у пациентов, страдающих СРК с запорами, в 47,6% случаев (у 10 пациентов) и у 8 (21,6%) пациентов группы СРК-Д имело место развитие функционального мегаколона.

Рис. 3.5.

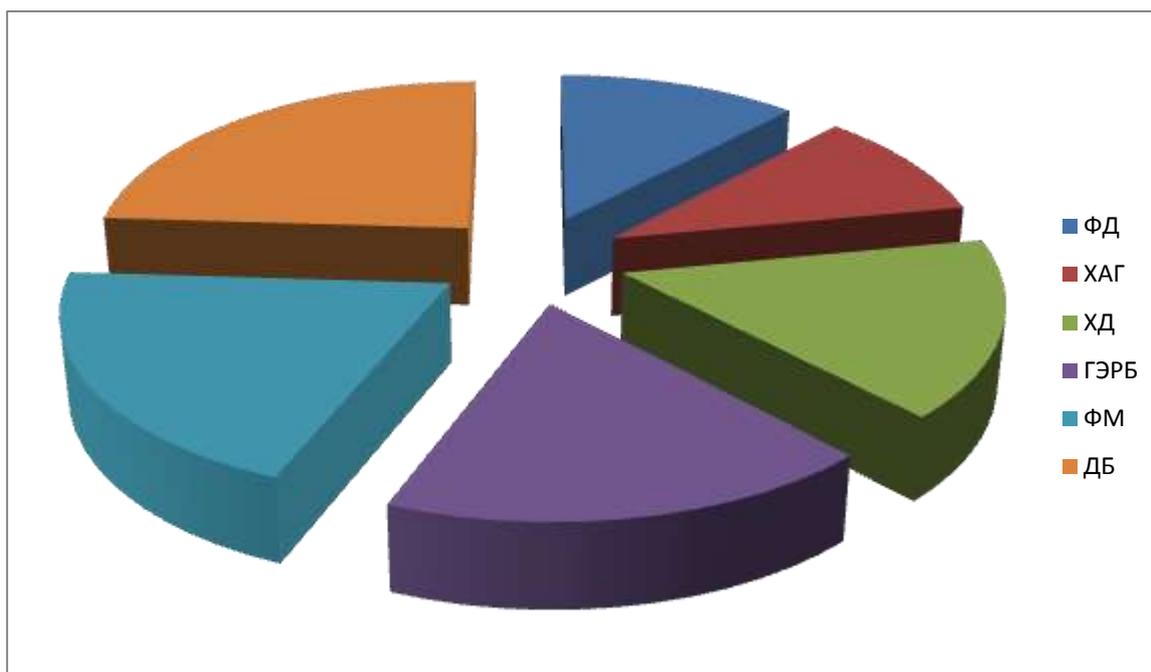


Таблица 3.9.

Частота встречаемости сопутствующей патологии органов желудочно-кишечного тракта у обследованных лиц (%)

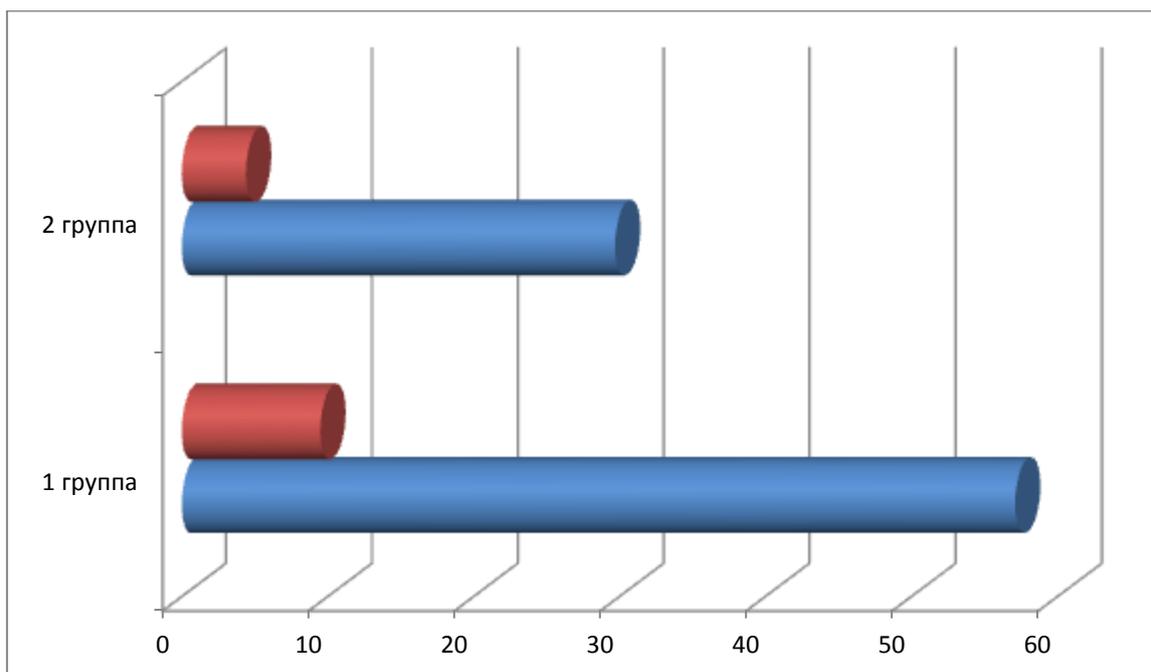
Сопутствующая патология	Группы обследованных лиц	
	СРК-З n=21	СРК-Д n=37
Функциональная диспепсия	23,8%	18,9%
Хронический гастрит	42,8%	32,4%
ГЭРБ	23,8%	10,8%
Хронический дуоденит	10,3%	10,3%
Функциональный мегаколон	47,6%	21,6%

3.7. Анализ инструментального обследования пациентов

Поскольку диагноз СРК предполагает исключение органической патологии, в комплексе обследования пациентов показано применение таких методов исследования, как ирригоскопия и ректоскопия (или колоноскопия) с биопсией. Указанные методы являются достаточно инвазивными для пациентов, и зачастую их назначение ограничивается строгими показаниями.

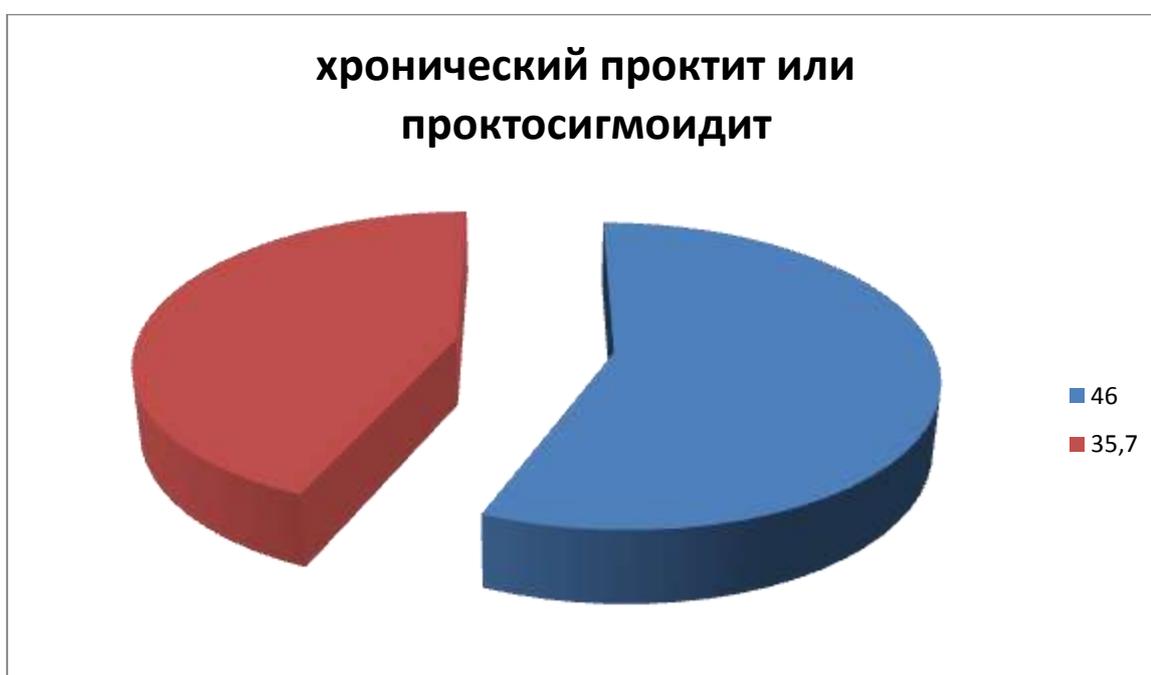
Ирригоскопия была выполнена у 7 (33,3%) пациентов первой группы и у 12 (32%) - второй, с обнаружением различных отклонений в 80% случаев. Данное исследование позволило выявить признаки мегаколона у 8 (13,7%) больных в обеих группах. Кроме того, при этом исследовании имелась возможность обнаружить такие признаки моторных нарушений, как спазм пуборектальной петли у 12 (57,1%) пациентов 1 группы и у 11 (29,7%) больных 2 группы, изменения ректального угла - у 2 (9,5%) больных 1 группы и у 1 (2,7%) больного. Полученные данные позволяют отнести данный метод к достаточно информативным при СРК, в особенности при его варианте, протекающем с запорами и наличие симптомов депрессии.

Рис. 3.6.



Эндоскопическое исследование (ректоскопия) с целью исключения наличия воспалительных заболеваний толстой кишки было выполнено у достаточно большого количества больных с СРК – у 13 больных (61,9%) 1 группы и у 18(48,6%) – 2 группы. При проведении ректоскопии у 46% обследованных больных с СРК 1 группы и у 35,7% больных во 2 группе были выявлены хронический проктит или проктосигмоидит, в 46% случаях данная патология была характерна для лиц старше 45 лет.

Рис 3.7.



ГЛАВА IV. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

4.1. Оценка эффективности комплексного лечения больных СРК с учетом психостатуса и микробиоценоза кишечника

В зависимости от характера проводимой терапии были выделены 4 группы: I группа – 10 больных СРК с преобладанием запоров и депрессивными расстройствами на фоне диеты, обогащенной пищевыми волокнами, получали традиционную терапию, 2 группа – СРК-3 включала 11 больных, которым назначались пробиотик (Бифолак –Нео) и антидепрессант (феварин 100 мг в день) плюс лактулоза (Дюфалак), 3 группа – 17 больных СРК с преобладанием диареи и тревоги, которым назначали традиционную терапию, 4 группа СРК-Д включала 20 больных, которые получали традиционную терапию плюс пробиотик (Бифолак –Нео) плюс анксиолитик (Афобазол) , которые в назначенных дозах хорошо переносились и не давали никаких побочных эффектов. Назначенную комплексную терапию больные получали в течение 2 недель.

Коррекция микробиоценоза кишечника исследователями и врачами отнесена к основным методам лечения СРК (1, 2, 5-7). Это связано с тем, что воздействие на микрофлору кишечника приводит к восстановлению рецепторного аппарата кишечника, а это в свою очередь сопровождается повышением эффективности других методов терапии. Для восстановления эубиоза применяют препараты с пробиотическим действиями.

Доказана эффективность использования бифидо- и лактосодержащих пробиотиков в лечении пациентов, страдающих СРК. Для коррекции микробиоценоза применялись пробиотик бифолак – нео, по 1 ложке 2 раза в день, курс лечения продолжался 1-2 мес. ; пробиотик бифолак – нео защищает от СРК при помощи ряда механизмов, включая «подавление прикрепления патологических бактерий к клеткам кишечного эпителия, улучшение барьерной функции кишечной оболочки, увеличения кислотности в кишечнике, подавление роста патологических микроорганизмов,

иммуномодуляцию, подавление внутренней гиперчувствительности, изменение реакции слизистой на стресс» .

По данным литературы, серотонин играет важную роль в регуляции моторных и секреторных нарушений. В связи с этим перспективным направлением в лечении СРК является применение препаратов, воздействующих на серотониновые рецепторы.

Ингибитор обратного захвата серотонина: феварин — является универсальным препаратом, он стимулирует моторную активность кишечника, снижает висцеральную гиперчувствительность, стимулирует секрецию воды и солей в просвет тонкой кишки. Феварин имеет меньше побочных эффектов, чем трициклические антидепрессанты, и, помимо антидепрессантных свойств, оказывают следующие эффекты: повышают биодоступность 5-HT рецепторов, улучшают опорожнение кишечника при СРК с диареей, уменьшают абдоминальную боль. Феварин (флувоксамин) – первый селективный ингибитор обратного захвата серотонина, – имеет высокий профиль безопасности для пациентов с любой сопутствующей соматической патологией. При прерывании терапии частота возникновения синдрома отмены у Феварина минимальна. Феварин не оказывает негативного влияния на психомоторные функции и когнитивные способности. Рекомендуемая начальная суточная доза Феварина составляет 50 мг/сут, средняя эффективная доза – 100 мг/сут, максимальная доза – 300 мг/сут.

После проведенной терапии у больных 1 группы СРК-3 выявлено, что у 8 больных СРК болевой синдром исчез, у 11 больных СРК болевой синдром уменьшился, а у 4 больных сохранялся. У 17 из 20 больных запором стул нормализовался, т.е. стал ежедневным, а у 3 больных отмечалось улучшение. После терапии у 8 больных вздутие живота и урчание кишечника исчезли, у 2 – уменьшились, и лишь у одного больного сохранялись. Следовательно, больным СРК с преобладанием запоров и депрессивными расстройствами

целесообразно на фоне диеты, обогащенной пищевыми волокнами, назначение антидепрессантов в сочетании с пробиотиками плюс лактулоза(Дюфалак).

Таким образом, видно, что сочетание пробиотика, антидепрессанта и лактулозы вполне допустимо в условиях семейной поликлиники и дает хороший стойкий положительный терапевтический эффект. Нами изучено влияние сочетанной терапии на динамику клинических, эндоскопических и микробиологических проявлений у 37 больных СРК с диареей. У 32 больных выявлен дисбактериоз различной степени тяжести. Лечение СРК с преобладанием диареи и дисбактериозом было комплексным и включало следующее: а) при появлении в кале или кишечном соке грибов применялся флуконазол; б) восстановление нормальной микробной флоры толстой кишки; применялись пробиотик бифолак – нео, по 1 сошету 2 раза в день, курс лечения продолжался 1-2 мес.; в) улучшение кишечного пищеварения и всасывания. Больным с нарушением полостного пищеварения панкреатогенного генеза назначали фестал, мезим-форте, креон. С целью уменьшения тревожно- фобического состояния назначался анксиолитик (Афобазол) в дозе 10 мг 3 раза в день.

№	Симптом	Группа СРК-3 (до лечения)	I группа СРК-3 n=10	группа СРК-3 (до лечения)	2 группа СРК-3 n=11
1	Боли в верхней части живота	0,78±1,05	28,3±1,05	27,8±1,05	24,2±1,04
2	Боли в нижней части живота	0,53±1,01	27,5±1,08	25,3±1,01	24,3±1,06
3	Вздутие живота и урчание кишечника	0,75±0,04	0,72±0,01	0,75±0,04	0,67±0,02
4	Стул реже 3 раз в неделю	0,76±0,02	0,75±0,02	0,76±0,02	0,67±0,03
5	Затруднение при дефекации	0,45±0,02	0,53±0,01	0,45±0,02	0,40±0,03
6	Твердый стул	0,64±0,02	0,54±0,01	0,64±0,02	0,50±0,03
7	Слизь в кале	0,58±0,03	0,51±0,01	0,58±0,03	0,52±0,03
8	Чувство неполного опорожнения кишечника	0,59±0,04	0,58±0,01	0,59±0,04	0,51±0,03

Примечание: отмечена достоверность показателей по отношению к норме: - (P<0,05); - (P<0,01); - (P<0,001);

8Исследование клинических проявлений СРК с преобладанием диареи и тревоги на 21-25 день после назначенной комплексной терапии (2 группа) выявило, что у 19 больных СРК болевой синдром исчез, у 16 больных СРК болевой синдром уменьшился и лишь у 2 больных он сохранялся. Примечательно, что после терапии у 21 больных вздутие живота и урчание кишечника исчезли, у 10 – уменьшились, и лишь у одного больного сохранялись. После комплексной терапии у 30 из 37 больных стул нормализовался, т.е. стал ежедневным, а у 25 больных отмечено улучшение. При этом у 16 из 24 обследованных больных СРК после терапии исчезло чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации, а у 8 больных оно уменьшилось.

№	Симптом	Группа СРК-Д (до лечения)	3 группа СРК-Д n=17	группа СРК-Д (до лечения)	4 группа СРК-Д n=20
1	Боли в верхней части живота	27,8±1,05	20,5±1,02	27,8±1,05	21,5±1,03
2	Боли в нижней части живота	25,3±1,01	22,6±0,98	25,3±1,01	22,4±0,99
3	Вздутие живота и урчание кишечника	0,75±0,04	27,5±1,08	0,75±0,04	24,3±1,061
4	Стул чаще 3 раз в день	0,47±0,03	0,52±0,04	0,47±0,03	0,56±0,03
5	Затруднение при дефекации	0,45±0,02	0,75±0,02	0,45±0,02	0,67±0,031
6	Жидкий стул	0,72±0,02	0,35±0,02	0,72±0,02	0,33±0,02
7	Слизь в кале	0,49±0,03	0,33±0,01	0,49±0,03	0,35±0,01
8	Чувство неполного опорожнения кишечника	0,56±0,01	0,53±0,01	0,56±0,01	0,40±0,031

Результаты клинико-микробиологического исследования показали наличие дисбактериоза кишечника (ДК) в 100% случаев больных СРК. Причём, у 58,7% больных диагностировалась 2 степень, у 12,7% - 1 степень и у 28,6% - 3 степень дисбактериоза кишечника. Практически у всех больных отмечалось уменьшение количества содержания таких анаэробных микроорганизмов, как бифидобактерии, лактобактерии, бактероиды, фузобактерии, пептострептококки, эубактерии. Количество вейлонелл и клостридий практически не отличалось от нормы. Что касается аэробных микроорганизмов, то в содержимом толстой кишки у больных СРК отмечалось повышенное количество лактозоотрицательных эшерихий, стафилококков и дрожжеподобных грибов. Среднее количество энтерококков у 33,3% больных снижены.

Таблица 4.3.

Группы микроорганизмов	Среднее количество микроорганизмов в 1г содержимого толстой кишки,lg КОЕ/г			
	нормативные показатели	Группа СРК-Д	1 группа после лечения	2 группа после лечения
Бифидобактерии	10^{9-10}	10^{6-7}	10^{5-6}	10^{9-10}
Лактобактерии	10^{7-8}	10^5	10^6	10^{7-8}
Энтерококки	10^{5-8}	10^5	10^5	10^{6-8}
E.coli с нормальной ферментативной активностью	$10^7 - 10^8$	10^{4-5}	10^7	10^8
Стафилококк	0	10^4	10^3	0
Условно-патогенные энтеробактерии	Менее 10^4	10^7	10^5	10^3
Грибы рода Candida	Менее 10^4	10^7	10^5	10^3

Результаты кратного исследования фекалий на дисбактериоз в исследуемых группах больных СРК представлены в таблице 4.3. Как видно из полученных данных, терапия, включавшая пробиотическое средство «Бифолак-Нео», оказала выраженный бифидо- и лактогенный эффекты. У больных СРК имелось достоверное увеличение содержания бифидо- и лактобактерий, возросло представительство полноценных эшерихий, тогда как количество атипичных форм кишечной палочки и условно-патогенных микроорганизмов прогрессивно уменьшалось. Кроме того, в группе пациентов, получавших «Бифолак-Нео», происходила элиминация грибов рода Candida.

Таблица 4.4.

Группы микроорганизмов	Среднее количество микроорганизмов в 1г содержимого толстой кишки,lg КОЕ/г			
	нормативные показатели	группа СРК-3	3 группа после лечения	4 группа после лечения
Бифидобактерии	10^{9-10}	10^{5-6}	10^{5-6}	10^{9-10}
Лактобактерии	10^{7-8}	10^6	10^6	10^{7-8}
Энтерококки	10^{5-8}	10^{4-5}	10^5	10^{6-8}
E.coli с нормальной ферментативной активностью	$10^7 - 10^8$	10^6	10^7	10^8
Стафилококк	0	10^5	10^3	0
Условно-патогенные энтеробактерии	Менее 10^4	10^6	10^5	10^3
Грибы рода Candida	Менее 10^4	10^8	10^5	10^3

Эффект от лечения определяется улучшением психосоциального состояния и качества жизни больного.

Питание при частом стуле

Рекомендуется полноценная диета, с нормальным содержанием белков, углеводов и жиров. Однако имеет значение кулинарная обработка: все блюда готовятся на пару или в вареном виде. Исключаются продукты, стимулирующие процессы гниения и брожения в кишечнике, а также сильные стимуляторы желчеотделения и вещества, раздражающие печень (алкоголь, специи, соусы, копчености, маринады).

Таблица 4.5.

Категория Продукта	Можно	Нельзя
Мучные изделия	Сухари из пшеничного хлеба, вчерашний белый хлеб, сухие бисквиты	Черный хлеб, свежую выпечку
Супы	Слабые мясные и рыбные бульоны с добавлением слизистых отваров круп	Супы с крупой, овощами, макаронами, крепкие и жирные бульоны
Мясо и птица	Нежирные сорта мяса, птица без кожи, паровые котлеты, суфле из вареного мяса	Жирные сорта мяса, колбасы, копчености
Рыба	Нежирная рыба, рыбные котлеты на пару	Жирная и соленая рыба, икра, консервы
Молочные продукты	Пресный протертый творог нулевой жирности	Цельное молоко и жирные молочные продукты
Овощи	Отварные и паровые	Сырые
Крупы	Протертые каши на воде – рисовая, овсяная, гречневая	Пшено, перловка, ячневая крупа, макароны, бобы
Яйца	До 1-2 день, всмятку или омлет	Жареные, вкрутую, сырые
Плоды, сладости	Кисели и желе, протертые сырые яблоки	Фрукты и ягоды в натуральном виде, мед, варенье, другие сладости
Напитки	Зеленый чай, отвары из шиповника, сушеной черники, черной смородины, айвы	Свежие соки, кроме винограда, слив и абрикосов Кофе и какао, газированные и холодные напитки

Питание при склонности к запорам

Рекомендуется дробный режим питания – 5-6 раз в сутки. Пища, приготовленная на пару, отварная.

Категория Продукта	Можно	Нельзя
Мучные изделия	Ржаной и пшеничный хлеб из муки грубого помола, крекеры, несдобная выпечка	Хлеб из муки высшего сорта, сдобное и слоеное тесто
Супы	Преимущественно из овощей на мясном бульоне, холодные фруктовые и овощные супы, борщ, суп из свежей капусты	Крепкие и жирные бульоны
Мясо и птица	Нежирные сорта мяса, вареные и запеченные, курица и индейка без кожи	Жирные сорта мяса и птицы, колбасы, копчености, консервы, яйца вкрутую
Рыба	Нежирная рыба, морепродукты	Жирная и соленая рыба, икра, консервы
Молочные продукты	Любые	
Овощи	Различные овощи и зелень, особенно свекла и некислая квашеная капуста	Редька, редис, чеснок, лук, репа, грибы
Крупы	Протертые каши на воде – рисовая, овсяная, гречневая	Пшено, перловка, ячневая крупа, макароны, бобы
Яйца	До 1-2 день, всмятку или омлет	Жареные, вкрутую, сырые
Плоды, сладости	Особенно рекомендуются дыни, слива, инжир, абрикосы, чернослив, варенье, мед, компоты	Черника, айва, кизил, шоколад, изделия с кремом
Жиры	Растительные масла	Животные и кулинарные жиры
Напитки	Отвары из шиповника и пшеничных отрубей, утром натощак - свежие соки (из слив, моркови, томатов и абрикосов)	Кофе и какао, крепкий чай, кисель

ВЫВОДЫ

1. Имеется тесная сопряженность между характером изменений психического, микроэкологического статуса и клиническими проявлениями заболевания у больных с синдромом раздраженного кишечника. При этом выраженность психосоматических и дисбиотических расстройств пропорциональна тяжести течения заболевания.

2. В спектре психосоматической патологии больных СРК преобладают депрессивные расстройства (46,2%), на втором месте - личностные расстройства тревожного характера(54,8%).

3. У больных с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием диареи наблюдается размножение факультативной микрофлоры (стафилококков, дрожжеподобных грибов, гемолитических микроорганизмов, лактозонегативных эшерихий), тогда как при синдроме раздраженного кишечника с запором проявления связаны со снижением облигатной составляющей микробиоценоза кишечника (бифидобактерий, лактобактерий, эшерихий с типичными ферментативными свойствами).

4. Рациональная фармакотерапия синдрома раздраженного кишечника должна базироваться на сочетании использования препаратов, направленных на нормализацию микробиоценоза кишечника с психокорректирующими средствами .

5. Включение в состав традиционной терапии синдрома раздраженного кишечника антидепрессанта Феварина в сочетании с пробиотиком - Бифолак–Нео плюс лактулоза (Дюфалак) значительно повышает клиническую эффективность фармакотерапии СРК-З и способствует дополнительному приращению качества жизни пациентов. Целесообразно комбинация пробиотик (Бифолак –Нео) плюс анксиолитик (Афобазол) в составе традиционного лечения для нормализации микрофлоры кишечника и улучшения клинической симптоматики при СРК-Д.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендуется использовать диагностические тесты- для определения психического статуса больных с СРК и использовать полученные данные для коррекции лечения .
2. При СРК с запором рекомендуется комплекс лечения включающей антидепрессант Феварин. Комбинация традиционного лечения с включением анксиолитика - Афобазол при СРК с диареей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – наиболее часто встречающееся функциональное заболевание пищеварительной системы (95). В 1988 г. во время работы IX Всемирного конгресса гастроэнтерологов в Риме Международная рабочая группа по изучению функциональной патологии ЖКТ официально утвердила термин «синдром раздраженного кишечника», дала его развернутое определение, разработала критерии постановки диагноза, получившие название «Римские критерии СРК». (3). СРК - это комплекс функциональных расстройств, продолжающихся свыше трех месяцев, основными клиническими проявлениями которого служат боли в животе (обычно исчезающие после дефекации), сопровождающиеся нарушениями функции кишечника (запор, диарея или их чередование), а также метеоризмом, урчанием, чувством неполного опорожнения кишечника или императивными позывами на дефекацию (58). Согласно современным представлениям, СРК является биопсихосоциальным расстройством, в основе развития которого лежит взаимодействие следующих патологических механизмов: психосоциального воздействия, сенсорно-моторной дисфункции, т. е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника и стойких нейроиммунных повреждений, которые развиваются после инфекционных заболеваний кишечника и рассматриваются как возможная причина формирования сенсорно-моторной дисфункции (3). СРК негативно влияет на психоэмоциональное состояние больных, ограничивает их творческую свободу, препятствует общественной и профессиональной деятельности. Его влияние на качество жизни сопоставимо с такими недугами, как язвенный колит, болезнь Крона (50).

Связь психических расстройств с СРК доказана. Примерно у 60% больных, поступивших в стационар гастроэнтерологического профиля по поводу функциональных расстройств, диагностируется депрессивное или тревожное расстройство (105). В ряде исследований конца 80-х, начала 90-х годов была показана тесная взаимосвязь между наличием проявлений СРК,

ипохондрией и явлениями эмоционального дистресса (125). Выявление подобных закономерностей позволяет предположить наличие интегративного влияния повышенной активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (4). Однако, до настоящего момента не проводилось исследований, позволяющих представить широкому вниманию “уникальный” психологический профиль, а также механизм его формирования, характерный лишь для пациентов с функциональными заболеваниями ЖКТ (116). Следует отметить, что к настоящему моменту практически не встречаются работы, посвященные анализу возникновения заболевания и составления критериев лечения, и их сопоставлению с особенностями психологического статуса у больных с СРК. Проведение подобного исследования позволило бы расширить возможности терапии больных с СРК: улучшить качество жизни, уменьшить затраты на лечение.

Правильная оценка психологического статуса больных с СРК, их качества жизни позволит врачам общей практики, а также гастроэнтерологам адекватно оценить тяжесть состояния больного, сэкономить массу средств, затрачиваемых на обследование. Обращение врачей к психоэмоциональной стороне заболевания является важным прорывом в достижении эффективных результатов в диагностике и лечении больных с СРК.

Данные многочисленных исследований подтверждают, что СРК представляет собой сложный психосоматический симптомокомплекс, в структуре которого интегрируются нарушения функций толстого кишечника и различные психопатологические образования(18,34,128). По оценкам различных исследователей, встречаемость психических расстройств при СРК достигает 70-90%(35,136). При этом гастроэнтерологические расстройства более чем в половине случаев манифестируют на фоне уже сформировавшейся психической патологии. С другой стороны, более 50% пациентов с СРК реагируют на стрессовые ситуации обострением как гастроэнтерологической, так и психопатологической симптоматики. Наличие клинических проявлений тревожно-депрессивных и других изменений

психологического статуса у пациентов с синдромом раздраженного кишечника получило свое подтверждение при проведении оригинального комплекса исследований, уточнивших наличие и выраженность этих нарушений. Впервые продемонстрирована взаимосвязь, и влияние этих нарушений на восприятие боли при СРК.

Таким образом, видно, что СРК - заболевание которое « молодеет » с каждым годом, затрагивая тем самым более молодое и трудоспособное население, оказывая не благоприятное воздействие на экономику страны в целом. Поэтому есть необходимость в условиях развивающегося здравоохранения изучения данной проблемы со всех сторон.

Известно, что наиболее тяжёлые формы течения СРК наблюдаются у лиц с психическими отклонениями, перенесших тяжёлые жизненные потрясения. По шкале тяжести воздействия, разработанной Drossman et al., из всех видов психосоциальных травмирующих ситуаций, такие как физические и сексуальные домогательства, наиболее достоверно коррелировали с симптомами СРК. Потеря родителей в раннем возрасте, развод родителей, также были существенно связаны с проявлениями СРК и их выраженностью. Как уже подчеркивалось ранее, ключевая роль психологических детерминант в формировании СРК к настоящему времени не вызывает сомнения. При этом само начало заболевания многие пациенты связывают с наличием психотравмирующей ситуации – развод, потеря близкого человека, работы или другие значимые для пациента происшествия. Примечательно, что индекс стресса у больных СРК, определяемый по числу гиперстрессирующих ситуаций, например, смерть родителей до достижения больным возраста 16 лет, превосходит соответствующие показатели при такой тяжелой органической патологии кишечника как неспецифический язвенный колит.

Первое описание взаимосвязи СРК с психическими расстройствами имеет более чем столетнюю историю. В последующем в уже ставших классическими популяционных исследованиях Дроссмана Д.Х. Было

показано, что те или иные отклонения в психической сфере регистрируются с частотой от 54 до 100% случаев от всех обращающихся за медицинской помощью пациентов с СРК. В литературе отмечается, что, начиная уже с детского возраста, пациенты с СРК проявляли склонность к педантизму и совершенству, им более свойственны такие черты как чрезмерная совестливость и добросовестность с фиксацией на чувстве долга, а также нарциссические черты.

Другим существенным обстоятельством следует признать склонность пациентов с СРК к множественным жалобам, количество и выраженность которых выходят далеко за рамки, обусловленные наличием соматической патологии. Известно также, что значительный процент психических нарушений отмечается у пациентов еще до развития соматических жалоб, что ставит под сомнение обязательность соматогенной природы психических расстройств в качестве реакции на собственно заболевание кишечника.

Более того, к настоящему времени получены убедительные данные о том, что интенсивность болевого синдрома и выраженность диспептических проявлений у пациентов с СРК, обратившихся и не обратившихся за медицинской помощью являются сходными, что может свидетельствовать о том, что основная причина обращений к врачу заключается в особенностях психоэмоционального реагирования на заболевание.

Таким образом, видно, что связь между психостатусом и самим заболеванием существует, но на данный момент эта проблема глубоко не изучена и требуется более глубокое изучение и коррекция психостатуса.

Диагностика СРК базируется на характерной клинической картине заболевания. В 80% случаев у молодых пациентов, до 40 лет, СРК с уверенностью может быть диагностирован только на основании правильно проведенного расспроса больного, подробного сбора жалоб и анамнеза. Проведение всем пациентам таких диагностических исследований, как ирригоскопия, колоноскопия, компьютерная томография, безусловно, позволило бы с большей уверенностью исключать тяжёлые органические

заболевания, но часто требует госпитализации, а следовательно, длительного времени, больших финансовых затрат и может усилить тревожно-мнительный синдром и без того характерный для данного контингента пациентов. Поэтому есть необходимость улучшения диагностики СРК в условиях семейной поликлиники. Данные физического исследования у больных с СРК, как правило, бывают малоинформативны. Больные проявляют симптомы тревоги, имеют холодные и влажные руки. Пальпация может определить лёгкую диффузную болезненность по всему животу, умеренно спазмированные петли кишечника. Выявление увеличения размеров печени, селезёнки, лимфатических узлов и наличие скрытой крови в кале не совместимы с диагнозом СРК. Сигмоскопия выполняется большинству больных с подозрением на СРК. У больных с запорами исследование позволяет исключить обструктивные поражения, а у пациентов с диареей – исключить воспалительные заболевания кишечника и другую патологию, сопровождающуюся изменениями слизистой кишки. У пациентов с диареей с нормальной картиной слизистой, произвольно взятая биопсия может помочь исключить микроскопические формы колитов (эозинофильный, лимфоцитарный или коллагеновый) и амилоидоз. При впервые появившейся симптоматике СРК у пациентов старше 50-60 лет необходима оценка слизистой толстой кишки на всём протяжении при проведении полной колоноскопии или ирригоскопии для исключения возможности колоректального рака.

В настоящий период разработаны и активно используются в клинической практике различные психодиагностические шкалы и тесты в целях оценки состояния психической сферы у подобной категории пациентов. К наиболее часто употребляемой методикой является оценочное шкалирование реактивной и личностной тревоги по Спилбергу-Ханину. При этом у подавляющего числа пациентов с СРК выявляется повышенный уровень личностной и, в меньшей степени, реактивной тревоги. Большинство исследователей диагностирует преобладание смешанного тревожно-

депрессивного расстройства (шифр по МКБ-10 F 41.2) у больных с СРК. Депрессия, выявляемая у этих больных с частотой до 30% случаев, характеризуется широким клиническим диапазоном. При этом наряду с соматогенной, нозогенной депрессиями как следствие реакции на боль, дискомфорт в животе, нарушение стула и качество жизни в целом периодически выявляется картина эндогенной (ларвированной или маскированной) депрессии. Еще более часто выявляются дистимии – затяжные, мягкие депрессии и тревожно-депрессивные личностные расстройства, формирующиеся на фоне психологических конфликтов.

Как уже подчеркивалось ранее (20), суммируя сказанное, можно выделить следующие психопатологические синдромы, имеющие наибольшее клиническое значение у больных с СРК: тревогу, фобии, депрессии, ипохондрию. Степень выраженности и динамика указанных синдромов имеет связь с характером превалирующих нарушений моторной функции кишечника (диарея или обстипация) у больных с СРК. Так, у пациентов с СРК с преобладанием диареи в 15-50% случаев генерализованное тревожное расстройство может трансформироваться в тревожно-фобическое личностное расстройство, связанное со страхом перед появлением неопределенного позыва к дефекации в ситуации, когда его реализация является затрудненной. Другой вариант фобии у пациентов с СРК с диареей связан с опасением произвольной дефекации по типу «медвежьей болезни» во время панической атаки. Следует заметить, что канцерофобия, традиционно более свойственная больным с СРК с преобладанием запоров, в настоящее время встречается несколько реже, что некоторыми исследователями связывается с доступностью верифицирующих методов (эндоскопического и морфологического) обследования кишечника, позволяющих доказательно отвергнуть онкологический процесс.

Таким образом, использование психологических опросников и выявление нарушений в психоэмоциональной сфере способствует своевременному подключению консультации специалистов (невролога,

вегетолога, психиатра) к диагностическому и лечебному процессу. Продемонстрированная в данном исследовании приоритетная роль психоэмоциональных и вегетативных нарушений в возникновении и развитии СРК диктует изменение диагностической и лечебной тактики в отношении пациентов с СРК в условиях семейной поликлиники.

В последние годы традиционные диагностические подходы и методы наблюдения больных с синдромом раздраженного кишечника дополнились новой методикой исследования, которая заключается в оценке качества жизни пациентов, страдающих СРК.

При СРК исследование качества жизни приобретает особое значение. Это обусловлено, прежде всего, отсутствием у данного заболевания количественных морфологических, биохимических и патофизиологических маркеров. В этом случае измерение качества жизни дает четкую картину количественных изменений в различных сферах благополучия пациента. Так, например, представлены SF-36 профили качества жизни здоровых и больных, страдающих СРК. Совершенно ясно наличие выраженного в 1,5-2 раза снижения качества жизни у людей с СРК по всем шкалам. Отсюда понятен высокий интерес к показателям качества жизни как ведущим критериям, по позитивной динамике которых можно делать заключение об эффективности различных лечебных подходов и фармакологических препаратов.

Установлено, что у больных с СРК показатели качества жизни ниже, чем у пациентов с тяжелой органической патологией (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ИБС, язвенный колит, болезнь Крона и др.) (64)

СРК имеет определенные особенности, делающие важным определение качества жизни (КЖ). Во-первых, СРК страдают преимущественно молодые люди, у которых данная патология ассоциируется со стрессами, элементами социальной дезадаптации, снижением работоспособности, нарушением сна, сексуальной дисфункцией. Во-вторых, в отсутствие для СРК и других функциональных заболеваний (которые являются нефатальными) таких эпидемиологических показателей, как смертность и продолжительность

жизни, показатели качества жизни становятся важным инструментом оценки тяжести течения заболевания и индикатором эффективности терапии (59). В результате проведенных ранее исследований удалось выявить корреляционную связь между снижением качества жизни пациентов и выраженностью симптомов СРК (54), в особенности абдоминальной боли (134), а также сопутствующими СРК психологическими расстройствами (97). Пол и форма СРК, по мнению нескольких групп исследователей, не показали статистически значимых различий в анализе качества жизни пациентов (134, 97).

Таким образом, СРК имеет выраженное отрицательное влияние на качество жизни пациентов, страдающих данным заболеванием. В то же время использование измерения качества жизни является адекватным инструментом оценки состояния больных и эффективности лечения. На наш взгляд применение опросника SF-36 для определения КЖ у больных СРК является наиболее простым и информативным методом использующийся в условиях семейной поликлиники.

Проблема терапии СРК, несмотря на значительное количество публикаций по данной тематике, появившихся в последнее время и порой кажущуюся очевидность подходов к лечению по своему содержанию продолжает оставаться чрезвычайно серьезной и злободневной.

Лечение синдрома раздраженного кишечника складывается из воздействия на психоэмоциональную сферу, сбалансированного рационального питания с преобладанием продуктов, содержащих пищевые волокна, повышения физической активности и медикаментозных средств, направленных на нормализацию моторной деятельности кишечника, а также физиотерапевтических методов. Важным звеном в лечебных мероприятиях является коррекция имеющихся психовегетативных нарушений, в связи с чем больным нередко назначают гипнотерапию. Дисбиотические изменения при синдроме раздраженного кишечника чаще всего сопровождаются дефицитом бифидобактерий и увеличением популяционного уровня условно-патогенных

микроорганизмов, появлением кишечной палочки с измененными ферментативными свойствами. В связи с этим в лечебном плане наиболее эффективны пробиотики, препараты, содержащие бифидо- и лактобактерии.

Одним из основных симптомов заболевания является боль, купирование которой у многих пациентов может сопровождаться уменьшением выраженности диареи, запора, метеоризма. Для купирования болевого синдрома при СРК используются: М-холинолитики, блокаторы кальциевых каналов, антагонисты μ -опиоидных рецепторов, антагонисты 5-гидрокситриптамина (5-НТЗ, 5-НТ4), антагонисты холецистокинина.

Оптимальным считается назначение миотропных спазмолитиков — селективных блокаторов L1,2-потенциалзависимых кальциевых каналов гладкой мускулатуры кишечника (мебеверина гидрохлорид, пинавериума бромид), которые избирательно воздействуют на дистальные отделы толстого кишечника, что обеспечивает отсутствие вазодилаторного и антиаритмического эффектов, свойственных другим блокаторам кальциевых каналов. При преобладании запора дополнительно может быть назначен препарат, обладающий слабительным эффектом (лактолоза 30-60 мл/сут). По данным литературы, серотонин играет важную роль в регуляции моторных и секреторных нарушений. В связи с этим перспективным направлением в лечении СРК является применение препаратов, воздействующих на серотониновые рецепторы. Ингибитор обратного захвата серотонина: фефарин — является универсальным препаратом, он стимулирует моторную активность кишечника, снижает висцеральную гиперчувствительность, стимулирует секрецию воды и солей в просвет тонкой кишки. С целью уменьшения тревожно- фобического состояния назначался анксиолитик (Афобазол) в дозе 10 мг 3 раза в день. Афобазол как нельзя лучше подходит для комплексного лечения синдрома раздраженного кишечника. Воздействуя на специальные рецепторы внутри нервных клеток, он способствует восстановлению физиологической структуры наружных мембран нервных клеток и расположенных на них рецепторов к собственному медиатору

торможения (ГАМК), что позволяет восстановить естественные процессы торможения в центральной нервной системе и таким образом уменьшить или полностью устранить психологические и соматические проявления патологической тревоги.

Клинико-эпидемиологические исследования проводились в гастроэнтерологическом отделении 1 клиники ТМА и на базе поликлиники № 16 в период с 2011-2013гг. Обследовано 58 больных, обратившихся к гастроэнтерологу и врачу общей практики с жалобами на какие-либо симптомы СРК (поносы, запоры, боли в животе) для обследования.

Отбор больных проводился в соответствии с Римскими диагностическими критериями .

Средний возраст больных составил $41,3 \pm 3,4$ лет. Среди пациентов абсолютно преобладали женщины. Соотношение мужчин и женщин составило 1:2. Продолжительность заболевания колебалась от 3-х до 10 и более лет.

Диагноз у всех обследуемых больных устанавливался на основании анамнестических и клинико-лабораторных данных, результатов комплексного эндоскопического, рентгенологического исследований.

Психологический статус больных оценивался с использованием «Личностной шкалы проявления тревоги по Тейлору», а так же использовалась «Шкала тревоги и депрессии HADS». Болевой симптом оценивали при помощи «Визуальной аналоговой шкале (ВАШ)».

Группы больных, включенных в исследование, были рандомизированы по полу, возрасту, длительности заболевания.

В соответствии с протоколом исследования, для оценки эффективности комбинированного ведения пациентов с данной патологией, больные с диагнозом СРК были разделены на 4 группы, а так же была одна группа здоровых людей для контроля, которая составила 8 человек.

✓ 1 группа – СРК-3 (n=10) включала больных, которые получали традиционную терапию .

✓ 2 группа – СРК-З (n=11) включала больных, которые получали традиционную терапию плюс пробиотик (Бифолак –Нео) плюс антидепрессант (Феварин) плюс лактулоза (Дюфалак)

✓ 3 группа СРК-Д (n= 17) включала больных, которые получали традиционную терапию.

✓ 4 группа СРК-Д (n= 20) включала больных, которые получали традиционную терапию плюс пробиотик (Бифолак –Нео) плюс анксиолитик (Афобазол).

Традиционная терапия включала для снятия спазма и боли такие препараты как - Дюспаталин, Бускопан. Прокинетики: метоклопрамид, домперидон (Мотилиум и др.), Модуляторы (регуляторы) моторики кишечника: тримебутин (Тримедат и др.) , лоперамид. Спазмолитики - Но-шпа, Дюспаталин. Если в клинике СРК преобладают жалобы на вздутие и метеоризм - Эспумизан (основное действующее вещество — симетикон). Ферментные препараты: креон, панкреатин.

Возраст обследованных больных колебался от 18 до 65 лет, составляя в среднем в 1 группе $-40,3 \pm 3,2$, во 2 группе $-41,3 \pm 3,1$.

Нами в соответствии с поставленными целью и задачами было проведено открытое рандомизированное, проспективное научное исследование 58 больных с СРК.

Всем больным назначали общие комплексные лабораторные и инструментальные методы исследования. Диагноз СРК устанавливали на основании данных объективного осмотра и особенностей клинической картины, анамнеза, результатов микроскопического исследования кала. Диагноз СРК был установлен согласно Римским критериям III (2006 г.) При необходимости была проведена ректоскопия и рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта.

Для выявления сопутствующей гастродуоденальной патологии больным, по необходимости была проведена ЭГДФС, при необходимости ректоскопия и рентгеноскопия ЖКТ.

По данным литературы существует множество методик определения психологического состояния у больных с СРК. Было отобрано несколько методик на наш взгляд удобных в использование и в дальнейшем их применение в практике семейного врача.

Для первоначального определения у больных СРК депрессии или тревоги мы использовали «Шкала тревоги и депрессии (HADS)». Шкала разработана А. S. Zigmond и R. P. Snaithe в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общесоматической практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии.

Для более детальной квалификации состояния и отслеживания его дальнейшей динамики использовалась более чувствительная клиническая шкала - Личностная шкала проявлений тревоги(J.Teylor) . Опросник предложен J.Teylor и предназначен для измерения уровня тревожности. Адаптирован Немчиным Т.А..

Анализ заболеваемости по половому признаку показал, что среди пациентов в основном преобладали лица женского пола, так в 1 и 2 группах они составили 14 (66,6 %) из общего количества больных, а мужчин среди обследованных было - 7 , что составило 33,3 %. В 3 и 4 группах количество лиц женского пола составило- 22 (59,5 %), лиц мужского пола среди обследованных было - 15 , что составило 40,5 % соответственно.

В клинической картине больных СРК с преобладанием диареи тревожно-фобические расстройства наблюдались у 3 обследованных лиц (8,1%), в то же время в этой группе обследованных депрессивные

расстройства отмечены у 13 больных, что составило 35,1%. Ипохондрическое развитие и истероипохондрические расстройства встречались соответственно у 5,4 % и 9,5% больных.

Таким образом, по данным тестирования видно ,что у больных с СРК-З больше проявлений депрессий (76,2%), а у больных СРК-Д больше встречается тревожные состояния(83,8%).

Таким образом, анализ результатов тестирования по шкале Тейлора показал, что очень высокий уровень тревоги(21,6 %) и высокий уровень тревоги(29,7 %) встречается у больных с СРК –Д.

Эффект от лечения определяется улучшением психосоциального состояния и качества жизни больного

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амелин А.В. Клиническая фармакология Мебеверина (Дюспатолина) и его роль в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта / А.В. Амелин // Клиническая фармакология и терапия.-2001.-№1,-С. 30-33.
2. Ардатская М.Д. Дисбактериоз кишечника // *Materia Medica*. — 2003. — № 2–3.
3. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение // *Consilium medicum*. — 2002. — Т. 4, № 9.
4. Функциональное состояние прямой кишки и лечебная тактика при хроническом колостазе / Ю.В. Балтайтис, А.Я. Яремчук, С.Е. Радолицкий и др. // *Клин, медицина*.-1993.-№3.-С. 43-44.
5. Барсукова И.М. Морфо-функциональное состояние толстой кишки при запорах у детей / И.М. Барсукова // *Дисс. . канд. мед. наук*.-СПб, 2000.- 224 с.
6. Бельмер С.В. Рациональная терапия дисбактериоза кишечника у детей / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина // *Клин.медицина*.-1998.-№10.-С. 35-38.
7. Беул Е.А. Дисбактериозы кишечника и их клиническое значение / Е.А. Беул, И.Б. Куваева // *Там же*.-1986.-№ 11.-С. 37-44.
8. Дисбиоз: современные возможности профилактики и лечения / В.М. Бондаренко, В.Ф. Учайкин, А.О. Мурашова и др.-М.: Партнер, 1995.-20 с.
9. Ванчакова Н.П. Патоморфоз невротических расстройств / Н.П. Ванчакова//*Новые СПб врачебные ведомости*.-2000.-№2.-С. 40-44.
10. Ванчакова Н.П. Социальные фобии и агрофобии в клинике хронических соматических заболеваний / Н.П. Ванчакова // *Там же*.-1999.-№2.-С. 42-45.
11. Василенко В.В. Дисбактериоз синдром раздраженного кишечника: эссе-анализ проблемы /В.В. Василенко // *Рос.журн. гаст-роэнтерол., гепатол, колопроктол*.-2000.-т. 10.-№ 6.-С. 10-13.

12. Клиническое значение дискоординации двигательной активности ободочной кишки при дивертикулярной болезни / Г.И. Воробьев, К.Н. Саламов, С.И. Ачкасов и др. // Там же.-2000.-т. Ю.-№ 4.-С. 77-83.

13. Гастроэнтерология. Ч. 3. Толстая кишка: Пер. с англ. / Под ред. Дж. Александера-Вильямса, Х.Дж. Биндераю.-2-е издание.-М.: Медицина, 1998.-320 с.

14. Отдаленные результаты лечения больных синдромом раздраженной толстой кишки / К.С. Гарбузьян, К.А. Саркисян, Н.Л. Григорян и др. //Клин, медицина.-1994.-№ 1.-С. 47-48.

15. Герман С.В. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: мифы и реальность / С.В. Герман // Рос.журн. гастроэнтерол., гепатол, колопроктол.-2000.-т. Ю.-№ 1.-С. 66-73.

16. Грачева Н.М., Леонтьева Н.И., Щербаков И.Т., Партин О.С. Хилак форте в комплексном лечении больных острыми кишечными инфекциями и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта с явлениями дисбактериоза кишечника // Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Приложение). — 2004. — Т. 6, № 1. — С. 18-21.

17. Григорьев А.В. Желудочно-кишечный тракт как среда обитания бактерий. Раздел 1. Морфология желудочно-кишечного бактериального биотопа. — Москва; Киев, 2004. — 95 с.

18. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения болезней органов пищеварения (утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 125 от 17.04.98) / П.Я. Григорьев, В.Т. Ивашкин, Ф.И. Комаров и др.-М., 1998.-40 с.

19. Синдром раздраженного кишечника: современные аспекты диагностики и лечения / Т.Д. Звягинцева, А.И.Чернобай, И.И. Шаргород и др. — Харьков, 2007. — 59 с.

19. Григорьев П.Я. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. Руководство / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко.-СПб.: Со-тис, 1997.-520 с.

20. Синдром раздраженного кишечника (клиника, диагностика, лечение) / В.Б. Гриневич, В.И. Симаненко, Ю.П. Успенский и др.-СПб: Военно-медицинская академия, 2000.-59 с.
21. Губачев Ю.М. Психические расстройства в практике семейного врача/Ю.М. Губачев, В.В. Макиенко.-СПб.-1998.-64 с.
22. Денисов Н.Л. Когда правомочен диагноз хронического колита / Н.Л. Денисов // Там же.-М., 1998.-Т. 5.-С. 120.
23. Дубинин А.В. Отруби в лечении синдрома раздраженной толстой кишки / А.В. Дубинин, А.В. Кабанов, Б.В. Киркин // Вопр. пита-ния.-1987.-№ 1.-С. 13-16.
24. Дубницкая Э.Б. Значимость правильной диагностики и лечения депрессий в общемедицинской практике / Э.Б. Дубницкая // Тер.арх.-1997.-№ 5.-С. 84-85.
25. Дзяк Г.В., Залевський В.І., Степанов Ю.М. Функціональні захворювання кишечника. — Дніпропетровськ: ПП «Ліра ЛТД», 2004. — 200 с.
25. Дунаевский В.В. Нужна ли нам психосоматическая медицина? / В.В. Дунаевский // Новые СПб.врачебные ведомости.-1998.-№ 2.-С. 46-47.
26. Златкина А.Р. Синдром раздраженного кишечника / А.Р. Златкина // Росс.журн. гастроэнтерол., гепатол., колонопроктол.-2000.-Т. 10.-С. 13-17.
27. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки. Практическое руководство для врачей / В.Т. Ивашкин.-М.: РГА, 1999.-28 с.
28. Каминский Л.С. Статистическая обработка лабораторных и клинических данных / Л.С. Каминский.-Л.: Медицина, 1964.-252 с.
29. Этиология, патогенез, клиника и принципы лечения синдрома избыточного газообразования в кишечнике / А.В. Калинин, А.Р.
30. Златкина, Е.А. Белоусова и др. // Росс.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-2000.-Т. 10.-№ 2.-С. 63-66.

31. Канарейкин К.Ф. О соматических расстройствах при психопатиях / К.Ф. Канарейкин, В.Т. Бахуров, Л.С. Манвелов // Клиническая медицина. 1992.-№ 7.-С. 12-15.
32. Карпов О.И. Антидиарейные средства в лечении синдрома раздраженной кишки / О.И. Карпов, А.А. Зайцев // Terra Medica.-1998.-№ 1.-С. 10-12.
33. Кщкуева О.В. Хронические запоры / О.В. Кщкуева, С. Кумар // Росс, журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. Приложение №5. Матер. IV Росс, гастроэнтерол. недели, 14-20 ноябрь 1998.-М., 1998.-Т. 5.-№ 5.-С. 121-122.
34. Органые неврозы как психосоматическая проблема / Д.Б. Колесников, А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин и др. // Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова.-2000.-№ 12.-С. 4-12.
35. Лечение сульпиридом больных с синдромом раздраженной толстой кишки / Ф.И. Комаров, С.И. Рапопорт, С.В. Иванов и др. // Клиническая медицина.-2000.-№ 7.-С. 22-26.
36. Костенко М.Б. Механизмы развития СРК / М.Б. Костенко // Росс, журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. Приложение №5. Матер. VI Росс, гастроэнтерол. недели, 23-27 октября 2000.-М.-1998.-Т. 10.-№ 5.-С. 54.
37. Крылов В.И. Депрессии в общей медицинской практике: клиника, диагностика, терапия / В.И. Крылов // Новые СПб. медицинские ведомости.-1999.-№ 4.-С.35-39.
38. Крылов А.А. Неврозы в современной клинике внутренних болезней / А.А. Крылов, Г.С. Крылова // Клиническая медицина.-1998.-№ 9.-С. 60-63.
39. Экстраинтестинальные нарушения при заболеваниях кишечника / В.Н. Куница, С.Н. Крутиков, Сайди Рауф и др. // Росс, гастроэнтерол. журнал.-1997.-№ 4.-С. 114.
40. Крякунов К.Н. Диагностика хронического запора / К.Н. Крякунов // СПб врач, ведомости.-1994.-№ 3.-С.51-57.

41. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник / В.В. Меньшиков, Л.Н. Делекторская, Р.П. Золотницкая и др.; Под ред. В.В. Меньшикова.-М.: Медицина, 1987.-368 с.
42. Ультразвуковые изменения слизистой оболочки толстой кишки при синдроме раздраженного кишечника / А.Г. Логинов, В.Б. Потапова, А.И. Парфенов и др. // Росс.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-1996.-Т. 6.-№ 2.-С. 78-81.
43. Лычковский Р.М. Синдром раздраженной толстой кишки / Р.М. Лычковский//Клин, медицина.-1982.-№ 10.-С. 49-52.
44. Маев И.В. Синдром раздраженного кишечника / И.В. Маев, С.В. Черемушкин, Е.Г. Лебедева // Росс.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-2000.-Т. Ю.-№ 5.-С. 70-75.
45. Максимова Л.В. Цитологическая диагностика опухолевых и воспалительных заболеваний толстой кишки / Л.В. Максимова.-М.: Медицина.-1993.-125 с.
46. Мансуров Х.Х. Хронические запоры / Х.Х. Мансуров // Проблемы гастроэнтерол.-1999.-№ 1-2 (19).-С. 46-50.
47. Нарушения функции кишечника / Ц.Г. Масевич, В.А. Колосков, Т.В. Решетова и др. // Международные мед.обзоры.-1993.-№ 5.-С. 403-407.
48. Махнев М.В. Характер, частота, специфичность и длительность сохранения изменений в различных отделах желудочно-кишечного тракта при иерсиниозах / М.В. Махнев // Тер.архив. -19? .-№ 11.-С. 12-17.
49. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2-х томах / М.Д. Машковский.-М.: Медицина,-1998.-Т. 1.-624 с.; Т. 2.-575с.
50. Михайлова В. Г., 2002
51. Минушкин О.Н. Возможности современной фармакотерапии в восстановлении регуляции нарушений моторики кишечника / О.Н. Минушкин // Росс.журн. гастроэнтерол., гепатол., коло-проктол.-2000.-Т. 10.-№ 4.-С. 39-44.

52. Дисбактериоз у больных с толстокишечным стазом / С.Н. Наврузов, Т.К. Корнеева, Т.Н. Воробьев и др. // Клиническая медицина.-1988.-№ 2.-С. 106-109.
53. Наврузов С.Н. Классификация хронических колостазов и их лечение / С.Н. Наврузов // Хирургия.-1987.-№ 3.-С. 55-58.
54. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб.: ЭЛБИ, 1999. — 140 с.
55. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002. — 320 с.
56. Ногаллер А.М. Клиника, диагностика и лечение дискинезии толстой кишки и хронических неязвенных колитов / А.М. Ногаллер // Там же.-1983.-№ 4.-С. 43-48.
57. Пайков В.А. Хронические энтериты и колиты у детей / В.А. Пайков.-СПб.: Яблочко СО, 1998.-224 с.
58. Пальцев А.И. Синдром раздраженного кишечника. Вопросы клиники, диагностики и комплексной терапии / А.И. Пальцев, А.А. Жуков // Новые СПб.врачебные ведомости.-1999.-№ 3.-С. 24-28.
59. Парфенов А.И., Ручкина И.Н. Распространенность заболеваний толстой кишки среди рабочих и служащих промышленных предприятий // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1993. — Т. 2, № 3. — Р. 58-62.
60. Антибактериальная терапия при синдроме раздраженного кишечника / А.И. Парфенов, И.Н. Ручкина, Н.И. Екисенина и др. // Там же.-1996.-№ 5.-С. 41-43.
61. Пелешук А.П. Патогенез и лечение запоров / А.П. Пелешук // Там же.-1994.-№ 2.-С. 59-63.
62. Пелешук А.П. Функциональные заболевания пищеварительной системы / А.П. Пелешук, А.М. Ногаллер, Е.Н. Ревенок.-Киев: Здоровья, 1985.-200 с.

63. Плетнева Н.Г. Диагностические возможности копрограммы / Н.Г. Плетнева, В.И. Лещенко // Росс.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-1998.-Т. 8.-№ 6.-С. 26-30.

64. Полуэктова, Е.А. Синдром раздраженного кишечника — от патогенеза к лечению / Е.А. Полуэктова // Южно — Российский медицинский журнал.- 2004 №4 - С.39-43.].

65. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П., Михайлов В.И., Мостовой С.М. Использование психотерапии при эмоциональных и вегетативных нарушениях. // Материалы Международного конгресса «Здравница-2005». М., 2005, С. 179-180.

66. Романов П.А. Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки / П.А. Романов.-М.: Медицина, 1987.-192 с.

67. Разумов А.Н., Пономаренко В.А., Пискунов В.А. Здоровье здорового человека. М., 1996.

68. Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. В.С. Савельева, В.М. Буянова, Г.И. Лукомского.-М.: Медицина.-1985.-543 с.

69. Рысс Е.С. Антибиотики в гастроэнтерологии / Е.С. Рысс // Практика современной антибактериальной терапии внебольничных и госпитальных инфекций. Матер, конф. 22 апреля 2000 г.-СПб.-2000.-С.42-50.

70. Рысс Е.С. Синдром раздраженной кишки / Е.С. Рысс // Клин, медицина.- 1986.-№ 5.-С. 28-35.

71. Рысс Е.С. Синдром раздраженного кишечника / Е.С. Рысс // Новые СПб.врачебные ведомости.-1998.-№ 4.-С. 40-42.

72. Рысс Е.С. Синдром раздраженного кишечника. Лекция 2 / Е.С. Рысс // Новые СПб.врачебные ведомости.-1999.-№ 1.-С. 38-41.

73. Саакян А.Г. Диагностика и терапия двигательных, ферментативных и морфологических изменений кишечника / А.Г. Саакян.-М., 1968. ?

74. Савицкая К.И. Нарушения микроэкологии желудочно-кишечного тракта и хронические болезни кишечника / К.И. Савицкая // Terra Medica.-1998.-№ 2.-С. 13-15.
75. Салупере В. Клиническая гастроэнтерология / В. Салупере.-Таллин: Валгус, 1998.-288 с.
76. Саркисов Д.С. Следует, наконец, отказаться от понятий «функциональная болезнь», «функциональная патология» / Д.С. Саркисов // Клин, медицина.-1998.-№ 3.
77. Кишечный дисбактериоз у больных с функциональными и воспалительными заболеваниями толстой кишки / Б.Г. Саркисян, С.С. Агамаян, Д.И. Элоян и др. // Там же.-1989.-№ 2.-С. 123-125.
78. Саркисян К.А. Дифференциально-диагностические критерии в тактике лечения синдрома раздраженной толстой кишки / К.А. Саркисян.-Ереван, 1994.-30 с.
79. Сафонова С.А. Хилак-форте новый подход к терапии кишечного дисбактериоза / С.А. Сафонова, Ю.К. Калоев, Н.Г. Федотова // Росс, гастроэнтерол. журн.-1997.-№ 4.-С. 122.
80. Силивончик Н.Н. Синдром раздраженной кишки / Н.Н. Силивончик // Здравоохран. Беларуси.-1995.-№ 3.-С. 37-39.
81. Симаненков В.И. Психотропные средства в общесоматической практике (часть 1) / В.И. Симаненков, Ю.М. Губачев // Новые СПб.врачебные ведомости.-1997.-№ 2.-С. 41-48.
82. Симаненков В.И. Психотропные средства в общесоматической практике (часть 2) / В.И. Симаненков, Ю.М. Губачев // Новые СПб.врачебные ведомости.-1998.-№ 2.-С. 39-45.
83. Ткачев А.В. Клинико-функциональные изменения желудка и двенадцатиперстной кишки при синдроме раздраженного кишечника / А.В. Ткачев, А.М. Бабиев // Росс, гастроэнтерол. журн.-1997.-№4.-С. 124.

84. Психо- и соматические взаимоотношения у больных с функциональными нарушениями толстой кишки / Щ.В. Фисенко, В.А. Махов, Е.С. Матвеева и др. // Клиническая медицина.-1991.-№ 11.-С. 64-67.

85. Фролькис А.В. Заболевания желудочно-кишечного тракта и наследственность / А.В. Фролькис.-СПб.: Специальная литература, 1995.-285 с.

86. Филимонов Р.М. Гастродуоденальная патология и проблемы восстановительного лечения.-С. 69-72.

87. Хаммад Е.В. Анализ причин хронических запоров, результаты лечения / Е.В. Хаммад, Г.А. Григорьева // Росс.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-2000.-Т. 10.-№ 4.-С. 84-87.

88. Циммерман Я.С. О сущности понятия «дисбактериоз (дисбиоз) кишечника» и правомерности использования этого термина /Я.С. Циммерман//Там же.-2000.-Т. Ю.-№ 1.-С. 81-84.

89. Шептулин А.А. Синдром диареи в практике врача интерниста / А.А. Шептулин // Клиническая медицина.-1998.-№ 11.-С. 54-58.

90. Шептулин А.А. Синдром раздраженного кишечника: современные представления о патогенезе, диагностике, лечении / А.А. Шептулин,-1997.-№ 9.-С. 26-29.

91. Шептулин А.А. Синдром раздраженной кишки: современные представления о патогенезе, клинике, диагностике, лечении / А.А. Шептулин // Росс.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-1997.-№ 5,-С. 88-90.

92. Эседов Э.М. Гистоморфологическая и гистохимическая характеристика слизистой оболочки толстой кишки при колоректальной дискинезии / Э.М. Эседов // Тер.архив.-1983.-№ 2.-С. 94-100.

93. Эттингер А.П. Основы регуляции электрической и двигательной активности желудочно-кишечного тракта / А.П. Эттингер // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-1998.-№ 4.-С. 13-17.

94. Яковлев А.А. Опыт применения салозинал "Pro. Vtd. CS Praga" в терапии синдрома раздраженного кишечника / А.А. Яковлев, Г.Н. Тарасова, О.Н. Веселова//Росс, гастроэнтерол. журн.-1997.-№ 4.-С. 126-127.

95. Accorino A.M. Selective dysfunction of mechanosensitive intestinal afferents in irritable bowel syndrome / A.M. Accorino, F. Azpiroz, J.R. Malagelada // Gastroenterology.-1995.-Vol. 108.- P. 636-643.

96. Predominant symptoms in irritable syndrome correlate with specific autonomic nervous system abnormalities / A. Aggarwal, T.F. Cutts, T.L. Abel et al // Gastroenterology.-1994,-Vol. 106.-P. 945-950.

97. Amouretti M., Le Pen C., Gaudi A.F. et al. Impact of irritable bowel syndrome (IBS) on health-related quality of life (HRQOL) // Gastroenterol. Clin. Biol. — 2006. — Vol. 30(2). — P. 241-246.

98. Berrada D. New approaches to the medical treatment of irritable bowel syndrome / D. Berrada, K. Canenguez, T. Lembo // Curr. Gastroenterol.Rep.-2003.-Vol. 5.-P. 337-42.

99. Birrer R.B. Irritable bowel syndrome / R.B. Birrer // Dis Mon.-2002.-Vol.48.-P. 105-43.

100. Collagenous colitis versus inflammation of collagenous type as nosologic entity versus reaction form / B. Boda, A. Takats, G. Gero et al // Gut.-1996.-Vol. 39.-P. 31.

101. Borum M.L. Physician perception of IBS management in women and men. PMID: 11854969 PubMed indexed for MEDLINE.

102. Outcome measures in irritable bowel syndrome: comparison of psychometric and methodological characteristics / C.J. Bijkerk, N.J. de Wit, J.W. Muris et al // Am. J. Gastroenterol.-2003.-Vol. 98.-P. 122-7.

103. Bubenik G.A. Localization, physiological significance and possible clinical implication of gastrointestinal melatonin / G.A. Bubenik // Biol. Signals Recept.-2001.-Vol. 10.-P. 350-66.

104. Camilleri M. Review article: irritable bowel syndrome / M. Camilleri, M.G. Choi // Aliment Pharmacol. Ther.-1997.-Vol. 11.-P.3-15.

105. Camilleri M. Pathophysiology in irritable bowel syndrome / M. Camilleri // *DrugNews Perspect.*-2001.-Vol. 14.-P. 268-78.
106. Immunohistochemical study of intestinal eosinophils in inflammatory bowel disease / A.T. Carvalho, C.C. Elia, H.S. de Souza et al // *J. Clin. Gastroenterol.*-2003.-Vol. 36.-P. 120-5.
107. Colonic and extra-colonic symptoms of 1032 patients with irritable bowel syndrome / O. Chasany, H. Blondon, M. Billardon et al // *Gut.*-1996.-Vol. 39.-Suppl. 3.-P. -A32.
108. Descriptive study of quality of life in 1032 patients with irritable bowel syndrome / O. Chasany, J.F. Bergmann, M. Billardon et al // *Gut.*-1996.-Vol. 39.-Suppl. 3.-P. -A32.
109. Clouse R.E. Antidepressants for irritable bowel syndrome / R.E. Clouse // *Gut.*-2003.-Vol. 52.-Suppl. 4.-P. 598-9.
110. Effects of an irritable bowel syndrome educational class on health-promoting behaviors and symptoms / L.J. Colwell, C.M. Prather, S.F. Philips et al // *Am. J. Gastroenterol.* 1998. - Vol.93. - P.901-905.
111. Craig T. Chronic fatigue syndrome: evaluation and treatment / T. Craig, S. Kakumanu // *Am. Fam. Physician.*-2002.-Vol. 66.-Suppl. 10.-P. 1838-9.
112. Functional bowel disorders in women with dysmenorrhea / M.D. Crowell, N.H. Dubin, J.C. Robinson et al // *Am. J. Gastroenterol.*-1994.-Vol. 89.-P. 1973-7.
113. Diseases of the colon, rectum and anal canal / Edited by J.B. Kirsner, R.G. Shorter-Baltimore.-Williams & Wilkins.-1998.-724 p.
114. Bowel patterns among subjects not seeking health care / D.A. Drossman, R.S. Sandler, D.C. McKee et al // *Gastroenterology.*-1982.-Vol. 83.-P. 529-31.
115. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process / D.A. Drossman // *Gut.*-1999.-Vol. 45.-Suppl. 2.-P.

116. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders / D.A. Drossman, F.H. Creed, K.W. Olden et al // Gut.-1999.-Vol. 45.-Suppl. 2.-P. 1125-30.
117. Functional digestive disorders and the relationship with psychiatric diseases / V.L. Drug, F. Costea, A.D. Ciochina et al // Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi.-2002.-Vol. 107.-Suppl. 2.-P. 307-10.
118. Prevalence of gastrointestinal diseases in two British national birth cohorts / A.G. Ehlin, S.M. Montgomery, A. Ekblom et al // Gut.-2003.-Vol. 52.-Suppl. 8.-P. 1117-21.
119. Farting M.J. New drugs in the management of the irritable bowel syndrome /M.J. Farting//Drugs.-1998.-Vol. 56.-P. 11-21.
120. The symptomatic effect of cisapride in patients with irritable bowel syndrome and constipation / P.G. Farup, N. Hovdenak, S. Wetters et al // Scand. J. Gastroenterol.-1998.-Vol. 33.-P. 128-31.
121. Fliegner-Baia M. How extensively should irritable bowel syndrome be investigated? Expensive bowel sounds in the abdomen / M. Fliegner-Baia, J.Keller, P. Layer // MMW Fortschr. Med.-2002.-Vol. 144.-Suppl. 42.-P. 28-33.
122. Floch M.H. Probiotics, irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease / M.H. Floch // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.-2003.-Vol. 15.-Suppl. 6.-P. 679-96.
123. Foxx-Orenstein A.E. Irritable bowel syndrome in women: the physician-patient relationship evolving / A.E. Foxx-Orenstein, J.C. Clarida //J. Am. Osteopath. Assoc.-2001.-Vol. 101.-Suppl. 12.-Pt. 2.-S. 12-6.
124. Sexual dysfunction in patients with irritable bowel syndrome and non-ulcer dyspepsia / R. Fass, S. Fullerton, B. Naliboff et al // Digestion.-1998.-Vol. 59.-P. 79-85.
125. FondM. J, 1986, CombononeJ., 1995
126. Fuller R. Modification of the intestinal microflora using probiotics and prebiotics / R. Fuller, G.R. Gibson // Scand. J. Gastroenterol.-1997.-Vol. 32.-Suppl. 222.-P. 28-31.

127. Galati J.S. Response to intraluminal gas in irritable bowel syndrome. Motility versus perception / J.S. Galati, D.P. McKee, E.M. Quigley // *Dig. Dis. Sci.*-1995.-Vol. 40.-P. 1381-7.
128. Garcia Islas P. The patient with irritable bowel syndrome.A difficult patient? / P. Garcia Islas, D. Bustos Fernandez // *Acta. Gastroenterol.Latinoam.*-2001.-Vol. 31,-Suppl. 4.-P. 339-50.
129. Gershon M.D. Serotonin and its implication for the management of irritable bowel syndrome / M.D. Gershon // *Rev. Gastroenterol. Dis-ord.*-2003.-Vol. 3.-Suppl. 2.-P. 25-34.
130. Constipation assessed on the basis of colorectal physiology / A. Glin, G. Lindberg, L.H. Nilsson et al // *Scand. J. Gastroenterol.*-1998.-Vol. 33.-P. 1273-9.
131. Outpatients with irritable bowel syndrome: a comparison of first time and chronic attenders / E.A. Guthrie, F.H. Creed, P.J. Whorwell et al // *Gut.*-1992.-Vol. 33.-P. 361-3.
132. The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction / R.A. Gwee, Y.L. Leong, S.M. McKendrick et al // *Gut.*-1999.-Vol. 44.-P. 400-6.
133. Collagenous colitis: Pathogenesis and management / I.A. Hallaby, P.C. Rantis, A.M. Vernava et al // *Dis. Colon. Rectum.*-1996.-Vol. 39.-P. 573-8.
134. Hahn B.A., Yan S., Strassels S. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom // *Digestion.* — 1999. — Vol. 60. — P. 77-81.
135. Harvey R.F. Prognosis in the irritable bowel syndrome: a 5-years prospective study / R.F. Harvey, A.M. Brown, E.C. Mauad // *Lancet.*-1987.-Vol. 1.-P. 963-5.
136. Hasler W.L. The irritable bowel syndrome during pregnancy / W.L. Hasler // *Gastroenterol. Clin. North Am.*~2003.-Vol. 32.-Suppl. 1.-P. 385-406

137. Heaton K.W. Bowel Function and irritable bowel symptoms after hysterectomy and cholecystectomy a population based study / K.W. Heaton, D. Parker, H. Cripps // Gut.-1993.-Vol. 34.-P. 1108-11.

138. Evidence for autonomic nervous system imbalance in women with irritable bowel syndrome / M. Heitkemper, R.L. Burr, M. Jarrett et al // Dig. Dis. Sci.-1998.-Vol. 43.-P. 2093-8.

139. Symptoms across the menstrual cycle in women with irritable bowel syndrome / M.M. Heitkemper, K.C. Cain, M.E. Jarrett et al // Am. J. Gastroenterol.-2003.-Vol. 98.-Suppl. 2.-P. 420-30.

140. Heitkemper M. Irritable bowel syndrome: causes and treatment / M. Heitkemper, M. Jarrett // Gastroenterol. Nurs.-2000.-Vol. 23.-Suppl. 6.-P. 256-63.

141. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects / A.P. Hungin, P.J. Whorwell, J. Tack et al // Aliment. Pharmacol. Ther.-2003.-Vol. 17.-Suppl. 5.-P. 643-50.

142. Post-traveler's diarrhea irritable bowel syndrome: a prospective study / A. Ilnyckyj, B. Balachandra, L. Elliott et al // Am. J. Gastroenterol. -2003.-Vol. 98.-Suppl. 3.-P. 596-9.

143. Jackson B.K. Are collagenous colitis and lymphocytic colitis distinct syndromes? / B.K. Jackson//Dig. Dis.-1995.-Vol. 13.-P. 301-11.

144. Лечение функциональных желудочно-кишечных расстройств с помощью антидепрессантов: мета-анализ / J.L. Jackson, P.G. O'Malley, E. Balden et al // Gastroenterol. Hepatol.-2000.-№ 2.-С. 13.

145. Janssen H.A.M. The clinical course and prognostic determinants of the irritable bowel syndrome: a literature review / H.A.M. Janssen,

146. J.W. Muris, J.A. Knotterus // Scand. J. Gastroenterol.-1998.-Vol. 33.-P. 561-7.

147. Kane S.V. The menstrual cycle and its effect on inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome: a prevalence study / S.V. Kane, K. Sable, S.B. Hanauer // Am. J. Gastroenterol.-1998.-Vol. 93.-P. 1867-72.

148. Kay L. Epidemiology of upper dyspepsia in a random population. Prevalence, incidence, natural history and risk factors / L. Kay, T. Jorgensen// Scand. J. Gastroenterol.-1994.-Vol. 29.-P. 1-7.

149. Principles of applied neurogastroenterology: physiology and motility-sensation / J.T. Kellow, M. Delvaux, F. Azpiroz et al // Gut.-1999.-Vol. 45.-Suppl. 2.-P. 1117-24.

150. Irritable bowel syndrome, gastro-esophageal reflux, and bronchial hyper-responsiveness in the general population / T.M. Kennedy, R.H. Jones, A.P.S. Hungin et al // Gut.-1998.-Vol.-43.-P. 770-4.

151. King T.S. Abnormal colonic fermentation in irritable bowel syndrome / T.S. King, M. Elia, J.O. Hunter // Lancet.-1998.-Vol. 352.-P. 1187-9.

152. Epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Europe and North America / W.A. Klein, F. Pace, L. Rodrigo et al // Digestion.-2001.-Vol. 64.-Suppl. 3.-P. 200-4.

153. Knowles J.B. Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment. In: Evidence based Gastroenterology and Hepatology / J.B. Knowles,

154. D.A. Drossman // Edited by J. McDonald, A. Burnoughs, B. Hagan.- London: BMJ Books, 1999.-P. 241-60.

155. The favre system for anorectal manometry: comparison with other manometry systems in vitro and in healthy volunteers / M.E. Kreis,

156. E.C. Jenle, M.J. Starlinger et al // Scand. J. Gastroenterol.-1997.-Vol. 32.-P.888-93.

157. Kurup R.K. Hypothalamic digoxin, cerebral chemical dominance, and regulation of gastrointestinal/hepatic function / R.K. Kurup, P.A. Kurup// Behav.Med.-2003.-Vol. 26,-Suppl. 1.-P.1-18.

158. Lactobacillus acidophilus эффективны при абдоминальной боли // Nature Medicine. — 2007.

159. Lea R. New insights into the psychosocial aspects of irritable bowel syndrome / R. Lea, P.J. Whorwell // Curr. Gastroenterol.Rep.-2003.-Vol. 5.-Suppl. 4.-P. 343-50.

160. Gut-focused hypnotherapy normalizes disordered rectal sensitivity in patients with irritable bowel syndrome / R. Lea, L.A. Houghton, E.L. Calvert et al // *Aliment Pharmacol. Ther.*-2003.-Vol. 17.-Suppl. 5.-P. 635-42.

161. Abnormal vagal cholinergic function and psychological behaviors in irritable bowel syndrome patients: a hospital-based oriental study // C.T. Lee, T.Y. Chuang, C.L. Lu et al // *Dig. Dis. Sci.*-1998.-Vol. 43,-P. 1794-9.

162. Symptom duration in patients with irritable bowel syndrome / T. Lembo, S. Fullerton, D. Diehl et al // *Am. J. Gastroenterol.*-1994,-Vol. 91.-P. 898-905.

163. Evidence for the hypersensitivity of lumbar splanchnic afferents in irritable bowel syndrome / T. Lembo, J. Munacata, H. Mertz et al // *Gastroenterol.*-1994.-Vol. 107.-P. 1686-96.

164. Inthacolononic injection of glycerol: a model for abdominal pain in irritable bowel syndrome? / D. Louvel, M. Delvaux, G. Staumont et al // *Gastroenterol.*- 1996.-Vol. 110.-P. 351-61.

165. Lule G.N. Irritable bowel syndrome in Kenyans / G.N. Lule, E.O. Amayo // *East Afr. Med. J.*-2002.-Vol. 79.-Suppl. 7.-P. 360-3.

166. Is rectal-biopsy necessary in irritable bowel syndrome? / D.G. Macintosh, W.G. Tompson, R. Barr et al // *Am.J.Gastroenterol.*-1992.-Vol.87.-P. 1407-9.

167. Towards positive diagnosis of the irritable bowel / A.P. Manning, W.G. Tompson, K.W. Heaton et al // *Brit. Med. J.*-1978.-Vol. 2.-P. 635-54.

168. Massironi S. Should patients with IBS be submitted to painful rectal distention in clinical practice? / S. Massironi, G. Basilisco // *Gastroenterol.*-2003.-Vol. 124.-Suppl. 3.-P. 863.

169. Altered rectal perception is a biological marker of patients with irritable bowel syndrome / H. Mertz, B. Naliboff, J. Munakata et al // *Gastroenterol.*-1995.-Vol. 109.-P. 40-52.

170. Milla P J. Irritable bowel syndrome in childhood / P J. Milla // *Gastroenterol.*-2001.-Vol. 121,-Suppl. 6.-P. 1527-8.

171. Effects of erythromycin in idiopathic intestinal pseudo-obstruction / T. Minami, H. Nishibayashi, Y. Shinomura et al // *J. Gastroenterol.*-1996.-Vol. 31.-P. 855-9.
172. Evidence of denetic contribution to functional bowel disorder / A. Morris-Yates, N.J. Palley, P.M. Boyce et al // *Am. J. Gastroenterol.*-1998.-Vol. 93.-P. 1311-7.
173. Sex-related differences in IBS patients: Central processing of visceral stimuli / B.D. Naliboff, S. Berman, L. Chang et al // *Gastroenterol.*-2003.-Vol. 124,-Suppl. 7.-P. 1738-47.
174. Effects of cisapride on symptoms and postcibal small-bowell motor function in patients with irritable bowel syndrome / N. Noor, P.K. Small, M.A. Loundon et al // *Scand. J. Gastroenterol.*-1998.-Vol. 33.-P. 605-11.
175. Impaired quality of life in irritable bowel syndrome as compared to inflammatory bowel disease / M. O'Sullivan, M. Mamhud, E. Lovett et al // *Gut.*-1996.-Vol. 39.-Suppl. 3.-P. -A32.
176. Therapy of irritable bowel syndrome an overview / F. Pace, G. Coremans, M. Dapoigny et al // *Digestion.*-1995.-Vol. 56.-P. 433-42.
177. Pan G. A study on the symptoms and diagnostic criteria of irritable bowel syndrome in Chinese / G. Pan, S. Lu, S. Han // *Zhonghua. Nei.Ke.Za.Zhi.*-1999.-Vol. 38,-Suppl. 2.-P. 81-4.
178. Is irritable bowel syndrome more common in patients presenting with bacterial gastroenteritis? A community-based, case-control study / S.D. Parry, R. Stansfield, D. Jelley et al // *Am. J. Gastroenterol.*-2003.-Vol. 98.-Suppl. 2.-P. 238-41.
179. Parry S.D. Irritable bowel syndrome in primary care: the patients' and doctors' views on symptoms, etiology and management / S.D. Parry, R. Stansfield, A.M. Jelley // *Am. J. Gastroenterol.*-2003.-Vol. 98.-Suppl. 2.-P. 238-41.
180. Quality of life in with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure / D.L. Patrick, D.A. Drossmann, I.O. Frederick et al // *Dig. Dis. Sci.*-1998.-Vol. 43.-P. 400-11.

181. Pitler M.H. Peppermint oil for irritable bowel syndrome: a critical review and metaanalysis / M.H. Pitler, E. Ernst // *Am. J. Gastroenterol.*-1998.-Vol. 93.-P. 1131-5.
182. Porcelli P. Functional gastrointestinal disorders and eating disorders. Relevance of the association in clinical management / P. Porcelli, G. Leandro, M. DeCame // *Scand. J Gastroenterol.*-1998.-Vol. 3.-P. 57782.
183. Relation between hysterectomy and the irritable bowel: a prospective study / A. Prior, K.M. Stanley, A.R. Smith et al // *Gut.*-1992.-Vol. 33.-P. 814-7.
184. Quigley E.M. Current concepts of the irritable bowel syndrome / E.M. Quigley// *Scand. J. Gastroenterol.*-2003.-Vol. 237.-P. 1-8.
185. Radnarsson G. Abdominal symptoms are not related to anorectal function in the irritable bowel syndrome / G. Radnarsson, O. Hallbook, G. Boderman // *Scand. J. Gastroenterol.*-1999.-Vol. 34.-P. 250-528.
186. Psychological and physical stress induce differential effects on human colonic motility / S.S. Rao, R.A. Hatfield, J.M. Suls et al // *Am. J. Gastroenterol.*-1998.-Vol. 93.-P. 985-90.
187. Cerebral response to electric stimulation of the colon and abdominal skin in healthy subjects and patients with irritable bowel syndrome / P. Rossel, P. Pedersen, D. Niddam et al // *Scand. J. Gastroenterol.*-2001.-Vol. 36.-Suppl. 12.-P. 1259-66.
188. Ryhammer A.M. Age and anorectal sensibility in normal women / A.M. Ryhammer, S. Laurberg, B.K. Moller // *Scand. J. Gastroenterol.*-1997.-Vol. 32.-P. 278-84.
189. Sanders D.S. Celiac disease and IBS-type symptoms: the relationship exists in both directions / D.S. Sanders // *Am. J. Gastroenterol.*-2002.-Vol. 97.-Suppl. 6.-P. 1463-7.
190. Shaath N.M. 5-HT and the treatment of irritable bowel syndrome: a clinical perspective / N.M. Shaath, P.J. Whorwell // *Drugs Today.*-2001.-Vol. 37.-Suppl. 7.-P. 437-40.

191. Sharma S. Effect of oral erythromycin on colonic transit in patient with idiopathic constipation / S. Sharma // *Dig. Dis. Sci.*-1995.-Vol. 40.-P. 2446-9.
192. Abdominal gallbladder function in patients with irritable bowel syndrome / G.K. Sood, S.S. Bajjal, D. Lahoti et al // *Am. J. Gastroenterol.*-1993.-Vol. 88.-P. 1387-90.
193. Spiller R.C. Postinfectious irritable bowel syndrome / R.C. Spiller // *Gastroenterol.*-2003.-Vol. 124.-Suppl. 6.-P. 1662-71.
194. Spirt M. Antibiotics in inflammatory bowel disease: new choices for an old diseases / M. Spirt // *Am. J. Gastroenterol.*- 1999.-Vol. 89.-P. 9748.
195. Sun W.M. Effects of loperamid oxide on gastrointestinal transit time and anorectal function in patients with chronic diarrhea and faecal incontinence / W.M. Sun, N.W. Read, M. Verlinden // *Scand. J. Gastroenterol.*-1997.-Vol. 32.-P. 34-8.
196. Svendsen J.H. Irritable bowel syndrome prognosis and diagnostic safety. A 5-year follow-up study / J.H. Svendsen, L.K. Munk, J.R. Andersen // *Scand. J. Gastroenterol.*-1985.-Vol. 20.-P. 415-8.
197. Symons P. Symptom provocation in irritable bowel syndrome. Effects of differing doses of fructose-sorbitol / P. Symons, M.P. Jones, J.E. Kellow // *Scand. J. Gastroenterol.*-1992.-Vol. 27.-P. 940-4.
198. Talley N.J. Is the association between irritable syndrome and abuse explained by neuroticism? A population based study / N.J. Talley, P.M. Boyce, M. Jones // *Gut.*-1998.-Vol. 42.-P. 47-53.
199. Talley N.J. Psychological distress and seasonal symptom changes in irritable bowel syndrome / N.J. Talley, P.M. Boyce, B.K. Owen // *Am. J. Gastroenterol.*-1995.-Vol. 90.-P. 2115-9.
200. Self-reported diarrhea: What does it mean? / N.J. Talley, A.L. Weaver, A.R. Zinsmeister et al // *Am. J. Gastroenterol.*-1998.-Vol. 93.-P. 1160-4.
201. Talley N.J. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors, and health care utilization / N.J. Talley, A.R. Zinsmeister, L.J. Melton // *Am. J. Epidemiol.*-1995.-Vol. 142.-P. 7683.

202. Talley N.J. Serotonergic neuroenteric modulators / N.J. Talley // Lancet.-2001.-Vol. 358.-Suppl. 9298.-P. 2061-8.

203. Tanum L. Fenflukamine study in non psychiatric patients with functional gastrointestinal disorder / L. Tanum, K. Bratveit // Scand. J. Gastroenterol.-1998.-Vol. 33.-P. 673-84.

204. Is there a gender difference in the natural history of irritable bowel syndrome? / A.B. Thompson, I.J. Kerr, M.J. Ford et al // Gut.-1996.-Vol. 39.-Suppl. 3.-P.-A32.

205. Quality of life (QOL) of irritable bowel syndrome patients in the community / A.B. Thompson, I.J. Kerr, M.J. Ford et al // Gut.-1996.-Vol. 39.-Suppl. 3.-P. 32.

206. Functional bowel disorders and functional abdominal pain / W.G. Thompson, G.F. Longstreth, D.A. Drossman et al // Gut.-1999.-Vol. 45,-Suppl. 2.-P. 1143-7.

207. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Rome II: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders / W.G. Thompson, G.F. Longstreth, D.A. Drossman et al // Gut.-1999.-Vol. 45.-Suppl. 2.-P. 1143-8.

208. Toliver B.A. Evaluation of patients who meet clinical criteria for irritable for irritable bowel syndrome / B.A. Toliver, J.L. Herrera, J.A. Dipalma//Am. J. Gastroenterol.-1994.-Vol. 89.-P. 176-8.

209. Tretinos J. Colonic myoelectrical activity in IBS painless diarrhea / J. Tretinos, J. Fioramonti, L. Bueno // Gut.-1987.-Vol. 28.-P. 1613-8.

210. Heightened visceral sensation in functional gastrointestinal disease is not site-specific. Evidence for a generalized disorder of gut sensitivity / K.C. Trimble, R. Farouk, A. Pryde et al // Dig. Dis. Sci.-1995.-Vol. 40.-P. 1607-13.

211. Trotman I.F. Sigmoid motility in diverticular disease and the irritable bowel syndrome / I.F. Trotman, J.J. Misiewicz // Gut.-1988.-Vol. 29.-P. 218-22.

212. Turnbull G.K. Why fiber and laxatives sometimes fail? / G.K. Turnbull //Lancet.-1998.-Vol. 1.-P.767-9.

213. Van-Gossum A. Oral budesonide for lymphocytic colitis / A. Van-Gossum, A. Schmit, M.O. Peny // *Am. J. Gastroenterol.*-1998.-Vol. 93.-P. 270.
214. Vantrappen G. Irritable bowel syndrome: still a gastrointestinal motility disorder? / G. Vantrappen // *World Gastroenterol. News.*-1998.-May.-P. 16-21.
215. Gastric emptying and dyspeptic symptoms in irritable bowel syndrome / H.J. Van-Wijk, A.J. Smout, L.M. Akkermans et al // *Scand. J. Gastroenterol.*-1992.-Vol. 27.-P. 99-102.
216. Van Zanten S.V. Diagnosing irritable bowel syndrome / S.V. Van Zanten // *Rev. Gastroenterol. Disord.*-2003.-Vol. 3.-Suppl. 2.-P. 12-7.
217. Transit through the proximal colon influences stool weight in the irritable bowel syndrome / M. Vassallo, M. Camilleri, S.G. Phillips et al // *Gastroenterol.*-1992.-Vol. 102.-P. 102-8.
218. Design of treatment trials for functional gastrointestinal disorders / S.J.O. Veldhuyzen van Zanten, N.J. Nalley, P. Bytzer et al // *Gut.*-1999.-Suppl. 2.-P. 1169-77.
219. Verne G.N. Синдром раздраженного кишечника / G.N. Verne, J.J. Cerda // *Новости фармакотерапии.*-1997.-№3-4.-С. 65-66.
220. Weber F.H. Clinical approaches to irritable bowel syndrome / F.H. Weber, R.W. McCallum // *Lancet.*-1992.-Vol. 340.-Suppl. 12.-P. 1447-52.
221. Wise T.N. Psychometric properties of the Illness Attitudes Scale in psychiatric patients / T.N. Wise, M.J. Sheridan // *Psychol. Rep.*-2001 .Vol. 89,-Suppl. 1.-P. 73-6.
222. Functional disorders of the anus and rectum / W.E. Whitehead, A. Wald, N.E. Diamant et al // *Gut.*-1999.-Suppl. 2.-P. 1155-60.
223. Therapeutic effect of colloid bismuth substrate in experimental colitis in the rat / I. Zahavi, Z. Burg, H. Marcus et al // *Digestion.*-1995.-Vol. 56.-P. 211-3.
224. Zins B.J. Collagenous and lymphocytic colitis: subject review and therapeutic alternatives / B.J. Zins, W.J. Sandborn, W.J. Tremaine // *Am. J. Gastroenterol.*-1995.-Vol. 90.-P. 1394-1400.

