

## БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА: ПРОБЛЕМЫ ТЕРМИНОЛОГИИ И КЛАССИФИКАЦИИ

*Циммерман Я.С.*

ГБОУ ВПО «Пермская медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

В современной гастроэнтерологии особенно много нерешенных и спорных проблем накопилось в разделе заболеваний кишечника, касающихся прежде всего терминологии и нозологической классификации.

Несмотря на существование в нашей стране двух сообществ гастроэнтерологов — Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) и Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР), проблемы номенклатуры, терминологии и классификации болезней кишечника уже более 25 лет не обсуждаются и не решаются. Практические врачи не знают, как правильно обозначить (диагностировать) различные болезни тонкой и толстой кишки, и этот факт почему-то никого не тревожит. По-видимому, ждут, когда этой проблемой займутся зарубежные гастроэнтерологи, чтобы воспользоваться уже готовыми рекомендациями...

По нашим данным, последний раз классификация и номенклатура заболеваний кишечника были представлены в 1985 г. в методических рекомендациях А.Р. Златкиной и А.В. Фролькиса «Нозологическая классификация заболеваний кишечника» [1].

За прошедшие годы отечественные энтерологи, следуя в фарватере зарубежных авторов, фактически отказались от принятых в отечественной медицинской литературе терминов «хронический энтерит» и «хронический колит», которые были введены в клинический обиход одним из корифеев отечественной медицины В.П. Образцовым в далеком 1896 г. [2], и отдают предпочтение таким аморфным терминам, как «энтеропатия» и «колопатия» [3—5].

В руководстве «Энтерология» А.И. Парфенов [4] утверждает: «Необходимо изжить ошибочные диагнозы «хронический энтерит» и «хронический колит», не способствующие выяснению истинной природы заболевания кишечника».

Выдающийся патолог В.В. [6] Серов считал, что «терминоэлемент «-патия» — это прибежище незнания и непонимания», с чем трудно не согласиться. Действительно, терминоэлемент «-патия» происходит от древнегреческого слова *pathos*, что в переводе означает страдание или болезнь вообще, без конкретизации характера патологического процесса: воспалительный, дистрофический и атрофический или опухолевый. В связи с этим этот терминоэлемент неприемлем для использования в клинической практике [7].

В руководстве для практикующих врачей «Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения» под редакцией В.Т. Ивашкина [8] в разделе, посвященном

заболеваниям кишечника, вообще нет упоминания о хронических энтеритах, а все болезни тонкой кишки рассматриваются только в аспекте синдрома мальабсорбции, который, как известно, не является нозологической формой, а встречается при многих заболеваниях тонкой кишки. Из хронических колитов в руководстве упоминаются лишь ишемический, псевдомембранозный и микроскопические (лимфоцитарный и коллагеновый) колиты.

Ссылаются обычно на то, что при хронических энтеритах и колитах эндоскопически и морфологически (при гистологическом исследовании биоптатов толстой и тонкой кишки) воспалительные изменения выражены неотчетливо или отсутствуют, а преобладают дистрофически-атрофические и дисрегенераторные процессы.

Это, однако, не является новостью: уже давно было известно, что хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке кишечника довольно быстро сменяется дистрофией и атрофией, хотя изначально чаще всего определяется именно воспалительный процесс. Следует помнить, что «Воспаление — это, как правило, местный типовой патологический процесс, в котором имеет место сочетание как патологических, так и защитно-приспособительных реакций» [9].

После того как диагнозы «хронический энтерит» и «хронический колит» были поставлены под сомнение и в диагностике стали преобладать аморфные «энтерокопатии», журнальные публикации, посвященные различным заболеваниям кишечника, кроме язвенного колита, болезни Крона и целиакии, почти прекратились, поскольку возникла неопределенность в оценке их сущности и терминологии.

В истории изучения хронического гастрита (ХГ) в свое время можно было наблюдать аналогичную ситуацию.

В 1948 г. в монографии известного патоморфолога Ю.М. Лазовского [10] «Функциональная морфология желудка в норме и патологии» основой морфологических изменений при ХГ названы сочетания дистрофических изменений железистых элементов, гиперпластических и атрофических процессов, отражающих структурную перестройку слизистой оболочки желудка, но без признаков воспалительных изменений. По-видимому, нет оснований сомневаться в компетентности Ю.М. Лазовского как морфолога.

В связи с установленным характером морфологического процесса в желудке диагноз ХГ, указывающий на воспаление, был признан ошибочным и было предложено заменить его на «гастроз» [10]. В настоящее время,

однако, считают, что ХГ — это воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка, характеризующийся лимфоплазмочитарной инфильтрацией с примесью гранулоцитов, а наличие признаков структурной перестройки рассматривают как вторичное явление, возникающее в результате хронического воспаления [11—14].

В этом экскурсе в историю ХГ мы видим определенную аналогию с нынешней ситуацией в энтерологии, фактически отрицающей существование хронических энтеритов и колитов как воспалительных заболеваний кишечника [15]. В любом случае эта проблема нуждается в безотлагательном обсуждении и решении.

Современным энтерологам все равно приходится признавать, что, помимо язвенного колита и болезни Крона, существуют и другие воспалительные заболевания кишечника: ишемический энтерит и колит, микроскопические колиты (лимфоцитарный, коллагеновый), псевдомембранозный колит и др.

В Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10, 1995), обозначены радиационный энтерит и колит (К 52.0), токсический энтерит и колит (К 52.1), алиментарные и аллергические (гиперсенситивные) энтерит и колит (К 52.9).

Таким образом проблему хронических энтеритов и колитов нельзя считать окончательно решенной.

Назрела необходимость разработать современную нозологическую классификацию и номенклатуру заболеваний кишечника [16].

Еще в конце XX века один из ведущих отечественных энтерологов того времени А.В. Фролькис в монографии «Заболевания кишечника», изданной посмертно [17], предложил свою классификацию заболеваний тонкой и толстой кишки.

#### **I. Заболевания тонкой кишки (хронические энтериты — ХЭ)**

*По этиологии:*

1. Инфекционные (постинфекционные).
2. Паразитарные.
3. Токсические.
4. Медикаментозные.
5. Алиментарные.
6. Вторичные.

*По анатомо-морфологическим особенностям:*

1. По преимущественной локализации: а) хронический еюнит; б) хронический илеит; в) хронический тотальный энтерит.
2. По морфологии: а) еюнит и илеит без атрофии (37%); б) еюнит и илеит с умеренной и выраженной парциальной ворсинчатой атрофией (50%); в) еюнит и илеит с субтотальной ворсинчатой атрофией (13%).

*По клиническому течению:*

1. Легкого течения.
2. Средней тяжести.
3. Тяжелого течения.

*По фазе:*

1. Фаза обострения.
2. Фаза ремиссии.

*По характеру функциональных нарушений:*

1. С синдромом мальдигестии.
2. С синдромом мальабсорбции.
3. С синдромом экссудативной энтеропатии.
4. С многофункциональной энтеральной недостаточностью.

*По степени вовлечения в патологический процесс толстой кишки:*

1. С вовлечением в патологический процесс толстой кишки (хронический энтероколит).

2. Без вовлечения толстой кишки (изолированный хронический энтерит).

*По выраженности синдрома избыточного роста бактерий в тонкой кишке (тонкокишечного дисбактериоза):*

1. С легкой степенью (I—II) тонкокишечного дисбактериоза.
2. Со средней и выраженной степенью (III—VI).

#### **II. Заболевания толстой кишки (хронические колиты — ХК)**

*По этиологии:*

1. Постинфекционные.
2. Паразитарные.
3. Токсические.
4. Медикаментозные.
5. Алиментарные.
6. Вторичные.

*По анатомо-морфологическим особенностям:*

1. По локализации: а) левосторонний ХК (сигмоидит, проктосигмоидит); б) правосторонний ХК (тифлит, трансферзит); в) тотальный колит (панколит).
2. По морфологии: а) поверхностный ХК; б) диффузный ХК; в) атрофический ХК.

*По клиническому течению:*

1. Легкого течения.
2. Средней тяжести.
3. Тяжелого течения.

*По фазам:*

1. Фаза обострения.
2. Фаза ремиссии.

*По выраженности толстокишечного дисбактериоза:*

1. Дисбактериоз легкой (I—II) степени.
2. Дисбактериоз средней и тяжелой (III—VI) степени.

А.В. Фролькис [7] утверждал, что «тенденция к сохранению ряда традиционных отечественных терминов вполне оправдана». Другой специалист по заболеваниям кишечника — И.Л. Халиф в 1998 г. писал, что не следует отвергать диагнозы «хронический энтерит» и «хронический колит»; нужно только, образно говоря, добавить к этим терминам «фамилию, имя и отчество»: например, «амебный недизентерийный колит» или «радиационный энтерит и колит».

В современной энтерологии известный отечественный специалист по болезням кишечника А.И. Парфенов [3, 4] при обозначении заболеваний тонкой и толстой кишки чаще всего пользуется термином «энтеропатия», хотя в части случаев называет и термины, указывающие на воспалительный характер заболевания: «илеит», «еюнит», «энтерит», «илеотифлит», «колит», признавая возможность воспалительных заболеваний кишечника, помимо язвенного колита и болезни Крона. Автор так определил термин «энтеропатия»: «Энтеропатия — это общее название болезней тонкой кишки различного происхождения, объединяемых развитием воспалительных изменений слизистой оболочки тонкой кишки, нередко заканчивающихся атрофией ворсинок и эрозивно-язвенными поражениями» [3, 4].

Таким образом, А.И. Парфенов подтверждает первоначальный воспалительный характер большинства заболеваний тонкой кишки и рассматривает атрофический процесс как следствие воспаления слизистой оболочки тонкой кишки.

Между тем авторитетный современный гастроэнтеролог — морфолог Л.И. Аруин — считает термины

«хронический энтерит» и «хронический колит» не просто «бесполезными», но и «вредными» (?), но никак не аргументирует свою позицию. Он предлагает заменить диагнозы «хронический энтерит» и «хронический колит» на «энтеропатию» и «колопатию» [5, 18].

По мнению А.И. Парфенова, существуют следующие заболевания тонкой кишки:

- энтериты (воспалительные заболевания), в том числе инфекционные и постинфекционные, токсические, язвенно-некротические и др.;

- энтеропатии известной этиологии; энтеропатии неизвестной этиологии [3, 4].

#### **I. Энтериты**

1. Инфекционный гастроэнтерит (бактерии, вирусы, грибы, паразиты).
2. Эрозивно-язвенный дуоденоэюнит (пептический фактор).
3. Туберкулезный энтерит — илеотифлит (микобактерии туберкулеза).
4. Иерсиниозный илеит (иерсинии).
5. Болезнь Уиппла — интестинальная липодистрофия (*Tropheryta whipplei*).
6. Болезнь Крона тонкой кишки — регионарный илеит (этиология неизвестна).
7. Эозинофильный гастроэнтерит (этиология неизвестна).
8. Идиопатический негранулематозный еюноилеит (этиология неизвестна).

#### **II. Энтеропатии известной этиологии**

1. Глютеновая энтеропатия — глютенчувствительная целиакия (непереносимость глютена).
2. Тропическая спру (бактериальная инфекция).
3. Антибиотико-ассоциированная энтеропатия (антибиотики).
4. Аллергическая энтеропатия (пищевая аллергия).
5. Токсическая энтеропатия (тяжелые металлы и другие токсины).
6. Энтеропатия, ассоциированная с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП-энтеропатия).
7. Ишемическая энтеропатия (артериальная и венозная ишемия тонкой кишки).
8. Радиационная энтеропатия (радиоактивное излучение).
9. Энтеропатия при уремии (хроническая почечная недостаточность).
10. Пострезекционная энтеропатия (гастрэктомия).

#### **III. Энтеропатии неизвестной этиологии**

1. Аутоиммунная энтеропатия.
2. Коллагеновая энтеропатия.
3. Гипогаμμαглобулинемическая энтеропатия.
4. Рефрактерная глютенная энтеропатия.

#### **Основные клинические синдромы**

1. Синдром мальдигестии.
2. Синдром мальабсорбции.
3. Хроническая диарея.
4. Хроническая тонкокишечная непроходимость.
5. Тонкокишечное кровотечение.
6. Синдром экссудативной энтеропатии (с хронической потерей белка).

Мы считаем нужным добавить синдром избыточно-го микробного роста в тонкой кишке (синдром тонкокишечного дисбактериоза).

Болезни толстой кишки А.И. Парфенов разделяет на воспалительные заболевания (неизвестной этиологии): язвенный колит, болезнь Крона толстой кишки (гранулематозный колит); другие воспалительные заболевания толстой кишки неизвестной этиологии: микроскопический колит, коллагеновый колит; болезни толстой кишки известной этиологии: ишемический колит, лу-

чевой (радиационный) колит; синдром раздраженного кишечника; другие болезни толстой кишки: паразитарные (гельминты, амебы), дивертикулез, инертная толстая кишка и др.

В обширном руководстве по энтерологии (2002) фактически нет стройной и четкой классификации заболеваний кишечника [4]. Классификация, приведенная в руководстве [16, с. 217—232], — это не классификация, а инвентаризация, как остроумно охарактеризовал в 1971 г. В.Х. Василенко подобную «классификацию» заболеваний суставов и внесуставных мягких тканей опорно-двигательного аппарата, предложенную А.И. Нестеровым и М.Г. Астапенко на I Всесоюзном съезде ревматологов в Москве [19].

Вместе с тем обоснованность замены терминов «хронический энтерит» и «хронический колит» на аморфные термины «энтеропатия» и «колопатия» в значительной части случаев можно оспорить. Например, при так называемой глютенной энтеропатии морфологически, помимо гиперрегенераторной ворсинчатой атрофии тонкой кишки, обнаруживают иммунопосредованный воспалительный процесс — наличие лимфоплазмочитарного воспалительного инфильтрата в собственной пластинке слизистой оболочки тонкой кишки [7].

Воспалительный процесс выявляют также при так называемом НПВП-ассоциированной энтеропатии и при ишемической, радиационной, токсической, аллергической (гиперсенситивной) энтеропатиях, поражающих как тонкую, так и толстую кишку.

Их, по нашему мнению, следует причислить к хроническим энтеритам и колитам. То же можно сказать о микроскопических колитах (коллагеновом, лимфоцитарном), которые в зарубежных публикациях именно так и именуются [20—28]. А.И. Парфенов [29] вынужден признать, что и антибиотико-ассоциированная энтеропатия — это антибиотико-ассоциированный колит. В этих случаях употреблять неопределенный термин «энтеропатия» мы считаем необоснованным.

В последнее время даже при синдроме раздраженной кишки, который многие годы рассматривали как функциональное расстройство толстой кишки, гистологически выявлено наличие воспалительного процесса [30], что можно было предвидеть: невозможны функциональные расстройства без морфологического субстрата. Выдающийся патолог Д.С. Саркисов [31] в течение многих лет утверждал: «Всегда можно обнаружить морфологические изменения, соответствующие тонким и динамичным изменениям функций». Об этом же говорит в точном и ярком по форме афоризме В.Х. Василенко [32]: «Функция без структуры немыслима, а структура без функции бессмысленна».

Мы полагаем, что ведущие отечественные энтерологи двух обществ гастроэнтерологов должны совместно обсудить проблему номенклатуры и нозологической классификации заболеваний кишечника и представить результаты обсуждения на суд медицинской общест-венности.

Знаменитый физик, лауреат Нобелевской премии Нильс Бор рекомендовал: «Давайте посмотрим, что нам известно, и постараемся как можно лучше это сформулировать» [33]. Последуйте совету великого ученого...

## Сведения об авторе:

Циммерман Яков Саулович — д-р мед. наук, проф.; тел. 8 (342) 281-27-74.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Златкина А.Р., Фролькис А.В. *Нозологическая классификация заболеваний кишечника: Методические рекомендации*. М.; 1985.
2. Образцов В.П. К общей симптоматологии энтеритов и колитов. *Русский архив патологии, клинической медицины и бактериологии*. 1896; 1: 285—93.
3. Парфенов А.И. Диагностика и лечение энтеропатий. *Русский медицинский журнал*. 2013; 13: 731—6.
4. Парфенов А.И. *Энтерология*. М.; 2002.
5. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. *Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника*. М.; 1998.
6. Серов В.В. *Общепатологические подходы познания болезней*. Саратов; 1992.
7. Циммерман Я.С. Целиакия и гиполактазия у взрослых: этиология, патогенез, диагностика и лечение. *Клиническая медицина*. 2011; 2: 14—20.
8. Ивашкин В.Т., ред. *Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей*. М.; 2003.
9. Черешнев В.А., ред. *Молекулярные механизмы воспаления*. Екатеринбург; 2010.
10. Лазовский Ю.М. *Функциональная морфология желудка в норме и патологии*. М.; 1948.
11. Misiewicz J.J., Tytgat G.N.Y., Goodwin C.S. et al. The Sydney system: A new classification of gastritis. In: *9-th Congress of Gastroenterology: Working Party Reports*. Melbourne: Blackwell; 1990: 1—10.
12. Циммерман Я.С. *Хронический гастрит и язвенная болезнь*. Пермь; 2000.
13. Чернин В.В. *Хронический гастрит*. Тверь; 2004.
14. Циммерман Я.С. Проблема хронического гастрита. *Клиническая медицина*. 2008; 5: 13—21.
15. Циммерман Я.С. Размышления о здравоохранении, медицине и врачевании (несвоевременные мысли старого врача). *Клиническая медицина*. 2011; 3: 4—9.
16. Циммерман Я.С. Еще раз о некоторых нравственных принципах науки и научных исследований. *Клиническая медицина*. 2009; 2: 4—7.
17. Фролькис А.В. *Заболевания кишечника*. СПб.; 2003.
18. Аруин Л.И. Клиническая морфология энтеропатий. *Вестник РАМН*. 1994; 5: 32—8.
19. Циммерман Я.С. В.Х. Василенко в письмах и высказываниях. (К 100-летию со дня рождения). *Клиническая медицина*. 1997; 5: 63—5.
20. Kingham J.G., Levison D.A., Morson B.C., Dawson A.M. Collagenous colitis. *Gut*. 1986; 27(5): 570—7.
21. Loiudise T., Lang J. Treatment of radiation enteritis — a comparison study. *Am. J. Gastroenterol.* 1983; 78 (8): 481—7.
22. Marts B.C., Longo W.E., Vernau A.M. Patterns and prognosis of Clostridium difficile colitis. *Dis. Colon Rect.* 1994; 37: 837—45.
23. Gibson G.R., Whitacre E.B., Ricotti C.A. Colitis induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Arch. Intern. Med.* 1992; 152: 625—32.
24. Galland R.B., Spenser J. The naturel history of clinically established radiation enteritis. *Lancet*. 1985; 1: 1275—8.
25. Bower T.C. Ischemic colitis. *Surg. Clin. N. Am.* 1993; 73: 1037—53.
26. Bogomoletz W.V. Collagenous, microscopic and lymphocytic colitis. An evolving concept. *Virchows Arch.* 1994; 424: 573—9.
27. Machida H.M., Smith A.G.S., Gall D.G. et al. Allergic colitis in infancy. Clinical and pathological aspects. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 1994; 19: 22—6.
28. Nayler A.R., Pollet J.E. Eosinophilic colitis. *Dis. Colon Rect.* 1985; 28: 615—20.
29. Парфенов А.И. Антибиотико-ассоциированный дисбиоз кишечника. *Фарматека*. 2013; 6: 87—9.
30. Полуэктова Е.А., Кучумова С.Ю., Ивашкин В.Т. Применение комбинированного препарата альверина цитрата и семитикона в лечении больных с синдромом раздраженного кишечника. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2012; 4: 38—46.
31. Саркисов Д.С. Следует, наконец, отказаться от понятий «функциональная болезнь», «функциональная патология». *Клиническая медицина*. 1998; 3: 64—6.
32. Рапопорт С.И., Колесников Д.Б., Вознесенская Л.А. Функциональные заболевания с позиции В.Х. Василенко. *Клиническая медицина*. 2012; 9: 35—7.
33. Бессараб М. Ландау. М.; 1978: 38.

## REFERENCES

1. Zlatkina A.R., Frol'kis A.V. Nosological Classification of Bowel Disease: *Metodicheskie rekomendatsii*. Moscow; 1985. (in Russian)
2. Obratsov V.P. To the general symptomatology of enteritis and colitis. *Russkiy arkhiv patologii, klinicheskoy meditsiny i bakteriologii*. 1896; 1: 285—93. (in Russian)
3. Parfenov A.I. Diagnosis and treatment of enteropathy. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2013; 13: 731—6. (in Russian).
4. Parfenov A.I. *Enterology*. Moscow; 2002. (in Russian)
5. Aruin L.I., Kapuller L.L., Isakov V.A. *Morphological Diagnosis of Diseases of the Stomach and Intestines*. Moscow; 1998. (in Russian)
6. Serov V.V. *General Pathological Approaches of Knowledge of the Disease*. Saratov; 1992. (in Russian)
7. Tsimmerman Ya.S. Celiacia and hypolactasia in adults: etiology, pathogenesis, diagnostics and treatment. *Klinicheskaya meditsina*. 2011; 2: 14—20. (in Russian)
8. Ivashkin V.T., ed. *Rationale for Drug Therapy of Gastrointestinal and Liver Diseases: A Guidebook for Medical Practitioners*. Moscow; 2003. (in Russian)
9. Chereshev V.A., red. *Molecular Mechanisms of Inflammation*. Ekaterinburg; 2010. (in Russian)
10. Lazovskiy Yu.M. *Functional Morphology of the Stomach in Health and Disease*. Moscow; 1948. (in Russian)
11. Misiewicz J.J., Tytgat G.N.Y., Goodwin C.S. et al. The Sydney system: A new classification of gastritis. In: *9-th Congress of Gastroenterology: Working Party Reports*. Melbourne: Blackwell; 1990: 1—10.
12. Tsimmerman Ya.S. *Chronic Gastritis and Peptic Ulcer Disease*. Perm'; 2000. (in Russian)
13. Chernin V.V. *Chronic Gastritis*. Tver'; 2004. (in Russian)
14. Tsimmerman Ya.S. The problem of chronic gastritis. *Klinicheskaya meditsina*. 2008; 5: 13—21. (in Russian)
15. Tsimmerman Ya.S. Reflections on public health medicine and art of healing (untimely thoughts of and old doctor). *Klinicheskaya meditsina*. 2011; 3: 4—9. (in Russian)
16. Tsimmerman Ya.S. Once again about certain ethical principles of science and research. *Klinicheskaya meditsina*. 2009; 2: 4—7. (in Russian)
17. Frol'is A.V. *Bowel Disease*. St. Peterburg; 2003. (in Russian)
18. Aruin L.I. Clinical morphology of enteropathy. *Vestnik RAMN*. 1994; 5: 32—8. (in Russian)
19. Tsimmerman Ya.S. V.Kh. Vasilenko: letters and ideas. *Klinicheskaya meditsina*. 1997; 5: 63—5. (in Russian)
20. Kingham J.G., Levison D.A., Morson B.C., Dawson A.M. Collagenous colitis. *Gut*. 1986; 27(5): 570—7.
21. Loiudise T., Lang J. Treatment of radiation enteritis — a comparison study. *Am. J. Gastroenterol.* 1983; 78 (8): 481—7.
22. Marts B.C., Longo W.E., Vernau A.M. Patterns and prognosis of Clostridium difficile colitis. *Dis. Colon Rect.* 1994; 37: 837—45.
23. Gibson G.R., Whitacre E.B., Ricotti C.A. Colitis induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Arch. Intern. Med.* 1992; 152: 625—32.
24. Galland R.B., Spenser J. The naturel history of clinically established radiation enteritis. *Lancet*. 1985; 1: 1275—8.
25. Bower T.C. Ischemic colitis. *Surg. Clin. N. Am.* 1993; 73: 1037—53.
26. Bogomoletz W.V. Collagenous, microscopic and lymphocytic colitis. An evolving concept. *Virchows Arch.* 1994; 424: 573—9.
27. Machida H.M., Smith A.G.S., Gall D.G. et al. Allergic colitis in infancy. Clinical and pathological aspects. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 1994; 19: 22—6.
28. Nayler A.R., Pollet J.E. Eosinophilic colitis. *Dis. Colon Rect.* 1985; 28: 615—20.
29. Parfenov A.I. Antibiotic-associated intestinal dysbiosis. *Farmateka*. 2013; 6: 87—9. (in Russian)
30. Poluektova E.A., Kuchumova S.Ju., Ivashkin V.T. Application of the combined drug alverina citrate and semitikon in patients with irritable bowel syndrome. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2012; 4: 38—46. (in Russian)
31. Sarkisov D.S. Lastly, we must abandon the notion of «functional disease», «functional disorders». *Klinicheskaya meditsina*. 1998; 3: 64—6. (in Russian)
32. Rapoport S.I. Functional diseases from the perspective of V.H. Vasilenko. *Klinicheskaya meditsina*. 2012; 9: 35—7. (in Russian)
33. Bessarab M. Landau. Moscow; 1978: 38. (in Russian)

Поступила 14.03.14

Received 14.03.14