

© НИКОЛАЕВА Н. Н., ГРИЩЕНКО Е. Г., БАЙКОВА О. А., НИКОЛАЕВА Л. В.

УДК 616.34-009-085

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА МЕТЕОСПАЗМИЛ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Н. Н. Николаева, Е. Г. Грищенко, О. А. Байкова, Л. В. Николаева

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого  
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра терапии ИПО,  
зав. — д. м. н., проф. Ю. И. Гринштейн.

**Цель исследования.** Оценить влияние комбинированного препарата метеоспазмил на выраженность клинических проявлений различных вариантов синдрома раздраженного кишечника.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 68 пациентов с различными вариантами синдрома раздраженного кишечника (СРК). Эффективность терапии оценивалась при помощи визуальной аналоговой шкалы интенсивности абдоминальной боли — ВАШ, вербальной и невербальной оценочной шкалы боли — ОШБ.

**Результаты.** Уже к концу 1 недели терапии значительно уменьшилась интенсивность абдоминальных болей, выраженность метеоризма, к концу лечения болевой синдром был практически полностью купирован у подавляющего большинства обследованных.

**Заключение.** Препарат метеоспазмил обладает доказанной эффективностью в купировании абдоминальной боли, нормализации консистенции и частоты стула у пациентов с различными вариантами СРК. Отмечена хорошая переносимость препарата.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, абдоминальные боли, нарушения частоты и консистенции стула, метеоспазмил.

## EFFICIENCY OF THE COMBINED PREPARATION METEOSPAZMIL IN PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME

N. N. Nikolaeva, E. G. Grishenko, O. A. Baykova, L. V. Nikolaeva

Krasnoyarsk state medical university named after prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

**The aim of the research.** To evaluate the effect of combined drug meteospazmil on the severity of the clinical manifestations of different variants of irritable bowel syndrome.

**Materials and methods.** The study included 68 patients with different types of irritable bowel syndrome (IBS). Treatment efficacy was assessed using a visual analog scale intensity of abdominal pain — VAS, verbal and non-verbal rating scale pain — RSP.

**Results.** By the end of the first week of therapy was significantly reduced the intensity of abdominal pain, bloating severity, by the end of the treatment of pain was almost completely arrested the vast majority of patients.

**Conclusion.** Meteospazmil drug has proven efficacy in relieving abdominal pain, normalization of stool frequency and consistency in patients with different types of IBS.

**Key words:** irritable bowel syndrome, abdominal pain, disorders of the frequency and stool consistency, meteospazmil.

### Введение

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — наиболее распространенное функциональное расстройство пищеварительной системы. В мире СРК страдает 10-20% взрослого населения. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст — 30-40 лет. Согласно Римским критериям III (2006), СРК определяется как комплекс функциональных кишечных нарушений, который включает в себя боль или дискомфорт в животе, облегчающиеся после дефекации, связанные с изменением частоты дефекации и консистенции стула, возникающие в течение не менее трех дней в месяц на протяжении 3-х месяцев за шесть месяцев, предшествующих постановке диагноза [6, 7].

В настоящее время очевидно, что СРК это не одно заболевание, а четко выявляемый симптомокомплекс, который сочетает симптомы различных базовых физиологических детерминант «от кишечника к мозгу и обратно».

Поэтому кроме вариантов СРК, основанных на преобладающей симптоматике (СРК с преобладанием диареи, СРК с преобладанием запора, СРК с чередованием запоров и диареи и неклассифицированный СРК) в классификацию включены варианты заболевания, основанные на наличие отягощающих факторов (постинфекционный СРК — ПИ — СРК, СРК, связанный с определенными пищевыми продуктами, СРК, связанный со стрессом) [4].

По современным представлениям СРК – биопсихосоциальное заболевание. В его формировании принимают участие психологические, социальные и биологические факторы, совокупное влияние которых приводит к развитию висцеральной гиперчувствительности, нарушению моторики кишки. Вместе с тем, в последнее время все большее внимание уделяется изучению воспалительных изменений слизистой оболочки кишечника, развивающихся вследствие нарушения барьерной функции и цитокинового дисбаланса, количественного и качественного состава микрофлоры, как, например, у пациентов с ПИ - СРК [3]. Считается, что ПИ - СРК возникает в результате резкой ответной реакции иммунной системы на какую-либо инфекцию при последующем медленном ослаблении эффекта иммунного ответа. При этом у пациентов наблюдается слабо выраженное воспаление толстой кишки и повышенная кишечная проницаемость [5].

Ведущим симптом различных вариантов СРК является абдоминальная боль, метеоризм и нарушения стула. Поэтому в национальных практических руководствах по СРК разных стран в комплексной терапии заболевания рекомендуются использовать спазмолитики различных групп, лоперамид гидрохлорид, смекту, невсасывающийся антибиотик рифаксимин, пробиотики, слабительные и др. [2]. Вместе с тем, помимо препаратов, оказывающих влияние на определенный симптом заболевания, в лечение больных с СРК применяются комбинированные лекарственные средства, которые, с учетом механизма действия, способствуют и уменьшению боли в животе, и нормализации частоты и консистенции стула. К таким препаратам относится метеоспазмил.

В состав метеоспазмилла входит альверина цитрат 60 мг и симетикон 300 мг. Альверина цитрат – миотропный спазмолитик без м-холинолитической активности. В отличие от других спазмолитиков, Альверина цитрат уменьшает висцеральную болевую чувствительность желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), уменьшает кишечный моторный ответ на воздействие боли и в результате этого устраняет расстройства стула. Альверина цитрат обладает спазмолитическим эффектом без развития гипотонии гладкой мускулатуры.

Симетикон – высокомолекулярный полимер на основе кремния, относится к пеногасителям – веществам, уменьшающим поверхностное натяжение на границе раздела сред жидкость-газ. Осаждение пены приводит к уменьшению общего объема газов, восстановлению естественной абсорбции через слизистую оболочку кишки. Кроме того, симетикон образует защитный слой на слизистой оболочке пищеварительного тракта и защищает ее от действия агрессивных факторов. Симетикон, являясь химически инертным веществом, не усваивается организмом после прохождения через ЖКТ и выводится в неизменном виде [3, 8].

Цель: оценить влияние комбинированного препарата метеоспазмил на выраженность клинических проявлений различных вариантов синдрома раздраженного кишечника.

#### Материалы и методы

Под наблюдением находились 68 пациентов с СРК – подобной симптоматикой. Диагноз СРК

устанавливался согласно Римским критериям III (2006) на основании клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. Обязательным компонентом алгоритма диагностики СРК был общий и биохимический анализы крови, копрологическое исследование, а так же данные ультразвукового исследования органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопия у лиц старше 45-50 лет. При преобладании в клинической картине заболевания диареи в план обследования включались исследование кала для выявления токсинов А и В *Clostridium difficile*, шигеллы, сальмонеллы, иерсинии, дизентерийной амебы, гельминтов.

ПИ - СРК диагностировался при наличии симптомов, соответствующих Римским III критериям, а так же в случае упоминания в анамнезе перенесенной острой кишечной инфекции (ОКИ), наличия в крови специфических антител к антигенам возбудителей ОКИ в низких титрах, изменения фекальной микрофлоры в бактериологических посевах кала.

После эндоскопического и морфологического обследования толстой кишки в группе больных с СРК – подобной симптоматикой были выявлены малосимптомные варианты болезни Крона толстой кишки (3 пациента), болезнь Крона с локализацией в прямой кишке (1 пациент) и у 3 пациентов – язвенный колит [1].

У 61 пациента диагностирован СРК. Из них у 36 – заболевание протекало с преобладанием в клинической картине диареи (СРК-Д), у 17 – с преобладанием запора (СРК-З). ПИ-СРК диагностирован у 8 больных, в клинике которых регистрировались поносы и нарушения состава фекальной микрофлоры (снижение концентрации бифидумбактерий и лактобацилл, а также кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью). При этом одновременно в крови присутствовали антитела микст – инфекций (к *Campylobacter jejuni* и *Shigella*).

В группе пациентов СРК-Д (1 группа) средний возраст составил  $39 \pm 5,2$ , в группе СРК-З (2 группа) –  $41 \pm 7,1$ , в группе ПИ-СРК (3 группа) –  $43 \pm 4,9$  лет. Мужчин в 1 группе было 8, женщин – 28, во 2 группе – 4 и 13, в 3 группе – 3 и 5 соответственно. Метеоспазмил назначался по 1 капсуле 3 раза в день перед едой на протяжении 28 дней. Эффективность проводимого лечения и наличие побочных эффектов оценивались на 7, 14, 21 и 28-й день терапии при помощи визуальной аналоговой шкалы интенсивности абдоминальной боли – ВАШ (от 1 до 10 баллов, где 0 – это отсутствие боли, а 10-максимальная боль), вербальной и невербальной оценочной шкалы боли – ОШБ (табл. 1).

Таблица 1

#### Оценочная шкала боли (вербальная и невербальная)

Интенсивность боли	Вербальная шкала	Невербальная шкала
0	Нет боли	Пациент расслаблен, спокоен
1-2	Минимальная боль	Напряжен
3-4	Слабая боль	Защитные движения, гримаса боли
5-6	Средняя боль	Жалобы, беспокойство
7-8	Сильная боль	Плач, крик
9-10	Мучительная боль	Рыдание

Таблица 2

## 4-балльная шкала выраженности клинических симптомов

Баллы	Симптомы		
	Отрыжка	Вздутие живота	Частота стула
0	Нет или быстро проходящая	Не отмечается	Нет симптома
1	Эпизодически беспокоящая	Периодически возникает, длительность кратковременная	Симптом слабо выражен
2	Частая, мешающая работе и встречам с людьми	Частые и продолжительные эпизоды, стесняющие социальную активность	Умеренно выражен
3	Очень частая отрыжка	Частые эпизоды, мешающие работе и отдыху	Значительно выражен

Таблица 3

Динамика выраженности клинических симптомов на фоне лечения метеоспазмиллом, баллы,  $M \pm m$ 

Дни	Отрыжка					Вздутие живота					Частота стула				
	0	7	14	21	28	0	7	14	21	28	0	7	14	21	28
СРК-З	1,4± 0,2	1,2± 0,2	0,8± 0,1	0,6*± 0,1	0,3*± 0,1	2,8± 0,2	2,0± 0,1	1,6± 0,1	0,9*± 0,1	0,8*± 0,1	2,5± 0,2	2,0± 0,1	1,8± 0,1	1,4*± 0,1	0,9*± 0,1
СРК-Д	1,3 ± 0,3	1,2± 0,2	1,1± 0,1	0,5*± 0,1	0,3*± 0,1	3,1± 0,2	2,8± 0,2	2,0± 0,1	1,0± 0,1	0,8*± 0,1	2,8± 0,3	2,2± 0,2	2,0± 0,1	1,6± 0,1	1,1*± 0,1
ПИ СРК	0,9 ± 0,3	0,8± 0,2	0,5± 0,1	0,2*± 0,1	0,2*± 0,1	3,0± 0,3	2,5± 0,3	2,0± 0,2	1,1*± 0,1	0,9*± 0,2	2,2 ± 0,2	2,0± 0,2	1,8± 0,1	1,1± 0,1	0,8± 0,1

Примечание: \* $p < 0,05$  – статистически значимые различия по сравнению с исходными данными.

Выраженность клинических симптомов, таких как вздутие живота, отрыжка, изменение консистенции и частоты стула оценивались пациентами по 4-х балльной шкале (табл. 2). После курса терапии регистрировались наличие (купирование симптомов более чем на 50% по сравнению с исходными данными) или отсутствие ремиссии (сохранение исходной симптоматики или снижение её интенсивности менее чем на 50%). Критериями оценки переносимости препарата служили субъективные ощущения больных на фоне лечения и результаты врачебного осмотра. Переносимость препарата оценивалась по трем критериям: хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная.

Статистическая обработка полученных результатов проведена по программе «STATISTIKA for Windows», v. 5,0, с использованием Т-критерия Вилкоксона. Различия между показателями до и после лечения в группе испытуемых считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

В группе пациентов с СРК – 3 (17) основными проявлениями заболевания были запоры (100%), абдоминальные боли (100%) и явления метеоризма (88,2%). Отрыжка беспокоила 9 из 17 пациентов (52,9%). Частота стула в анализируемой группе составляла от 1 до 2 раз в неделю. Среднее значение выраженности синдрома равнялось  $2,5 \pm 0,3$  балла. У 7 больных (41,2%) регистрировался слабовыраженный синдром (1 балл), у 5 (29,4%) – умеренно выраженный (2 балла) и у 5 (29,4%) – выраженный (3 балла). Средняя выраженность метеоризма в данной группе до лечения составила  $3,1 \pm 0,2$  балла (табл.3). Интенсивность абдоминальных болей до начала терапии колебалась от 2 до 9 баллов, по данным ВАШ равнялась  $5,2 \pm 0,5$  баллов, оцененная самостоятельно пациентами (вербальная шкала

ОШБ) –  $5,5 \pm 0,6$  баллов, оцененная на основании поведения пациентов во время осмотров (невербальная шкала) –  $3,6 \pm 0,3$  балла, (табл.4).

На фоне курсовой терапии метеоспазмиллом уже к 7 дню лечения отмечалась четкая тенденция к снижению выраженности таких симптомов как отрыжка, вздутие живота, частота стула (табл. 3) и интенсивность абдоминальных болей (табл. 4).

Через 3 недели терапии выраженность данных симптомов достоверно снизилась по сравнению с исходными значениями и составила  $0,6 \pm 0,1$ ,  $0,9 \pm 0,1$  и  $0,9 \pm 0,1$  баллов соответственно ( $p < 0,05$  во всех случаях). У подавляющего большинства пациентов после первой недели терапии наблюдалось уменьшение интенсивности абдоминальных болей по сравнению с исходными данными на 0,6 баллов. В дальнейшем на фоне приема метеоспазмилла интенсивность боли постепенно снижалась, и к концу четырех недельного курса показатель достоверно уменьшился до  $1,5 \pm 0,3$  баллов ( $p < 0,05$ ) (табл. 4). Подобная динамика

Таблица 4

Динамика болевого синдрома до и после месячной терапии метеоспазмиллом у пациентов с СРК-З, баллы,  $M \pm m$ 

Показатель	Дни				
	0	7	14	21	28
ВАШ	5,2±0,5	4,6±0,4	2,7±0,3	2,0±0,3*	1,5±0,3*
ОШБ (вербальная)	5,5±0,6	4,9±0,5	2,4±0,3	2,1±0,2*	1,6±0,2*
ОШБ (невербальная)	3,6±0,3	2,2 ±0,3	1,9±0,2	1,0±0,1	0,9±0,1*

Примечания: \* $p < 0,05$  – статистически значимые различия по сравнению с исходными данными.

интенсивности абдоминальных болей была зарегистрирована и при ее оценке вербальной ( $5,5 \pm 0,6 - 1,6 \pm 0,2$  балла,  $P < 0,05$ ) и невербальной шкалой боли ( $3,6 \pm 0,3 - 0,9 \pm 0,1$  балла,  $P < 0,05$ ). К 4-й неделе лечения у пациентов с СРК-3 боли практически не определялись (табл.4). Следует отметить, что нежелательных явлений на протяжении 4-х недельного курса терапии метеоспазмиллом зарегистрировано не было.

В группе пациентов СРК-Д основными жалобами до начала терапии были учащение стула от 2 до 4 раз в сутки (100%) с примесью слизи (52,8%), абдоминальные боли (100%) и явления метеоризма (88,2%). Отрыжка беспокоила 12 из 36 пациентов (33,3%). Выраженность симптома нарушения частоты и консистенции стула в среднем равнялась  $2,8 \pm 0,3$  балла (табл.3): 19 пациентов (52,8%) отметили данный симптом, как значительно выраженный (3 балла); 11 пациентов (30,6%) – как умеренно выраженный (2 балла); 6 пациентов (16,6%) – как слабо выраженный (1 балл). Средняя выраженность метеоризма составляла  $2,8 \pm 0,2$ , отрыжки –  $1,3 \pm 0,3$  балла. Курсовая терапия метеоспазмиллом способствовала купированию или достоверному снижению выраженности отрыжки воздухом к 3 неделе ( $0,5 \pm 0,1$  баллов,  $P < 0,05$ ), метеоризма и частоты стула – к 4-й неделе лечения ( $0,8 \pm 0,1$  и  $1,2 \pm 0,1$  балла соответственно,  $p < 0,05$ ). К концу курсового лечения только у 2 из 19 пациентов, оценивавших выраженность частоты стула в 3 балла, данный синдром оставался на уровне 2 баллов.

Интенсивность абдоминальных болей по ВАШ (табл.5) в группе пациентов с СРК-Д до начала терапии составляла в среднем  $4,8 \pm 0,5$  баллов. Начиная с 1-й недели терапии, интенсивность болевого синдрома постепенно уменьшалась, достигнув к концу лечения достоверного снижения до  $1,3 \pm 0,3$  баллов ( $p < 0,05$ ). Интенсивность данного показателя, самостоятельно оцененного пациентом (вербальная шкала ОШБ) и проведенная на основании поведения больного во время осмотров (невербальная шкала ОШБ), до лечения составила в среднем  $5,1 \pm 0,6$  и  $3,1 \pm 0,3$  балла соответственно. После курса терапии интенсивность боли по 2 шкалам достоверно уменьшилась до  $1,9 \pm 0,2$  баллов (по вербальной шкале) и  $0,9 \pm 0,1$  баллов (по невербальной шкале) и не противоречила результатам, полученным при анализе ВАШ.

Частота стула в группе ПИ-СРК (8) колебалась от 2 до 3 раз в сутки. Подавляющее большинство больных (75%) оценивали нарушение частоты и консистенции стула как умеренно выраженные (2 балла по 4-х балльной шкале), среднее значение равнялось  $2,2 \pm 0,2$  балла. Частота болевого синдрома как и в группе СРК-Д составила 100%, метеоризма – 75%, слизь в стуле отмечали 62,5%, отрыжку воздухом – 37,5% пациентов.

Необходимо отметить, что параллельно с продолжительностью курсовой терапии метеоспазмиллом, выраженность нарушения частоты дефекаций уменьшалась с  $2,2 \pm 0,2$  (до лечения) до  $0,8 \pm 0,1$  (4 неделя терапии). Однако статистически значимых различий в показателях данного симптома по сравнению с исходными значениями достигнуто не было (табл. 3).

В отличие от этого, интенсивность метеоризма к 4-й неделе терапии статистически значимо снижалась, и, если

Таблица 5

**Динамика болевого синдрома до и после месячной терапии метеоспазмиллом у пациентов с СРК-Д, баллы,  $M \pm m$**

Показатель	Дни				
	0	7	14	21	28
ВАШ	$4,8 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,6$	$3,2 \pm 0,4$	$1,8 \pm 0,3^*$	$1,3 \pm 0,3^*$
ОШБ (вербальная)	$5,1 \pm 0,6$	$4,5 \pm 0,5$	$3,2 \pm 0,3$	$2,2 \pm 0,2^*$	$1,9 \pm 0,2^*$
ОШБ (невербальная)	$3,1 \pm 0,3$	$2,6 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,1^*$

Примечания: \* $p < 0,05$  – статистически значимые различия по сравнению с исходными данными.

Таблица 6

**Динамика болевого синдрома до и после месячной терапии метеоспазмиллом у пациентов с ПИ-СРК, баллы,  $M \pm m$**

Показатель	Дни				
	0	7	14	21	28
ВАШ	$4,2 \pm 0,3$	$3,6 \pm 0,3$	$2,7 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,2$	$1,5 \pm 0,1^*$
ОШБ (вербальная)	$4,9 \pm 0,5$	$4,0 \pm 0,3$	$3,1 \pm 0,3$	$2,3 \pm 0,2$	$1,8 \pm 0,1^*$
ОШБ (невербальная)	$2,4 \pm 0,3$	$2,0 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,1^*$

Примечания: \* $p < 0,05$  – статистически значимые различия по сравнению с исходными данными.

средние значения данного симптома до лечения регистрировались на уровне  $3,0 \pm 0,3$ , то по окончании лечения – на уровне  $0,9 \pm 0,2$  баллов ( $P < 0,05$ ).

Выраженность отрыжки воздухом к концу 4-й недели так же статистически значимо снижалась и составляла  $0,2 \pm 0,1$  балла ( $p < 0,05$ ).

Интенсивность болевого синдрома в группе ПИ-СРК, оцененная по ВАШ до лечения, колебалась в пределах 2-6 баллов и в среднем составляла  $4,2 \pm 0,3$  балла (табл.6). Интенсивность болей в животе, оцененная самим пациентом по вербальной шкале ОШБ равнялась  $4,9 \pm 0,5$  балла, проведенная на основании поведения больного во время осмотров (невербальная шкала ОШБ) –  $2,4 \pm 0,3$  балла. На фоне проводимой терапии интенсивность абдоминальных болей, оцененных по ВАШ, вербальной и невербальной шкале постепенно снижалась и к концу 4-й недели соответственно составила  $1,5 \pm 0,1$ ,  $1,8 \pm 0,1$  и  $0,9 \pm 0,1$  балла, что было статистически значимо меньшим по сравнению с исходными показателями ( $p < 0,05$  во всех случаях).

Переносимость метеоспазмилла у всех пациентов, включенных в исследование, была хорошей: нежелательные явления зарегистрированы не были, ни в одном случае отмены препарата не потребовалось, что подтверждалось результатами данных врачебных осмотров.

#### Заключение

Таким образом, 28-дневный курс лечения комбинированным препаратом метеоспазмилл показал достаточно убедительную эффективность у пациентов с СРК-Д и СРК-З: уже к концу 1-й недели терапии значительно уменьшилась интенсивность абдоминальных болей, а к концу лечения

болевым синдром был практически полностью купирован у подавляющего большинства обследованных. Благодаря комбинации в препарате альверина цитрата и симетикона, после лечения достоверно уменьшилась выраженность метеоризма, нормализовалась частота и консистенция стула. Анализ результатов лечения у пациентов с ПИ-СРК показал, что метеоспазмил эффективно купировал основные проявления заболевания (абдоминальный болевой синдром, метеоризм) и в этой группе. В то же время снижение выраженности нарушений частоты дефекаций после лечения не достигало статистически значимых различий по сравнению с исходными значениями, что объясняется наличием воспалительных изменений в слизистой оболочке толстой кишки и нарушениями состава фекальной микрофлоры у большинства пациентов с ПИ-СРК. Следует отметить хорошую переносимость препарата и отсутствие нежелательных явлений.

### Литература

1. Грищенко Е.Г., Николаева Н.Н., Николаева Л.В., Байкова О.А., Чупахина В.А. Трудности диагностики болезни Крона верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 6. – С. 45-48.
2. Методические рекомендации по лечению синдрома раздраженного кишечника (СРК) / Под ред. В.Т. Ивашкин. – М., 2012. – 14 с.
3. Полуэктова Е.А., Кучумова С.Ю., Ивашкин В.Т. Применение комбинированного препарата альверина цитрата и симетикона в лечении больных с синдромом раздраженного кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии. – 2012. – № 4. – С. 38-46.
4. Парфенов А.И. Постинфекционный синдром раздраженного кишечника: вопросы лечения и профилактики // Consilium medicum. – 2001. – № 6. – С. 298-300.
5. Парфенов А.И., Ручкина И.Н., Атауллаханов Р.И. Постинфекционный синдром раздраженного кишечника // Терапевтический архив. – 2009. – № 81(2). – С. 39-45.
6. Шептулин А.А. Обсуждение проблемы синдрома раздраженного кишечника в докладах 15-й Объединенной европейской недели гастроэнтерологии (Париж, 2007) // Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии. – 2008. – Т. 18, № 1. – С. 73-77.
7. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130. – P. 1377-1390.
8. Wittmann T. Clinical trial: the efficacy of alverine citrate/simeticone combination on abdominal pain/ discomfort in irritable bowel syndrome – a randomized, double-blind, placebo-controlled study // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2010. – Vol. 31, № 6. – P. 615-624.

### References

1. Grishchenko E.G., Nikolaeva N.N., Nikolaev L.V., Baykova O.A., Chupakhina V.A. Difficulties in the diagnosis of Crohn's disease of the upper gastrointestinal tract // Siberian Medical Review. – 2013. – № 6. – P. 45-48.
2. Guidelines for the treatment of irritable bowel syndrome (IBS) / Ed. V.T. Ivashkin. – M., 2012. – 14 p.

3. Poluektova E.A., Kuchumova S.Yu., Ivashkin V.T. The use of a combined preparation alverine citrate and simeticone in the treatment of patients with irritable bowel syndrome // Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. – 2012. – № 4. – P. 38-46.

4. Parfenov A.I. Post-infectious irritable bowel syndrome: treatment and prevention // Consilium medicum. – 2001. – № 6. – P. 298-300.

5. Parfenov A.I., Ruchkina I.N., Ataulakhanov R.I. Post-infectious irritable bowel syndrome // Therapeutic archive. – 2009. – № 81 (2). – P. 39-45.

6. Sheptulin A.A. Discussion of the problem of irritable bowel syndrome in the reports of the 15th United European Gastroenterology Week (Paris, 2007) // Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. – 2008. – Vol. 18, № 1. – P. 73-77.

7. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130. – P. 1377-1390.

8. Wittmann T. Clinical trial: the efficacy of alverine citrate/simeticone combination on abdominal pain/ discomfort in irritable bowel syndrome – a randomized, double-blind, placebo-controlled study // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2010. – Vol. 31, № 6. – P. 615-624.

### Сведения об авторах

Николаева Нонна Николаевна – кандидат медицинских наук, профессор кафедры терапии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 6600022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел. 8 (391) 2644790; e-mail: nnikolaeva@inbox.ru.

Грищенко Елена Георгиевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 6600022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел. 8 (391) 2642995; e-mail: Impressac@gmail.com.

Байкова Ольга Анатольевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 6600022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел. 8 (391) 2642995; e-mail: ol.baykova@rambler.ru.

Николаева Людмила Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней №1, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 6600022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел. 8 (391) 2644790; e-mail: nnikolaeva@inbox.ru.

### Authors

Nikolaeva Nonna Nikolaevna – Cand.Med.Sc., Professor of the Department of Therapy of the Institute of postgraduate education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino -Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; Phone: 8(391) 2644790; e-mail: nnikolaeva@inbox.ru.

Grishchenko Elena Georgievna – Dr.Med.Sc., Professor of the Department of Therapy of the Institute of postgraduate education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino -Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; Phone: 8(391) 264-47-90; e-mail: Impressac@gmail.com.

Baykova Ol'ga Anatol'evna – Cand.Med.Sc., Associate Professor of the Department of Therapy of the Institute of postgraduate education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino -Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; Phone: 8 (391) 2644790; e-mail: ol.baykova@rambler.ru.

Nikolaeva Lyudmila Viktorovna – Cand.Med.Sc., Associate Professor of the Department of Therapy of the Institute of postgraduate education, Krasnoyarsk State Medical University named after Pprof. V. F. Voino -Yasenetsky Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022; Phone: 8 (391) 2644790; e-mail: nnikolaeva@inbox.ru.