

ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ВОПРОСОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Аннотация.

Актуальность и цели. Своевременная постановка диагноза и адекватная терапия во многом определяют эффективность ведения больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Цель исследования – оценить современные представления врачей терапевтического профиля о диагностике и лечении больных с СРК.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 184 врачей терапевтического профиля о сути СРК, частоте пациентов на приеме, вариантах течения, методах диагностики и лечебной тактики. Анализировались данные 2010–2012 и 2014 гг.

Результаты. Знания врачей о СРК изменились. В 2010–2012 гг. врачи имели слабое представление о спектре функциональных заболеваний кишечника, многие не помнили Римские критерии, назначали малоинформативные исследования, недостаточно использовали эндоскопические методы диагностики. В настоящее время большинство врачей хорошо знают Римские критерии СРК, но рассматривают заболевание как диагноз исключения, более чем в два раза возросла частота проведения колоноскопии. Лечебная тактика большинства врачей основывается на клинических вариантах СРК в соответствии с международными рекомендациями.

Выводы. Результаты анкетирования свидетельствуют об улучшении знаний врачей в вопросах диагностики и лечения больных СРК: врачи стали руководствоваться не только Римскими критериями, но и широким спектром дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, значительно расширились знания врачей о Римских критериях СРК. По-прежнему недостаточно активно используется колоноскопия в проведении дифференциального диагноза. Лечебная тактика при СРК ориентирована на ведущие жалобы больных с учетом варианта СРК с использованием современных лекарственных средств.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, анкетирование врачей, Римские критерии синдрома раздраженного кишечника, диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника.

М. А. Vize-Khripunova, E. V. Gnoevykh

ASSESSMENT OF THE CURRENT LEVEL OF KNOWLEDGE OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME BY THERAPEUTISTS

Abstract.

Background. Timely diagnosis and adequate therapy largely determine the effectiveness of the management of patients with irritable bowel syndrome (IBS). Objective: to assess current views of therapeutic profile doctors on the diagnosis and treatment of patients with IBS.

Materials and methods. The authors offered 184 therapeutic profile doctors to fill out a questionnaire on the essence of IBS, the frequency of patients on admis-

sion, options of current methods of diagnosis and treatment. The researchers analyzed the data obtained in 2010-2012 and 2014.

Results. Doctors' knowledge on IBS has changed. In 2010-2012 doctors had little knowledge about the spectrum of functional bowel diseases; many did not remember the Rome criteria, prescribed uninformative examination, didn't use endoscopic methods of diagnostics. Currently, most doctors know the Rome criteria of IBS, but consider the disease as an exception diagnosis, the frequency of colonoscopy has doubled. Therapeutic management by most physicians is based on clinical variants of IBS in accordance with the international recommendations.

Conclusions. The results of the survey show the improvement of doctors' knowledge on diagnostics and treatment of patients with IBS: doctors were guided not only by the Rome criteria, but also by a wide range of additional laboratory and instrumental researches; they have greatly expanded the knowledge on the Rome criteria of IBS. Colonoscopy is still not actively used in differential diagnosing. Therapeutic tactics against IBS is focused on most frequent complaints by patients with a chance of IBS using modern medical preparations.

Key words: irritable bowel syndrome, survey of physicians, Rome criteria of IBS, diagnosis and treatment of IBS.

Введение

В последние десятилетия у больных гастроэнтерологического профиля возрастает доля функциональной патологии кишечника, среди которой доминирует синдром раздраженного кишечника (СРК). СРК с учетом особенностей его развития, клинических проявлений, а также распространенности стал, по существу, междисциплинарной проблемой, в связи с чем необходимы четкие и доступные специалистам разного профиля критерии диагностики заболевания и единые методологические подходы к его рациональной терапии [1, 2]. Такие критерии диагностики и лечения последовательно обсуждались и принимались в виде Римских критериев. Однако Римские критерии неспецифичны и могут быть проявлением многих других заболеваний, что требует детального обследования пациента и практически ставит диагноз СРК как диагноз исключения [3, 4].

Своевременная постановка диагноза и адекватная терапия во многом определяют эффективность ведения больных с синдромом раздраженного кишечника [5]. А это, в свою очередь, зависит от степени осведомленности врачей о СРК и определяет реальную практику его диагностики и лечения в условиях общетерапевтической системы. Именно врач первичного звена является ключевой фигурой в диагностике и лечении больных СРК [6, 7].

В 2003 г. Г. Н. Тарасовой была проведена оценка знаний специалистов в области клинической фармакологии СРК и приверженности к назначению современных препаратов, а также оценка вовлеченности пациентов в лечение, их комплаентности к терапии путем анкетирования 73 врачей терапевтического профиля поликлиник и стационаров и 50 больных СРК [8]. Было выявлено, что представления врачей о патогенетической сущности СРК весьма переменчивы и сводятся чаще к нарушениям моторной функции, нет четкого понимания диагностики и лечебной тактики. Лишь около 30 % специалистов в качестве диагностического начала указали на Римские критерии. Менее 50 % врачей указали на необходимость колонофиброскопии в верификации диагноза. В лечении преобладали спазмолитики (75 %), седативные (62,5 %), ферментные препараты (60,4 %) и пробиотики (54,1 %).

Прошло десять лет, появились новые Римские критерии III, широко обсуждаются в литературе и на конференциях новые взгляды на патогенез, диагностические возможности, лечебную тактику [9]. Изменились ли представления врачей о сути заболевания и ведении этих пациентов? В литературе последних лет такого анализа мы не нашли.

Цель исследования – оценить современные представления врачей терапевтического профиля о диагностике и лечении больных с синдромом раздраженного кишечника.

Материал и методы исследования

Нами были разработаны анкеты, включающие в себя общие вопросы, такие как стаж работы, место работы (поликлиника или стационар), место проживания (город или село), количество больных СРК, принимаемых в течение месяца, наиболее частые варианты СРК. Следующий блок вопросов оценивал знания врачей в области диагностики: используются ли Римские критерии в постановке диагноза; какие симптомы являются определяющими; какими методами исследования подтверждается диагноз; часто ли проводится колоноскопическое исследование. Последний раздел анкеты был ориентирован на получение информации о лекарственных препаратах, применяемых для лечения больных с различными вариантами заболевания, а также для оценки знаний специалистов о новых лекарствах, рекомендуемых для лечения больных синдромом раздраженного кишечника. Анкетирование проводилось анонимно. Всего приняло участие в анкетировании 184 врача (153 врача в период 2010–2012 гг. и 31 в 2014 г.), проходивших специализацию по терапии на курсах усовершенствования врачей в Ульяновском государственном университете. Все врачи имели сертификаты по терапии.

Результаты исследования

Были проанализированы данные, полученные при анкетировании врачей в 2010–2012 гг., а затем эти данные сравнили с показателями 2014 г.

Из 153 специалистов работали в условиях городских лечебно-диагностических подразделений 109 человек (71,2 %), в сельских медицинских учреждениях – 44 врача (28,8 %). В основном это были врачи поликлинического звена, и лишь 14,6 % работали в стационаре.

Стаж работы врачей варьировал от 1 года до 43 лет (табл. 1). Один врач стаж работы не указал.

Таблица 1

Общий стаж работы врачей, участвовавших в анкетировании

Стаж работы (годы)	Количество врачей	%
До 5 лет	6	3,9 %
5–10 лет	25	16,4 %
10–20 лет	33	21,7 %
20–30 лет	54	35,5 %
Более 30 лет	34	22,4 %
Всего	152	99,9 %

Таким образом, стаж работы более десяти лет имело подавляющее большинство терапевтов – 121 человек (79,6 %), что позволяло оценить знания по данной проблеме среди наиболее стажированных специалистов.

Для оценки частоты обращения пациентов с СРК на приеме у врача-терапевта в анкете был вопрос о частоте больных СРК в месяц. Чаще всего количество больных было небольшим. До пяти пациентов в месяц имели на приеме 69 врачей (45,1 %), от пяти до десяти – 38 (24,8 %), от 10 до 20 – 36 (23,5 %), от 20 до 25 больных – один (0,7 %). Не имели больных СРК девять терапевтов (5,9 %) – это были врачи медико-социальной экспертизы, терапевты психиатрического и наркологического диспансеров.

На вопрос, какие методы исследования использовались для диагностики функционального заболевания кишечника, чаще всего указывали на данные копрологического и ультразвукового исследований (табл. 2). В то же время более трети врачей – 54 (35,3 %) – при постановке диагноза опирались прежде всего на клинические данные.

Таблица 2

Методы исследования, используемые для подтверждения диагноза СРК

Методы исследования	Абсолютное число	%
Анализ кала на копрологию, яйцеглист и скрытую кровь	41	26,8
УЗИ	39	25,5
Колоноскопия (КФС)	36	23,5
Ирригография	26	17
Анализ кала на дисбактериоз	20	13,1
Фиброгастродуоденоскопия	17	11,1
Ректороманоскопия	6	3,9
Рентгеноскопия кишечника	4	2,6

Следует обратить особое внимание, что подавляющее число терапевтов – 116 (75,8 %) – на поликлиническом этапе отмечали, что редко используют колоноскопию (КФС). Консультации других специалистов, чаще всего невролога, хирурга, проктолога, гастроэнтеролога, назначались лишь в единичных случаях – пять (3,3 %) врачей.

Безусловно, нам было важно оценить степень информированности врачей о Римских критериях и использовании их при постановке диагноза. На этот вопрос ответили 93 терапевта. Используют Римские критерии III в постановке диагноза лишь треть специалистов – 32 (34,4 %), а 14 (15,1 %) не помнят точно эти критерии. Но было интересно, что 47 (50,5 %) врачей в постановке диагноза СРК не пользуются Римскими критериями. Этот факт характерен не только для нашей страны. В западных странах практикующие врачи не ставят диагноз СРК, ориентируясь на предлагаемые критерии, что трактуется их составителями как недостаточное знание специалистами Римских критериев [10]. Возможно, что врачи не пользуются Римскими критериями именно потому, что они не хотят допустить диагностических ошибок [11].

В связи с вышесказанным необходимо иметь информацию о знании врачами основных клинических проявлений СРК. К ним практически все от-

несли боли в животе, нарушение частоты стула, характера кала, связь ухудшения состояния со стрессами, отсутствие ночной симптоматики. Однако были и такие – три (3,4 %), кто считает, что СРК сопровождается только болью в животе. Высказали свое мнение о преобладающем варианте СРК 89 врачей: 55 (56,7 %) отмечали, что чаще в их практике встречаются больные СРК с запорами, 13 (13,4 %) отметили вариант с диареей, а 29 (29,9 %) – смешанный вариант СРК.

С учетом различных вариантов течения синдрома раздраженного кишечника нам было интересно оценить возможности лечебной тактики в каждом случае, а также информированность врачей о новых препаратах.

В купировании болевого синдрома практически все терапевты использовали спазмолитические средства. Но, как и в предыдущие годы, чаще всего применялись неселективные спазмолитики (но-шпа, платифиллин, папаверин, бускопан) – 103 (67,3 %). Из числа современных селективных спазмолитических препаратов чаще применялись мебеверина гидрохлорид (дюспаталин) (66 (43,1 %) врачей) и пинаверия бромид (дицетел) (26 (17 %) врачей). Несколько реже применялся тримебутин (14 (9,2 %) врачей) и метеоспазмил (пять (3,3 %) врачей). Достаточно широко использовались и препараты других фармакологических групп: 14 (9,2 %) врачей назначали дополнительно анальгетики, два (1,3 %) – антисекреторные препараты (ИПП и H2-блокаторы), шесть (3,9 %) – прокинетики (церукал, ганатон), шесть (3,9 %) – ферменты (мезим, креон). Применение прокинетиков и антисекреторных препаратов вполне объяснимо, так как в ряде случаев имело место сочетание с другими функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, такими как функциональная диспепсия и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь [12–15].

Для коррекции запора 92 врача (60,1 %) использовали препараты лактулозы (дюфалак или нормазе) либо в виде монотерапии – 54 (35,3 %), либо в сочетании с другими препаратами – 38 (24,8 %). 54 (35,3 %) врачей использовали в коррекции запора препараты сены, а 15 (9,8 %) врача сочетали сену с лактулозой; пять (3,3 %) применяли пре- и пробиотики; восемь (5,2 %) отметили значительную роль диеты в коррекции запора. Не совсем объяснимо использование других групп препаратов: шесть (3,9 %) назначали прокинетики (церукал, ганатон), пять (3,3 %) – ферменты; два (1,3 %) адсорбенты (смекта, полифепан).

Для купирования диареи чаще всего использовались опиатные прокинетики, например лоперамид 64 (41,8 %). Значительная часть врачей применяла адсорбенты (смекту, активированный уголь) (43 (28,1 %) врача) и пребиотики (41 (26,8 %) врач), в основном бактисубтил и хилак-форте. Значительно реже назначались прокинетики (мотилиум) – шесть (3,9 %) врачей, антибиотики (в основном альфанормикс) – десять (6,5 %) врачей, ферменты – 23 (15 %) врача, селективные спазмолитики (в основном дицетел) – 15 (9,8 %) врачей.

Для купирования явлений кишечной диспепсии, вероятно связанной с дисбиотическими процессами, все использовали про- и пребиотическую терапию (100 % врачей), при монотерапии – в основном линекс.

На вопрос, какие функциональные заболевания кишечника вы знаете, 96 (62,7 %) не смогли назвать другие функциональные заболевания кишечника.

ка, кроме СРК, девять (5,9 %) указали функциональный запор или диарею. Остальные от ответа воздержались.

По результатам анкетирования можно сделать следующие выводы.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточных знаниях врачей-терапевтов проблемы СРК:

- врачи имеют слабое представление о спектре функциональных заболеваний кишечника;
- многие не помнят Римские критерии;
- используют анализ кала на дисбактериоз, который, как сейчас считается, неадекватно отражает состав внутрипросветной и пристеночной микрофлоры.

В то же время следует отметить и положительные факты:

- при постановке диагноза широко используются эндоскопические методы;
- врачи правильно выбирают лекарственные препараты, ориентируясь на ведущие жалобы больных.

Сегодня образовательный процесс врачей-терапевтов претерпел существенные изменения. Постоянно проводятся конференции, симпозиумы, которые в последние годы выносятся в регионы, идет чтение лекций, проведение семинаров ведущими специалистами в области гастроэнтерологии, широко доступны интернет-сессии, материалы которых специалист может просмотреть в свободное время. Путем среза представлений в 2010–2012 гг. нами было изучено, изменился ли уровень врачебных знаний о функциональных заболеваниях.

В 2014 г. мы провели вновь анкетирование врачей терапевтического профиля с использованием уже ранее нами разработанных анкет. В анкетировании принял участие 31 терапевт, также находившийся на цикле усовершенствования на факультете последипломного образования Ульяновского государственного университета. Из них работали в условиях городских лечебно-диагностических подразделений 24 человека (74,4 %), в сельских медицинских учреждениях – семь (22,6 %) человек. Стаж работы врачей варьировал от 5 до 40 лет, в том числе: от 5 до 10 лет – четыре (12,9 %) врача, от 10 до 20 лет – шесть (19,4 %) врачей, от 20 до 30 лет – 12 (38,7 %) врачей, более 30 лет – девять (29,0 %) врачей. Таким образом, стаж работы более десяти лет имели также подавляющее большинство терапевтов – 27 человек (87,1 %).

Как и ранее, большинство врачей имели на приеме не более пяти пациентов с СРК в месяц – 21 (67,7 %) врач.

Изменилось мнение о применении инструментальных методов обследования для подтверждения диагноза СРК. Так, необходимость колоноскопии отметили более половины терапевтов. Однако на гистологическое исследование биоптатов слизистой кишки не указал никто (табл. 3). А три врача (9,7 %) при постановке диагноза основывались только на клинических данных.

Для оценки достоверности различий в применении различных методов диагностики СРК мы провели статистический анализ данных методом расхождения между двумя размерами. (Сравнение групп по качественному бинарному признаку. Пакет программ Statistica 6.0 for Windows. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$.)

Методы исследования, используемые для подтверждения диагноза СРК

Методы исследования	Абсолютное число	%
Анализ кала на копрологию, яйцеглист и скрытую кровь	13	41,9
УЗИ	13	41,9
Колоноскопия (КФС)	17	54,8
Ирригография	6	19,4
Анализ кала на дисбактериоз	7	22,6
Фиброгастроуденоскопия	6	19,4
Ректороманоскопия	4	12,9
Рентгеноскопия кишечника	4	12,9

В диагностике СРК достоверно чаще стали использовать следующие методы исследования: колонофиброскопию ($p = 0,006$), ректороманоскопию ($p = 0,0457$), рентгеноскопию кишечника ($p = 0,0112$).

По-прежнему используют Римские критерии III в постановке диагноза лишь треть врачей – девять (29,0 %) человек, и увеличилось количество специалистов – 22 (71,0 %), которые в постановке диагноза не пользуются только одними Римскими критериями, хотя их знают. Этот факт свидетельствует о возрастающей роли понимания СРК как диагноза исключения.

Клинические проявления СРК были хорошо известны врачам. К ним практически все отнесли боли в животе, нарушения стула, связь с эмоциями, отсутствие ночной симптоматики. Однако при детальном анализе этих данных мы отметили, что 18 врачей (58,1 %) в полной мере указали на все клинические проявления СРК, одна четвертая часть частично – восемь (25,8 %), два врача (6,5 %) не ответили на этот вопрос, а четыре врача (12,9 %) указали симптомы других заболеваний (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенный колит). Не было ни одного ответа, когда считали, что СРК проявляется только болью в животе.

Также мы отметили, что несколько изменилась структура заболевания. В настоящее время чаще диагностируют смешанный вариант СРК – 16 (51,6 %), реже встречается СРК с запорами – десять (32,3 %) случаев, еще реже встречается вариант с диареей – пять (16,1 %) случаев.

Данные о фактическом использовании КФС в диагностике СРК существенно не изменились: 23 (74,2 %) врача отмечали, что редко используют КФС, вообще не используют – два (6,5 %). Часто (более чем в 50 %) рекомендовали КФС своим пациентам лишь четыре специалиста – 12,9 %.

Особый интерес представляли вопросы, касающиеся лечебной тактики и применения современных, хорошо зарекомендовавших себя препаратов, имеющих высокую доказательную базу.

В купировании болевого синдрома большинство терапевтов использовали спазмолитики – 25 (80,6 %) врачей. При этом неселективные спазмолитики как монотерапию стали применять реже – 15 (48,4 %) врачей ($p = 0,045$), а селективные, часто сочетая их с неселективными, – 22 (71,0 %) врача. С одинаковой частотой (6,5 %) использовали дополнительно анальгетики, антисекреторные препараты (ИПП и H2-блокаторы), прокинетики (церукал, ганатон), ферменты (мезим, креон).

Для коррекции запора в большинстве случаев использовали препараты лактулозы, что соответствует стандартам ведения этой категории больных. В частности, 15 (48,4 %) врачей применяли в комплексной терапии препараты лактулозы, а в качестве монотерапии лактулозу использовали лишь девять (29,0 %). Значительно реже применяли в коррекции запора препараты сены – пять (16,1 %) врачей. Остальные группы препаратов использовались в небольшом проценте: три (9,7 %) врача пре- и пробиотики; три (9,7 %) – прокинетики (церукал, ганатон); один (3,2 %) – ферменты; два (6,5 %) – спазмолитики. Значительная часть врачей (13, или 41,9 %) корректируют обстипационный синдром с помощью диеты. Таким образом, достоверно реже стали использовать в коррекции запоров препараты сены ($p = 0,037$) и активнее применяют диетическую коррекцию ($p = 0,0000$).

Для купирования диареи использовали более трети лоперамид – 11 (35,5 %). Остальные препараты применялись примерно с одинаковой частотой: четыре (12,9 %) – адсобенты, четыре (12,9 %) – антибиотики, четыре (12,9 %) – пре-и пробиотики, два (6,5 %) – ферменты, четыре (12,9 %) – спазмолитики.

Следует отметить, что при всех вариантах СРК активно применялись спазмолитические препараты.

На вопрос о купировании явлений дисбактериоза ответили 27 врачей. Все без исключения проводили про- и пребиотическую терапию. Но предпочтение отдавали пробиотикам (25–80,6 %; $p = 0,003$). Наряду с традиционно применяемыми препаратами, такими как линекс, хилак-форте, бифиформ, бифидо- и лактобактерин, стали использовать новые – максилак, бийон-3, нормобакт, аципол. В единичных случаях применяли антибиотики и ферменты. Применение пробиотиков при СРК патогенетически оправдано, так как в последние годы появилось все больше сведений, говорящих о нарушении качественного и количественного состава кишечной микрофлоры, что позволило пересмотреть стандартные представления о патогенезе данного заболевания [16].

К сожалению, не изменились представления врачей о спектре функциональных заболеваний кишечника. Большинство (26 (83,9 %) врачей) не смогли назвать другие функциональные заболевания кишечника, кроме СРК.

Анализируя данные анкетирования врачей в 2014 г., следует отметить, что анкетирование проведено при равных условиях: более 70 % врачей работали в городских лечебно-диагностических учреждениях и имели стаж более десяти лет в 80 % .

Не претерпели изменений следующие позиции:

1) большинство терапевтов принимают в месяц не более пяти больных СРК;

2) по-прежнему лишь одна треть использует в постановке диагноза только Римские критерии III;

3) подавляющее число терапевтов (75 %) на поликлиническом этапе редко использует колоноскопию;

4) лечебная тактика основывается на клинических вариантах СРК: в коррекции болевого синдрома приоритеты отданы спазмолитикам (более 80 %), при запорах в 48,4 % используются препараты лактулозы, при диарее предпочтение отдается лоперамиду (35–41 %), для купирования дисбиотических явлений все врачи используют пре- и пробиотики;

5) по-прежнему подавляющее число врачей не могут назвать другие функциональные заболевания кишечника, кроме СРК.

Что изменилось:

1) в методах исследования больных СРК более чем в два раза возросла частота проведения колоноскопии (с 23,5 до 54,8 %), но никогда не проводится гистологическое исследование биоптата слизистой кишки;

2) хорошо знают Римские критерии III около 84 % врачей;

3) изменился удельный вес разных форм СРК с доминированием смешанного варианта (51,6 %);

4) в лечении СРК с запорами значительную роль стала играть диета (42 %);

5) в лечении больных СРК активно используются современные лекарственные средства – селективные спазмолитики, новые препараты из группы пре- и пробиотиков.

Анализируя данные литературы (2003 г.), собственные данные 2010–2012 и 2014 гг., можно сделать следующие **выводы**:

1. В постановке диагноза СРК врачи стали руководствоваться не только Римскими критериями, но и широким спектром дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, оценивая СРК как диагноз исключения.

2. Значительно расширились знания врачей о Римских критериях СРК.

3. По-прежнему недостаточно активно используется колоноскопия в проведении дифференциального диагноза.

4. В целом лечебная тактика при СРК ориентирована на ведущие жалобы больных с учетом варианта СРК с использованием современных лекарственных средств.

5. Проведенный анализ свидетельствует о необходимости обсуждения проблемы функциональных заболеваний кишечника с врачами первичного звена – терапевтами, врачами общей практики.

Список литературы

1. **Симаненков, В. И.** Лечение синдрома раздраженной кишки с позиций доказательной медицины : пособие для врачей и клинических фармакологов / В. И. Симаненков, Е. А. Лутаенко. – СПб., 2008. – 108 с.
2. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта / под ред. акад. РАМН В. Т. Ивашкина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 152 с.
3. **Drossman, D. A.** The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process / D. A. Drossman // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130, № 5. – P. 1377–1390.
4. **Шептулин, А. А.** Спорные вопросы диагноза и дифференциального диагноза при синдроме раздраженного кишечника / А. А. Шептулин, М. А. Визе-Хрипунова // Клиническая медицина. – 2014. – № 4. – С. 64–67.
5. **Шептулин, А. А.** Эффективность лекарственной терапии синдрома раздраженного кишечника с позиций медицины, основанной на доказательствах / А. А. Шептулин, М. А. Визе-Хрипунова // Клиническая медицина. – 2014. – № 7. – С. 64–68.
6. **Platts, M.** Healthrelated quality of life and cost impact of irritable bowel syndrome in a UK primary care setting / M. Platts, S. J. Walters // Pharmacoeconomics. – 2002. – Vol. 20, № 7. – P. 455–462.

7. **Лоранская, И. Д.** Синдром раздраженного кишечника – вопросы диагностики и эффективности лечения / И. Д. Лоранская // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. – № 1. – С. 90–95.
8. **Тарасова, Г. Н.** Представления врачей и пациентов о синдроме раздраженного кишечника и реальная практика его лечения в общетерапевтической системе / Г. Н. Тарасова // Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. – 2003. – № 1. – С. 19–23.
9. **Шептулин, А. А.** Обсуждение проблемы синдрома раздраженного кишечника и функциональных запоров в докладах 21-й Объединенной европейской гастроэнтерологической недели (Берлин, 2013 г.) / А. А. Шептулин, М. А. Визе-Хрипунова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2014. – № 3. – С. 104–108.
10. **Jailwala, J.** Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized controlled trials / J. Jailwala, T. F. Imperiale, K. Kroenke // *Annals of Internal Medicine*. – 2000. – Vol. 133, № 2. – P. 136–147.
11. **Шептулин, А. А.** Римские критерии III синдрома раздраженного кишечника: что мы ожидали и что мы увидели? / А. А. Шептулин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – № 2. – С. 63–68.
12. Махов, В. М. Коморбидность дисфункциональных расстройств органов пищеварения / В. М. Махов, Л. В. Ромасенко, Т. В. Турко // Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. – 2007. – Т. 9, № 2. – С. 37–42.
13. **Wang, A.** The clinical overlap between functional dyspepsia and irritable bowel syndrome based on Rome III criteria / A. Wang, X. Liao, L. Xiong et al. // *BMC Gastroenterol.* – 2008. – Vol. 8. – P. 43.
14. **Ливзан, М. А.** Синдром перекреста функциональных заболеваний пищеварительного тракта / М. А. Ливзан, М. Ф. Осипенко // Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. – 2012. – № 15. – С. 768–771.
15. **Шептулин, А. А.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: есть ли какая-то связь? / А. А. Шептулин, М. А. Визе-Хрипунова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – № 4. – С. 44–48.
16. Патогенетическое значение изменений кишечной микрофлоры у больных с синдромом раздраженного кишечника и возможности их коррекции / Е. А. Полуэктова, С. Ю. Кучумова, О. С. Шифрин, А. А. Шептулин, В. Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – Т. 24, № 3. – С. 89–97.

References

1. Simanenkov V. I., Lutaenko E. A. *Lechenie sindroma razdrzhennoy kishki s pozitsiy do-kazatel'noy meditsiny : posobie dlya vrachey i klinicheskikh farmakologov* [Treatment of irritable bowel syndrome from the point of view of evidence-based medicine: textbook for physicians and clinical pharmacologists]. Saint-Petersburg, 2008, 108 p.
2. *Profilaktika i lechenie khronicheskikh zabolevaniy verkhnikh otdelov zheludoch-nokishechnogo trakta* [Prophylaxis and treatment of chronic diseases of upper sections of the alimentary canal]. Ed. by RAMN V. T. Ivashkin. Moscow: MEDpress-inform, 2013, 152 p.
3. Drossman D. A. *Gastroenterology*. 2006, vol. 130, no. 5, pp. 1377–1390.
4. Sheptulin A. A., Vize-Khripunova M. A. *Klinicheskaya meditsina* [Clinical medicine]. 2014, no. 4, pp. 64–67.
5. Sheptulin A. A., Vize-Khripunova M. A. *Klinicheskaya meditsina* [Clinical medicine]. 2014, no. 7, pp. 64–68.
6. Platts M., Walters S. J. *Pharmacoeconomics*. 2002, vol. 20, no. 7, pp. 455–462.

7. Loranskaya I. D. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya* [Experimental and clinical gastroenterology]. 2008, no. 1, pp. 90–95.
8. Tarasova G. N. *Russkiy meditsinskiy zhurnal. Bolezni organov pishchevareniya* [Russian medical journal. Diseases of alimentary organs]. 2003, no. 1, pp. 19–23.
9. Sheptulin A. A., Vize-Khripunova M. A. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii* [Russian journal of gastroenterology, hepatology and coloproctology]. 2014, no. 3, pp. 104–108.
10. Jailwala J., Imperiale T. F., Kroenke K. *Annals of Internal Medicine*. 2000, vol. 133, no. 2, pp. 136–147.
11. Sheptulin A. A. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian journal of gastroenterology, hepatology and coloproctology]. 2007, no. 2, pp. 63–68.
12. Makhov V. M., Romasenko L. V., Turko T. V. *Russkiy meditsinskiy zhurnal. Bolezni organov pishchevareniya* [Russian medical journal. Diseases of alimentary organs]. 2007, vol. 9, no. 2, pp. 37–42.
13. Wang A., Liao X., Xiong L. et al. *BMC Gastroenterol*. 2008, vol. 8, p. 43.
14. Livzan M. A., Osipenko M. F. *Russkiy meditsinskiy zhurnal. Bolezni organov pishchevareniya* [Russian medical journal. Diseases of alimentary organs]. 2012, no. 15, pp. 768–771.
15. Sheptulin A. A., Vize-Khripunova M. A. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian journal of gastroenterology, hepatology and coloproctology]. 2010, no. 4, pp. 44–48.
16. Poluektova E. A., Kuchumova S. Yu., Shifrin O. S., Sheptulin A. A., Ivashkin V. T. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian journal of gastroenterology, hepatology and coloproctology]. 2014, vol. 24, no. 3, pp. 89–97.

Визе-Хрипунова Марина Анатольевна

кандидат медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой госпитальной
терапии, Ульяновский государственный
университет (Россия, г. Ульяновск,
ул. Льва Толстого, 42)

E-mail: vize-marina@yandex.ru

Vize-Khripunova Marina Anatol'evna

Candidate of medical sciences, associate
professor, head of sub-department
of hospital therapy, Ulyanovsk State
University (42 Lva Tolstogo street,
Ulyanovsk, Russia)

Гноевых Елена Витальевна

студентка, Ульяновский
государственный университет
(Россия, г. Ульяновск,
ул. Льва Толстого, 42)

E-mail: Elena.gnoevyh@mail.ru

Gnoevykh Elena Vital'evna

Student, Ulyanovsk State University
(42 Lva Tolstogo street, Ulyanovsk, Russia)

УДК 616.34-002:378.147.32

Визе-Хрипунова, М. А.

Оценка современного уровня знаний врачей терапевтического профиля вопросов диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника / М. А. Визе-Хрипунова, Е. В. Гноевых // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2015. – № 1 (33). – С. 54–64.