

Рис. 1. Динамика основных параметров центральной гемодинамики на разных сроках физиологической беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ванина Л.В.* Адаптационные процессы в сердечно-сосудистой и дыхательной системах при физиологической протекающей беременности, их практическое значение при ведении беременных с сердечно-сосудистой патологией. — М.: Медицина, 1991. — С.12-24.
2. *Гармашева Н.Л., Константинова Н.Н.* Патофизиологические основы охраны внутриутробного развития человека. — Л.: Медицина, 1985. — С.159.
3. *Ишпахтин Ю.И., Гельцер Б.И., Бондаренко В.В.* Состояние центральной гемодинамики у женщин с неосложненным течением беременности на фоне синдрома артериальной гипертензии // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1999. — № 1. — С.20-22.
4. *Кошелева Н.Г., Бузурукова П.С., Вошева Т.П., Крель Т.М.*

5. *Макацария А.Д.* Вопросы циркуляторной адаптации системы гемостаза при физиологической беременности и ДВС-синдроме // Акушерство и гинекология. — 1997. — № 1. — С.38-41.
6. *Персианинов Л.С., Демидов В.Н.* Особенности функции системы кровообращения у беременных, рожениц и родильниц. — М.: Медицина, 1977. — 400 с.
7. *Храмов Л.С., Мусаев З.М., Лященко Е.А.* Состояние центральной и периферической материнской гемодинамики при неосложненном течении беременности и ОПГ-гестозах // Акушерство и гинекология. — 1995. — № 2. — С.6-9.

Адрес для переписки:

664047, Иркутск, ул. Байкальская, 109. E mail: khokhlov@dc.baikal.ru
Хохлов В.П. - д.м.н., зав. отделением функциональной диагностики.

© ОСИПЕНКО М.Ф., БУТ-ГУСАИМ В.И., ВОЛОШИНА Н.Б., БИКБУЛАТОВА Е.А. — 2008

СИНДРОМ «ПЕРЕКРЕСТА»: СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА БИЛИАРНОГО ТРАКТА

М.Ф. Осипенко, В.И. Бут-Гусаим, Н.Б. Волошина, Е.А. Бикбулатова

(Новосибирский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.О. Маринкин; кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. М.Ф. Осипенко)

Резюме. Целью нашей работы явилось определение функционального состояния билиарного тракта у больных с синдромом раздраженного кишечника. В исследование было включено 137 больных синдромом раздраженного кишечника. Для оценки функции билиарного тракта использовались дуоденальное зондирование и функциональное ультразвуковое исследование. У 48,9% больных синдромом раздраженного кишечника имелись моторные расстройства билиарного тракта, среди которых преобладал спазм сфинктера Одди, и которые в 56,7% сопровождалась билиарными болями. Сочетание синдрома раздраженного кишечника с дисфункцией билиарного тракта сопровождалось большей выраженностью абдоминального болевого синдрома, вегетативных расстройств, уровня тревожности, а также более значительным снижением качества жизни.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, билиарные дисфункции, перекрестный синдром.

“OVERLAP SYNDROME” IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND FUNCTIONAL GALLBLADDER AND SPHINCTER OF ODDI DISORDERS

M.F. Osipenko, V.I. But-Gusaim, N.B. Voloshina, E.A. Bicbulatova
(Novosibirsk State Medical University)

Summary. The aim of this study was to research gallbladder motility and state of sphincter of oddi in patients with irritable

bowel syndrome. The biliary tract was examined in 137 patients with irritable bowel syndrome. 48,9% patients with irritable bowel syndrome had dysfunction of the gallbladder and/or sphincter of oddi. The most often disorder was sphincter of oddi dysfunction. 56,7% patients with altered motility of biliary tract had biliary pain. Individuals with overlapping functional disorders had more severe abdominal pain, autonomic nervous system dysfunction, psychological distress and decrease of health-related quality of life.

Key words: syndrome of the angry intestines, biliary dysfunctions, a cross syndrome.

Под функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) понимают комбинацию хронических рецидивирующих симптомов, которые нельзя объяснить структурными или биохимическими изменениями. Типичным представителем функциональных заболеваний является синдром раздраженного кишечника (СРК), который диагностируются, прежде всего, по совокупности характерных симптомов. СРК определяется как функциональное заболевание кишечника, при котором боль в животе или дискомфорт связаны с дефекацией или изменением стула и характерным нарушением дефекации. В 2006 г. рабочая группа экспертов пересмотрела критерии функциональных расстройств ЖКТ и была традиционно названа Римским консенсусом III [5,24]. Для больных, которые имеют типичные симптомы СРК, четко соответствующие предложенным критериям, и не имеют симптомов тревоги, объемного дополнительного обследования не требуется. Излишнее дообследование может быть не только дорогостоящим, но и даже вредным [18]. Во всем мире приблизительно 10–20% взрослого населения имеют симптомы, соответствующие СРК [11].

Сочетание различных функциональных расстройств называют «перекрестным» синдромом [25]. Некоторые перекрестные синдромы при СРК изучены довольно хорошо, например, синдром перекреста «СРК – функциональная патология верхних отделов ЖКТ» (изжога, диспепсия и др.) [14].

А. Minosha с соавт. обследовали 990 больных. Определялась частота СРК, синдрома диспепсии (неисследованной) и перекрестного синдрома. Были использованы критерии Рим II для диагностики СРК и диспепсии. Среди афроамериканцев распространенность СРК составляла 0,6%, синдрома диспепсии – 17%, перекрестного синдрома – 7,3% [20]. R.S. Mudipalli с соавт. (2007) при тщательном исследовании 69 больных с функциональной болью в грудной клетке вследствие патологии пищевода в 82% выявили другие функциональные расстройства: в 27% – СРК, в 22% – функциональное абдоминальное вздутие, в 7% – диспепсию и неспецифические кишечные расстройства, в 4% – функциональные запоры, в 3% – абдоминальную боль, в 1% – диарею. У 39% больных с функциональными запорами боли в груди возникают редко, в 6% – часто. Понимание и выявление перекрестных состояний помогает в лечении этих больных [21]. Часто встречается перекрестный синдром функциональной диспепсии, функциональных расстройств кишечника и функциональной изжоги [24].

Работы по сочетанию СРК и функциональных расстройств билиарного тракта практически отсутствуют. G. Holtmann с соавт. при оценке моторики желчного пузыря при дискинетическом варианте диспепсии и СРК выявили довольно противоречивые результаты [13]. Показаны сочетанные нарушения моторики желчного пузыря и моторики кишечника у больных с талассемией [22]. Отчасти отсутствие большого числа ис-

следований по данной проблеме связано со многими неясностями и сложностями разработки и применения критериев функционального поражения билиарного тракта [2,6,7,24].

Целью нашей работы явилось определение функционального состояния билиарного тракта у больных синдромом раздраженного кишечника.

Материалы и методы

На основании тщательного обследования 137 больных синдромом раздраженного кишечника были включены в исследование. Были использованы следующие критерии включения и исключения. Критерии включения: больные синдромом раздраженного кишечника с наличием или отсутствием функциональной патологии билиарного тракта.

Критерии исключения: наличие органических заболеваний ЖКТ, синдрома диспепсии, изжоги, аномалий строения органов ЖКТ, оперативных вмешательств на органах ЖКТ в анамнезе, онкологических заболеваний, декомпенсированных органических заболеваний других органов и систем, заболеваний центральной нервной системы.

Органические причины поражения сфинктерного аппарата и заболевания, сопровождающиеся нарушениями функции билиарного тракта (желчно-каменная болезнь (ЖКБ), паразитарные инвазии, дуоденит, патология дуоденального сосочка и т.д.), исключены у всех больных, включенных в исследование. Для верификации основных функциональных расстройств билиарного тракта руководствовались рекомендациями Международного консенсуса по функциональным заболеваниям [Рим II; 15]. В качестве дополнительных признаков для верификации различных типов билиарной дисфункции учитывались биохимические показатели и диаметр общего желчного протока. Помимо международных подходов для оценки состояния билиарного тракта применялось минутированное дуоденальное зондирование, функциональные ультразвуковые тесты с пищевыми раздражителями [6,7].

Исследование соответствовало критериям открытого когортного одномоментного сравнительного. Все этапы работы осуществлялись при добровольном согласии больных.

Данные представлялись в виде средних (Mean), стандартных ошибок среднего (m), 95%-доверительных интервалов (95%CI). Статистическая обработка осуществлялась с использованием корреляционного анализа по Пирсону, критерия хи-квадрат. Вычислялись относительные риски (OR). Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Функциональные расстройства желчного пузыря относятся к моторно-двигательным нарушениям и вызываются либо метаболическими расстройствами, либо первичными расстройствами моторики. И нарушения желчного пузыря, и нарушения сфинктера Одди проявляются билиарными болями [12]. Функциональные нарушения желчного пузыря подразумевают отсутствие ЖКБ или других структурных изменений билиарного тракта и верхних отделов ЖКТ. Согласно Римским критериям II функциональные расстройства билиарного тракта диагностируются при наличии болей билиарного типа (боли в эпигастрии, правом квадранте живота, длительностью более 30 мин., вызывающие нарушение трудоспособности, необходимость консультации с врачом). Для дисфункции сфинктера Одди билиарного типа помимо билиарных болей могут выявляться и дополнительные признаки: подъем аланиновой трансаминазы и/или щелочной фосфатазы в 2 и более раз при 2-х кратном исследовании, замедление выведения контраста при ретроградной холангиопанкреатографии (более 45 мин.), расширение общего желчного протока более

12 мм. Для дисфункции сфинктера Одди панкреатического типа помимо болей, которые могут носить и более распространенный характер, может выявляться повышение липазы, амилазы, расширение вирсунгова протока. Дисфункция желчного пузыря включает билиарные боли в сочетании со снижением фракции выброса при применении холецистокинина и/или исчезновение болей после холецистэктомии.

Методы стандартизованного функционального исследования билиарного тракта — такие как холецистография с холецистокинином, ретроградная холангио-панкреатография, манометрия — малодоступны, их проведение связано с большим числом осложнений, что ограничивает возможности их широкого применения. Поэтому возникает потребность в применении менее затратных и травматичных методик. В данном исследовании были использованы традиционно применяемые в России методы оценки функции желчевыводящих путей — дуоденальное зондирование и функциональное ультразвуковое исследование (УЗИ) [6,7].

У 12 человек для оценки состояния сфинктера Одди использовались данные динамического УЗИ с измерением диаметра холедоха до и после жирного завтрака, которые сопоставляли с результатами минутированного дуоденального зондирования. У 6 человек выявлена дисфункция сфинктера Одди, которая подтверждена данными минутированного дуоденального зондирования и у всех больных сопровождалась билиарными болями. У 4 человек этой группы с дисфункцией сфинктера Одди размеры холедоха после использования жирного завтрака увеличились на 2 мм, а у 2 — на 3 и более мм. У этих же больных (7 мужчин и 5 женщин) с СРК о моторной функции желчного пузыря судили по фракции выброса желчного пузыря, которую оценивали с помощью ультразвукового динамического исследования, используя в качестве пищевого раздражителя два сырых желтка. Результаты исследования моторной функции желчного пузыря у одних и тех же больных с СРК, полученные по результатам минутированного дуоденального зондирования и ультразвуковой динамической холецистографии, свидетельствовали об одних и тех же видах его функциональных нарушений и подтверждали друг друга (коэффициент корреляции Пирсона $r = 0,89$; $p = 0,00001$).

Полученная сильная высокая корреляция при оценке функции желчного пузыря и состояния сфинктера Одди, полученная по результатам дуоденального зондирования и результатам функционального УЗИ, свидетельствует о высокой достоверности применяемых методов.

Нарушения моторики по данным минутированного дуоденального зондирования выявлены у 67 больных — 48,9% от всех обследованных и в основном проявляются спазмом сфинктера Одди (86,6% от всех случаев функциональных нарушений), нарушением моторики

желчного пузыря (58,2% от всех случаев функциональных нарушений), почти в половине случаев сочетающихся между собой (46,2%). То есть почти у половины больных СРК можно говорить о функциональных нарушениях билиарного тракта, подтверждающих генерализованный характер моторных нарушений ЖКТ при функциональной патологии (табл. 1).

Таблица 1

Частота патологии билиарного тракта у больных СРК

Больные СРК	Количество n=137		Возраст, лет Mean±m	Пол	
	абс.	%		м	ж
С билиарными болями	38	27,7	45,2±2,2	9	29
С функциональными нарушениями билиарного тракта по данным минутированного дуоденального зондирования	67	40,8	45,88±1,6	14	53
Без билиарных болей и функциональных нарушений билиарного тракта	70	42,7	45,97±1,5	19	51

Нарушения моторики считаются одним из ведущих патогенетических механизмов функциональных заболеваний. Существует гипотеза о том, что одним из ключевых моментов этих нарушений является вовлечение гладкой мускулатуры ЖКТ в патологический процесс [17].

Билиарные боли диагностируются у больных СРК в 27,7% (табл. 1) и во всех случаях сопровождаются моторными нарушениями, выявляемыми при минутированном дуоденальном зондировании и функциональном ультразвуковом исследовании. Выраженность моторных нарушений при наличии билиарных болей носит более выраженный характер, чем у больных СРК без билиарных болей. Интенсивность боли у больных СРК при наличии билиарных болей при оценке по 3-х бальной шкале также носит достоверно более выраженный характер (рис. 1).

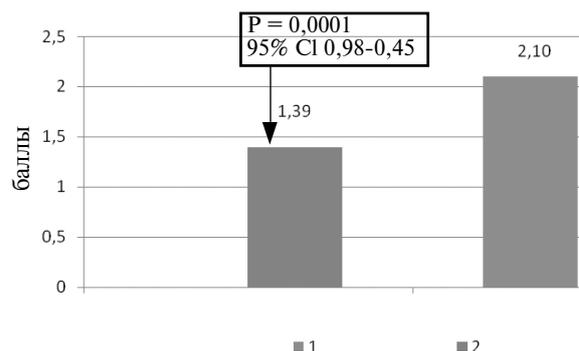


Рис. 1. Интенсивность болевого синдрома у больных с СРК в случае отсутствия (1) и наличия (2) билиарных болей.

W.E. Whitehead с помощью баллонно-дилатационного теста обнаружил феномен висцеральной гиперчувствительности, которая не распространяется на восприятие соматической боли. Причем, по его мнению, гиперчувствительность лежит в основе всей функциональной патологии ЖКТ и, прежде всего, в основе болевых ощущений. Возникающая висцеральная или соматическая гиперальгезия, возможно, является следствием центральных механизмов сенситизации или результатом вовлечения тучных клеток и proteinase-activated

receptor-2 [19]. Болевые ощущения при функциональных нарушениях имеют сложные механизмы возникновения, связанные с периферическим восприятием боли, нарушениями эндогенной модулирующей системы боли [18]. Исследования продемонстрировали генерализованное повышение чувствительности ЖКТ при СРК. Снижение порога чувствительности у больных СРК продемонстрировано в прямой, толстой кишке, а также в пищеводе, желудке и тонкой кишке [17]. Недавние исследования показали, что подобная генерализованная гиперчувствительность сопровождается множеством симптомов со стороны различных органов ЖКТ, более локальное проявление симптомов сопровождается более локальным формированием гиперчувствительности. Трудности определения висцеральной гиперчувствительности билиарного тракта делает практически невозможным его определение при билиарных дисфункциях [12].

Полагаем, что билиарные боли могут являться проявлением повышенной чувствительности билиарного тракта, что подтверждает и более выраженные нарушения моторики, ассоциированные с болями, а также и значительно более высокая частота пальпаторных и рефлекторных симптомов и более высокие уровни биохимических показателей, отражающих холестаза. Последний параметр включен в критерии функциональных расстройств билиарного тракта [24].

Функциональные заболевания ЖКТ, в том числе и СРК, в настоящее время рассматриваются как взаимодействие биологических и психосоциальных факторов. В их патогенез в различной степени вовлечены как измененная моторика, висцеральная гипералгезия, так и расстройства взаимодействия в системе «головной мозг – кишка», т.е. вегетативные и гормональные сдвиги, генетические факторы, факторы окружающей среды, последствия перенесенной инфекции и психосоциальные расстройства.

Идея о вовлечении вегетативной нервной системы в патогенез и развитие СРК высказывалась многими отечественными и зарубежными авторами [10]. Одним из проявлений нарушения вегетативной регуляции является синдром вегетативной дисфункции (СВД). СВД может быть первичным (конституциональным) или вторичным по отношению к какому-либо заболеванию или состоянию [3]. Центральная нервная система оказывает влияние на энтеральную нервную систему посредством вегетативной нервной системы (симпатической и парасимпатической). Анализ клинических проявлений у больных с СРК, проведенный Е.А. Бикбулатовой, М.Ф. Осипенко [8] (2004), показал, что они ассоциированы с наличием и выраженностью СВД. Выявлены прямая корреляционная связь между выраженностью абдоминальной боли и наличием СВД у лиц с СРК.

Данные исследования выявили наличие СВД у 73,6% больных с СРК. Выраженность СВД выше у больных с СРК при наличии билиарной дисфункции, выявляемой при минутированном дуоденальном зондировании и особенно при наличии билиарных болей. У больных СРК с сопутствующими функциональными нарушениями билиарного тракта, выраженность СВД

была существенно выше как при заполнении анкеты самостоятельно ($36,6 \pm 1,9$ балла), так и при заполнении анкеты врачом ($35,3 \pm 1,98$ балла) по сравнению с больными без сопутствующей функциональной дисфункции билиарного тракта, выявляемой при минутированном дуоденальном зондировании, соответственно $22,6 \pm 1,9$ и $27,5 \pm 1,93$ балла, $p < 0,05$ (табл. 2). СВД у больных находился в прямой корреляционной связи с наличием у больных СРК сопутствующих функциональных нарушений билиарного тракта (коэффициент корреляции Пирсона $r = 0,532$; $p = 0,0001$). Уровень вегетативной дисфункции у больных СРК не зависел от вида функциональных нарушений билиарного тракта, а был связан с наличием у них билиарных болей. Отмечена прямая достоверная корреляционная зависимость между интенсивностью болевого синдрома у больных с СРК и наличием вегетативной дисфункции (коэффициент Пирсона: $r = 0,245$; $p = 0,038$). Вегетативная дисфункция при СРК ассоциирована с функциональными расстройствами билиарного тракта (OR 32,1; 95% CI 3,47-1,06; $\chi^2 = 10,59$, $p = 0,001$). Тесная связь функциональных нарушений билиарного тракта с выраженностью вегетативной дисфункции является свидетельством участия вегетативной нервной системы в патогенезе моторных нарушений билиарного тракта у больных с СРК.

Таблица 2

Выраженность СВД (баллы) у больных СРК при отсутствии (1) и наличии (2) функциональных нарушений билиарного тракта по данным минутированного дуоденального зондирования

Показатель	Группы больных		p	95% CI
	1 n=37	2 n=35		
ВД (сам)	$22,6 \pm 1,9$	$36,6 \pm 1,9$	0,0001	8,6 – 19,4
ВД (врач)	$27,5 \pm 1,93$	$35,3 \pm 1,98$	0,006	2,3 – 13,3

Нередко СРК сочетается или манифестирует так называемыми внекишечными проявлениями [4]: нарушением сна и раздраженным мочевым пузырем. Помимо этого встречаются тревога, депрессии, агрофобия и невротические проявления. Ряд внекишечных проявлений сопутствующих СРК можно отнести к проявлениям СВД, что продемонстрировано и в нашем исследовании. Функциональный соматический синдром – группа сочетанных симптомов, возникающих вне связи со структурными или функциональными аномалиями различных систем органов, часто носит перекрестный характер. Например, при СРК возникают фибриалгия, вследствие висцеральной или соматической гиперальгезии [19]. R.E. Williams с соавт. (2004) показали, что у женщин так называемая тазовая боль [26], утяжеляющая симптомы СРК в течение менструаций, и диспареуния (боль во время полового акта) или другие гинекологические симптомы могут затруднять постановку диагноза.

Надсегментарные отделы вегетативной нервной системы ответственны не только за регуляцию деятельности внутренних органов, но и за психоэмоциональное состояние [1]. По литературным данным, 19-61% больных с СРК имеют различные варианты тревожных и депрессивных состояний и нуждаются в коррекции этих состояний [10]. Клинически это проявляется бес-

покойством, немотивированным ожиданием опасности, несчастья, неуверенностью в себе, преувеличением угрожающего характера внешних факторов, снижением мотиваций, различными нарушениями сна. Это состояние нарушает повседневную жизнь, снижая качество жизни больных.

Таблица 3

Уровень тревожности у больных с СРК при наличии (1) и отсутствии (2) билиарной дисфункции, выявляемой по данным минутированного дуоденального зондирования болей

Группы больных	Mean±m	p	95% CI
1 (n= 30)	45,97±1,6	0,893	-6,2 – 5,4
2 (n= 21)	45,6 ±2,6		

Высокий уровень тревожности у больных с СРК значимо ассоциирован с выраженностью вегетативной дисфункции (p = 0,038, 95% CI 0,53-17,34) [8]. Так у больных СРК наблюдается усиление моторики в ответ на психологическое воздействие [25].

Таблица 4

Уровень тревожности (баллы) у больных с СРК при наличии билиарной дисфункции, выявляемой по данным минутированного дуоденального зондирования в зависимости от отсутствия (1) или наличия (2) билиарных болей

Группа больных	Mean±m	p	95% CI
1 (n=16)	42,9±1,6	0,014	1,3 – 11,7
2 (n=14)	49,4±2,0		

В нашем исследовании выявлена высокая частота повышенной тревожности у больных СРК. Более вы-

сокий уровень тревожности выявляется у больных СРК в сочетании с билиарной дисфункцией и, особенно, в группе больных с билиарными болями (табл. 3, 4).

В работе Е.А. Бикбулатовой [8] была выявлена прямая корреляционная связь между наличием СВД и уровнем тревожности у больных с СРК (r = 0,342, p = 0,044), что подтвердилось и в нашем исследовании.

Основные клинические проявления СРК: абдоминальные боли, нарушение пассажа, метеоризм существенно снижают качество жизни у больных с данным заболеванием. Многочисленные отечественные и зарубежные исследования показали, что у больных с персистирующей кишечной симптоматикой достоверно ухудшается качество жизни [9,16,25]. Снижение качества жизни [27] проявляется в ограничении социальной активности, работе по дому, эмоциональном ответе на боль, чувстве беспомощности, потере контроля, депрессии, раздражительности, изменении стиля жизни вследствие реакции на дефекацию или прием пищи.

В нашем исследовании показатели по шкале физического функционирования у больных с СРК без сопутствующих функциональных нарушений билиарного тракта были равны 86,4±2,7 балла, в то же время у больных без функциональных нарушений билиарного тракта – 62,9±7,8 балла (95% CI 11,7-35,3; p=0,0001), а показатели шкалы ролевого физического функционирования – соответственно 64,3±7,8 и 32,3±9,0 балла (95% CI 7,8-56,1; p=0,011) (рис. 2). Не отмечено достоверных различий в показателях качества жизни у больных с СРК в зависимости от вида сопутствующих функциональных нарушений билиарного тракта – спазма сфинктера Одди или дисфункции желчного пузыря.

Ряд исследований также подтверждает более выраженный характер нарушений при их сочетанных вариантах. Так в большом исследовании [23] выявлено за-

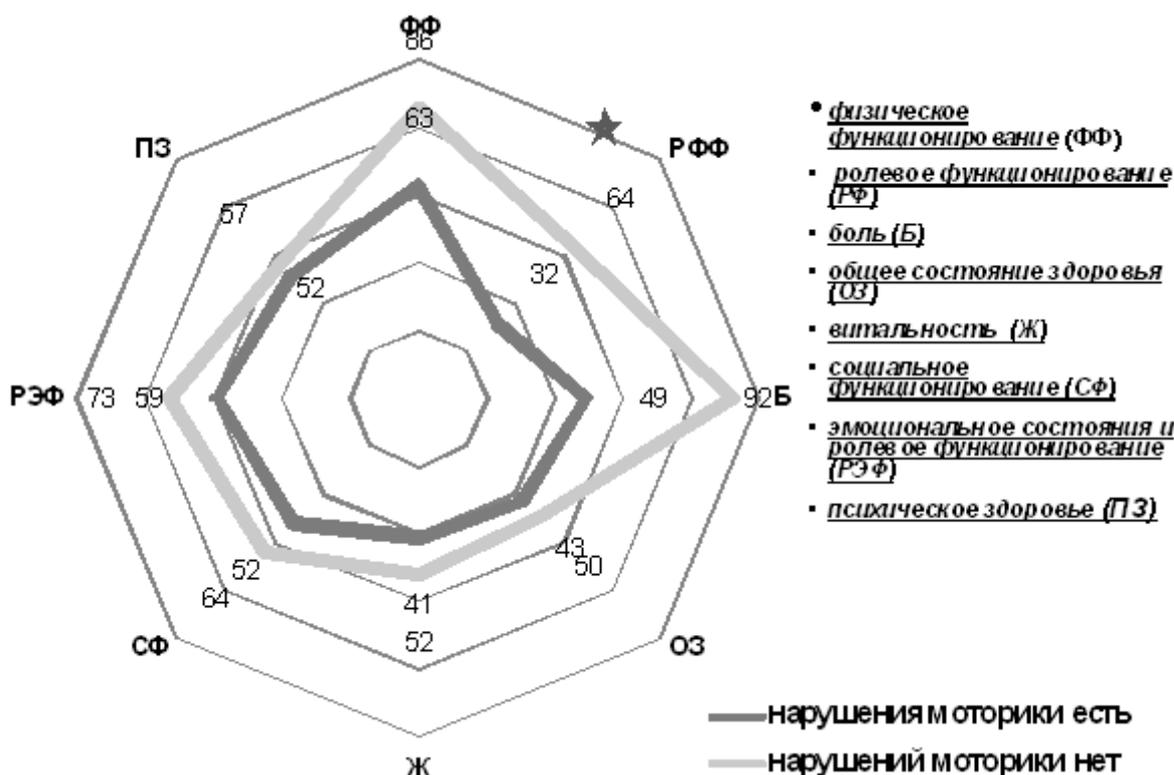


Рис. 2. Качество жизни больных СРК в зависимости от наличия нарушений моторики билиарного тракта.

медление эвакуации из желудка у больных перекрестным синдромом «СРК – функциональная диспепсия» и отсутствие подобных у больных без диспепсии при наличии изолированной СРК. Это свидетельствует о том, что перекрестный синдром – признак более выраженных тяжелых генерализованных функциональных нарушений. В других исследованиях также выявлены более серьезные нарушения при электрогастрографии только при наличии СРК в сочетании с симптомами диспепсии. W.E. Whitehead с соавт. (2002) показали, что наличие перекрестного соматического синдрома СРК с фибромиалгией, головной болью, болью в пояснице, мочеполовыми симптомами и др. часто серьезно утяжеляют СРК и могут даже затруднить диагностику. A. Wilson с соавт. (2004) выявили, что симптомы СРК порой серьезно ухудшают качество жизни особенно при сочетании с другими функциональными нарушениями, что подтверждается и нашим исследованием [27].

Таким образом, по нашим данным у больных с синдромом раздраженного кишечника в 48,9% случаев имеются моторные расстройства билиарного тракта, выявляемые при минутированном дуоденальном зондировании и функциональном ультразвуковом исследовании, среди которых преобладает спазм сфинктера Одди. В 56,7% они сопровождаются билиарными болями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни печени и желчевыводящих путей / Под ред. В.Т. Ивашкина. Руководство для врачей. – М.: М-Вести, 2002. – 432 с.
2. *Вейн А.М.* Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. – М.: МИА, 2000. – 749 с.
3. *Ефремов А.В., Доронин Б.М., Захаров В.Н., Тышкевич О.Б.* Вегето-сосудистая дистония – синдром или болезнь управляющих систем организма? Клинико-патфизиологический подход к анализу проблемы // Консилиум. – 1999. – № 4. – С.65-74.
4. *Ивашкин В.Т.* Синдром раздраженной кишки: Практическое руководство для врачей. – М.: РГА, 1999. – 28 с.
5. *Маев И.В., Чермушкин С.В.* Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III // Гастроэнтерология. – 2007. – № 1.
6. *Максимов В.А., Чернышев А.Л., Бунтин С.Е.* Билиарная недостаточность // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 1. – С.142.
7. *Минушкин О.Н.* Дисфункциональные расстройства билиарного тракта. Патфизиология, диагностика и лечебные подходы: Методические рекомендации. – М., 2002. – 13 с.
8. *Осипенко М.Ф., Бикбулатова Е.А.* Взаимосвязь между клиническими проявлениями и синдромом вегетативной дисфункции у больных с синдромом раздраженного кишечника // Клин. мед. – 2005. – № 5. – С.36-40.
9. *Решетников О.В., Курилович С.А., Пыленкова Е.Д.* Качество жизни и синдром диспепсии: эпидемиологическое исследование (предварительные данные) // Актуальн. вопросы соврем. медицины. – Новосибирск, 2004. – С.70-73.
10. *Симаненков В.И., Гриневич В.Б., Потапова И.В.* Функциональные и психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта. – СПб., 1999. – 164 с.
11. *Agreus I., Svardsudd K., Nyreu O., Tibblin G.* Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the population: overlap and lack of stability over time // Gastroenterology. – 1995. – Vol. 109. – P.671-680.
12. *Behar J., Corazzari E., Guelrud M., et al.* Functional gallbladder and sphincter of oddi disorders // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130, № 5. – P.1498-509.
13. *Colecchia A., Sandri L., Staniscia T., et al.* Gallbladder motility and functional gastrointestinal disorders // Dig Liver Dis. – 2003. – Vol.35, № 6. – Suppl 3. – S.30-34.
14. *Corsetti M., Caenepeel P., Fischler B., et al.* Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia // Am. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 99. – P.1152-1159.
15. *Drossman D.A.* The functional gastrointestinal disorder and the Rome II process // Gut – 1999. – Vol.45. – Suppl II. – P.II1-II2.
16. *El-Serag H.B., Oldrn K., Bjorkman D.* Helth-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2002. – Vol. 16. – P.1171-1185.
17. *Holtmann G., Goebell H., Talley N.J.* Functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: is there a common pathophysiological basis? //Am J Gastroenterol. – 1997. – Vol. 92. – P.954-959.
18. *Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D., et al.* Functional bowel disorders // Gastroenterology. – 2006. – Vol.130, № 5. – P.1480-1491.
19. *Masuko K., Nakamura H.* Functional somatic syndrome: how it could be relevant to rheumatologists // Mod Rheumatol. – 2007. – Vol. 17, № 3. – P.179-1784.
20. *Minocha A., Chad W., Do W., Johnson W.D.* Racial differences in epidemiology of irritable bowel syndrome alone, un-investigated dyspepsia alone, and «overlap syndrome» among african americans compared to Caucasians: a population-based study // Dig Dis Sci. – 2006. – Vol. 51, № 1. – P.218-226.
21. *Mudipalli R.S., Remes-Troche J.M., Andersen L., Rao S.S.* Functional chest pain: esophageal or overlapping functional disorder // J. Clin. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 41, № 3. – P.264-269.
22. *Portincasa P., Moschetta A., Berardino M., et al.* Impaired gallbladder motility and delayed orocecal transit contribute to pigment gallstone and biliary sludge formation in ?-thalassemia major adults // World J Gastroenterol. – 2004. – Vol. 15, № 10. – P.2383-2390.
23. *Stanghellini V., Tosetti C., Barbara G., et al.* Dyspeptic symptoms and gastric emptying in the irritable bowel syndrome // Am. J. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 97. – P.2738-2743.
24. *Talley N.J.* Functional gastrointestinal disorders in 2007 and Rome III: something new, something borrowed, something objective // Rev. Gastroenterol. Disord. – 2007. – Vol. 7. – P.97-105.
25. *Whitehead W.E., Paulsson O., Jones K.R.* Systematic review of the comorbidity or irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? // Gastroenterology. – 2002. – Vol. 122. – P.1140-1156.
26. *Williams R.E., Hartmann K.E., Sandier R.S.* Prevalence and characteristics of irritable bowel syndrome among women with chronic pelvic pain // Obstet Gynecol. – 2004. – Vol. 104. – P.452-458.
27. *Wilson A., Longstreth G., Knight K.* Quality of life in managed care patients with irritable bowel syndrome // Manage Care Interface. – 2004. – Vol. 17. – P.24-28.

Адрес для переписки:

ngma@bk.ru – зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, проф. Марина Федоровна Осипенко