

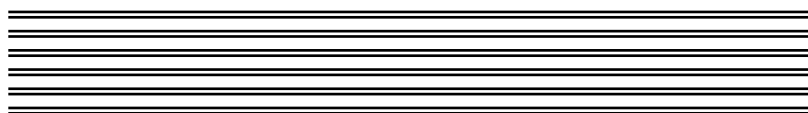
Министерство здравоохранения Украины
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецкая областная государственная санитарно-эпидемиологическая станция



Вестник

ГИГИЕНЫ

И ЭПИДЕМИОЛОГИИ



Том 13, № 2, 2009

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М. ГОРЬКОГО

ВІСНИК ГІГІЄНИ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЇ
ВЕСТНИК ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ
VESTNIK OF HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

Науково-практичний журнал
Заснований у 1997 році

Том 13, № 2, 2009

Редакційно-видавничий відділ
Донецького національного медичного університету ім. М. Горького

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА. МЕДИЧНА ЕКОЛОГІЯ

С.В. Грищенко, І.М. Нагорний, Р.С. Свестун, М.В. Цандур, О.В. Абакумова, П.В. Кудимов, М.В. Циганкова Територіальні закономірності техногенного забруднення навколишнього середовища в Україні

243 *S.V. Gryshenko, I.M. Nagorny, R.S. Svestun, M.V. Tsandur, O.V. Abakumova, P.V. Kudymov, M.V. Tsygankova* Territorial Conformities to the Law of Anthropogenic Environmental Pollution in Ukraine

В.Н. Петрова, О.В. Сняченко Связь микроэлементного статуса в организме при подагре с уровнем микроэлементов в почве и грунтовых водах зон проживания больных

249 *V.N. Petrova, O.V. Snyachenko* Connection of the Microelemental Status of Organism at a Gout with Level of Microelements in Soil and Subsoil Waters of Residing Zones of Patients

Ю.А. Ищейкина Гигиеническая оценка роли факторов образа жизни в формировании патологии сердечно-сосудистой системы

252 *Yu.O. Ischeykina* Hygienic Assessment of the Role of Lifestyle Factors in the Formation of Pathology of the Cardiovascular System

М.Г. Степанова, З.Л. Усикова, Е.В. Старостенко, Т.И. Самойленко Эпидемиологический анализ заболеваемости гельминтозами населения Донецкой области

257 *M.G. Stepanova, Z.L. Usikova, E.V. Starostenko, T.I. Samoilenko* Epidemiological Analysis of Morbidity by Helminthiasis of Donetsk Region Population

ГІГІЄНА ПРАЦІ ТА ПРОФЕСІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

THE OCCUPATIONAL HYGIENE AND DISEASES

Г.В. Тищенко Влияние острых отравлений метаном на показатели клеточного иммунитета у горняков угледобывающих шахт

260 *A.V. Tischenko* Influence of the Sharp Poisonings Methane on the Indexes of Cellular Immunity for the Miners of Coal Mines

С.С. Панина, Н.П. Нудьга, Н.А. Санина, Л.Г. Степанова, Н.А. Яковенко Возможности использования 6 MWT при оценке функционального состояния у больных пылевым бронхитом

264 *S.S. Panina, N.P. Nudga, N.A. Sanina, L.G. Stepanova, N.A. Yakovenko* Opportunities of 6 MWT Use in Assessment of Functional State of Patients with Dust Bronchitis

А.І. Солоділов Особливості клітинного імунітету і його зв'язок з розвитком пневмоконіозу у гірників вугільних шахт

267 *A.I. Solodilov* Peculiarities of Cellular Immunity and its Correlation with Pathogenesis of the Pneumoconiosis of Coal Mines' Mineworkers

ГІГІЄНА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

THE HIGIENE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Н.В. Нагорная, А.В. Дубовая, Н.А. Четверик, И.Ю. Муравская, С.А. Паршин, О.С. Сергиенко, Е.В. Сульжук, И.П. Гончаренко Особенности состояния здоровья и элементного состава организма школьников, живущих в экологически неблагоприятных условиях

270 *N.V. Nagorna, G.V. Dubova, N.A. Chetverik, I.Yu. Muravskaya, S.O. Parshin, O.S. Sergienko, O.V. Sulzhuk, I.P. Goncharenko* Features of Health State and Elemental Structure of an Organism of the Schoolchildren Living in Ecologically Harmful Conditions

В.О. Коробчанський, О.Г. Резніченко Влияние характера навчання та умов життєдіяльності на функціональний стан студентів вищих навчальних закладів

275 *V.A. Korobchanskiy, A.G. Reznichenko* Influence of Training Character of Conditions of Vital Activity on the Functional State of Students of Higher Educational Institutions

ГІГІЄНА ХАРЧУВАННЯ

NUTRITION HYGIENE

В.Д. Ванханен, В.И. Денисенко, С.Б. Лытко, А.Е. Нелепа, В.В. Сотченко Санитарно-эпидемиологический надзор за объектами продовольственного комплекса в условиях государственно-рыночных механизмов хозяйствования

278 *W.D. Vankhanen, V.I. Denisenko, S.B. Lytko, A.E. Nelepa, V.V. Sotchenko* Sanitary and Epidemiological Surveillance Over the Objects of Food-Producing Complex Under the Conditions of State and Market Mechanisms of Economy

В.Р. Давыдова, Т.А. Выхованец К вопросу организации питания студентов в современных условиях обучения (на примере ВУЗов г. Донецка)

281 *V.R. Davydova, T.A. Vykhovanets* To the Question of Nutrition Organization of Students in Modern Terms of Teaching (On the Example of Donetsk Higher Educational Establishments)

РАДІАЦІЙНА МЕДИЦИНА

RADIATIVE MEDICINE

А.П. Оперчук Оценка величины радиационных рисков персонала урановых шахт Украины

285 *A.P. Operchuk* Estimation of Radiation Risks for the Workers of Ukrainian Uranium Mines

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ІМУНОЛОГІЯ, ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

EPIDEMIOLOGY, IMMUNOLOGY, INFECTIOUS DISEASES

С.А. Риженко, А.Ю. Лисий, О.М. Полторак Деякі епідеміологічні особливості захворюваності на гострі кишкові інфекції населення в умовах сільського району

290 *S.A. Ryzhenko, A.Y. Lysyi, O.N. Poltorak* Some Epidemiological Features of Morbidity by Acute Enteric Infections of Population in Conditions of Rural District

С.С.Боева, О.Ю. Ніколенко, М.М.Ананьева, Ю.Ю.Крайненко Порущення аутоімунітету при пневмоконіозі та його корекція в експерименті за допомогою алопуринолу та преднізолону

294 *S.S.Boeva, O.Y.Nikolenko, M.N.Ananieva, Yu.Yu.Kraynenko* Disorders of Autoimmunity at Pneumoconiosis and Its Correction in the Experiment by Allopurinol and Prednisolon

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

PROPHYLACTIC MEDICINE

І.В. Бугорков Организационно-управленческие решения стоматологической практике

297 *I.V. Bugorkov* Administrative-Organizational Decisions in Stomatological Practice

Е.А. Кирьян Профилактика синдрома раздраженного кишечника у пациентов Полтавского региона

300 *E.A. Kiriyan* Prevention of Irritable Bowel Syndrome in Poltava Region Patient

І.В. Чижевський, В.С. Стуликова, Е.В. Дегтяренко Епідеміологія карієса зубів у дітей молодшої вікової групи

304 *I.V. Chyzhevskiy, V.S. Stulikova, E.V. Degtyarenko* Epidemiology of Dental Caries in Youngest Age Group Children

*Е.А. Кирьян***ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЛТАВСКОГО РЕГИОНА***Гастроэнтерологический центр Полтавской областной клинической больницы, Украина*

Реферат. Для предупреждения возникновения рецидивов синдрома раздраженного кишечника (СРК) и определения мер профилактики заболевания обследовано 120 пациентов с различными вариантами СРК в Полтавском регионе. Рассмотрены особенности корригируемых и некорригируемых предрасполагающих факторов в развитии заболевания у пациентов с различными вариантами СРК. Установлено, что среди различных типов СРК наиболее часто выявлялись такие корригируемые факторы, как нарушение пищевого рациона и режима питания, заболевания урогенитальной зоны, ограниченная физическая нагрузка, избыточный вес. Среди некорригируемых доминировали психотравмирующие события, стрессы, кишечные инфекции. Воздействие на корригируемые факторы является эффективным способом профилактики возникновения рецидивов СРК.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, профилактика, предрасполагающие факторы, Полтавский регион

Синдром раздраженного кишечника является одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии и относится к широко распространенным заболеваниям. Во всем мире среди взрослого населения распространенность СРК колеблется от 14-22% до 30-50% [3,5], и в среднем составляет около 20% населения земного шара [7]. При этом около 2/3 пациентов не обращаются за медицинской помощью из-за особенностей предъявляемых жалоб. В Украине распространенность СРК не ниже, чем в развитых странах. Однако из-за того, что диагноз ставится недостаточно часто, в основном специалистами-гастроэнтерологами, создается впечатление о низкой встречаемости данной патологии у нас в стране. Заболеваемость СРК составляет 1%. Пик заболеваемости приходится на молодой возраст, в среднем от 30 до 50 лет [2,7]. Женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины [6], однако среди мужчин «проблемного» возраста, после 50 лет, СРК распространен так же часто, как и среди женщин. Симптомы заболевания часто значительно ухудшают качество жизни, беспокоят пациентов длительное время [4,8]. Поскольку СРК является рецидивирующим функциональным заболеванием, полное выздоровление после лечения наблюдается только у 35-40% пациентов, в среднем через 12-30 месяцев [6]. Несмотря на благоприятный прогноз для жизни по продолжительности временной нетрудоспособности и по показателям затрат на медицинское обслуживание и лечение, заболевание наносит большой экономический ущерб обществу [2,5,9]

СРК относится к полиэтиологическим заболеваниям, но до настоящего времени этиопато-

генез остается до конца не изучен, что связано с неоднократными пересмотрами консенсуса по терминологии и классификации СРК, которые были разработаны после международных рабочих совещаний гастроэнтерологов (Рим, 1988, 1999, 2006). Поиск новых аспектов патогенеза, предупреждение возникновения рецидивов и профилактика развития самого заболевания остается приоритетным направлением в гастроэнтерологии [3].

Целью данной работы было изучение, оценка влияния и возможная коррекция предрасполагающих факторов развития заболевания у обследованных пациентов с различными вариантами СРК в Полтавском регионе.

Материал и методы

Проведено обследование 120 больных с различными типами СРК, лечившихся в гастроэнтерологическом центре Полтавской областной клинической больницы, из них 35 (29,2%) мужчин и 85 (70,8%) женщин, в возрасте от 18 до 65 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Клинически диагноз СРК у пациентов устанавливался согласно Римским критериям III (2006) [2,6], при этом различные типы СРК выделялись клинически с учетом изменений стула, в соответствии с Бристольской шкалой кала [2,4]. Всем больным для исключения органической патологии органов брюшной полости, помимо общеклинических исследований, проводились эндоскопические исследования толстой кишки (ректороманоскопия, колоноскопия), при необходимости рентгенологическая диагностика кишечника, фиброгастродуоденоскопия, УЗИ, рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки. Среди обследованных преобладали пациенты молодого возраста, до 45 лет, пик заболеваемости приходился на период от 30 до 40 лет. При этом в разных возрастных группах у женщин СРК встречался достоверно чаще (70,8%), чем у мужчин (29,2%) ($p < 0,05$), соотношение женщин и мужчин колебалось от 3,7:1 до 1,6:1, и в среднем составило 2,4:1, что соответствует данным литературы [1,2,6]. Среди обследованных пациентов встречались все варианты СРК. Преобладал вариант СРК, протекающий с запорами – 52 (43,3%) больных, с диареей выявлялся несколько реже – у 42 (35,0%) пациентов, смешанный тип выявлен у 19 (15,8%) больных, недифференцированный тип у 7 (5,9%) человек, что не отличается от данных других исследователей [4]. 97 (80,8%) пациентов с различными вариантами СРК заболели в возрасте до 45 лет, из них 36 (30,0%) пациентов в возрасте от 15 до 25 лет, и 33 (27,5%) больных – от 26 до 35 лет. С возрастом количество больных заболевших СРК

Таблица 1. Предрасполагающие факторы у пациентов СРК

Факторы:	n	%
Всего	120	100
1.Некорригируемые:		
-Стрессы, психотравмирующие события	49	40,8*
-Кишечные инфекции, глистные инвазии	33	27,5
-Операции на органах брюшной полости и малого таза	17	14,2
-Вредные факторы воздействия производства	7	5,8*
2.Корригируемые:		
-Избыточный вес	24	20,0
-Ограниченная физическая нагрузка	31	25,8
-Психоневрологические заболевания	17	14,2
-Курение, алкоголь	7	5,8*
-Изменения микробиоценоза кишечника	20	16,6
-Хр.простатит, хр.аднексит, наруш.менстр.цикла	58	48,3**

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ - при сравнении различных факторов

Таблица 2. Особенности режима и характера питания у больных с различными вариантами СРК

Особенности режима питания и пищевого рациона	Всего		Запор		Диарея		Смешан. тип		Недиф. тип	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего	120		52	43,3	42	35,0	19	15,8	7	5,9
Нерегулярный прием пищи	38		17	44,7	12	31,6	7	18,4	2	5,3
Утренний прием пищи (малый объем)	56		33	58,9**	11	19,6	9	16,1	3	5,4
Прием горячей пищи (менее 2 раз/день)	27		8	29,6	10	37,1	8	29,6	1	3,7
Употребление салатов (менее 4 раз/нед.)	65		35	53,9*	22	33,8	6	9,2	2	3,1
Прием 1-х блюд (менее 4 раз/нед.)	31		13	41,9	11	35,5	4	12,9	3	9,7
Употребление жидкости менее 2 л/день	52		30	57,7**	10	19,2	11	21,2	1	1,9
Плохая переносимость:										
а) молока	27		7	25,9	12	44,4	6	22,2	2	7,5
б) кофе, чай, шоколад	10		3	30,0	4	40,0	2	20,0	1	10,0
в) меда	4		2	50,0	2	50,0	-	-	-	-

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ - при сравнении различных вариантов СРК

уменьшалось до 7,5% в возрастной группе от 56 лет до 65 лет ($p < 0,01$). Длительность заболевания обследованных больных колебалась от 6 месяцев до 25 лет, но при этом было характерно длительное течение заболевания, от года до 10 лет.

Оценивали особенности влияния различных предрасполагающих факторов на течение заболевания, их возможную коррекцию. Полученные данные подвергали статистической обработке по методу вариационной статистики, использовались t-критерии Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Для достижения поставленной цели и определения влияния различных факторов на течение и развитие заболевания, а также возможной коррекции лечения различных вариантов СРК,

предрасполагающие факторы были разделены на корригируемые и некорригируемые. К некорригируемым факторам были отнесены выявленные в анамнезе стрессовые ситуации психотравмирующие события, кишечные инфекции и ранее перенесенные глистные инвазии, операции на органах брюшной полости и малого таза, вредные производственные факторы (табл. 1).

Как следует из представленных данных, среди некорригируемых предрасполагающих факторов у пациентов с различными вариантами СРК доминировали психотравмирующие события, стрессовые ситуации – 49 (40,8%) больных ($p < 0,05$), что соответствует данным других авторов [1, 2]. Достаточно часто отме-

чалось развитие заболевания у больных, перенесших глистные инвазии, кишечные инфекции – 33 (27,5%) пациентов, что объясняется нарушением клеточного состава слизистой оболочки толстой кишки [2]. Наиболее редко пациенты связывали развитие заболевания с воздействием вредных факторов производства – 7 (5,8%) ($p < 0,05$). Операции на органах малого таза и брюшной полости, такие как кесарево сечение, аппендектомия, ущемленная грыжа, способствовавшие нарушению моторно-эвакуаторной функции кишечника [4] у пациентов СРК выявлялись у 17 (14,2%) больных.

Из корригируемых факторов достоверно чаще встречались заболевания урогенитальной зоны, хронический аднексит, кольпит, вагинит, нарушения менструального цикла, хронический простатит – 58 (48,3%) больных ($p < 0,01$), которые могут быть не только очагом хронической инфекции, способствующим развитию кишечного дисбиоза, но и вызывать регуляторные изменения моторики кишечника за счет нарушения гормонального фона и вегетативного дисбаланса. По мнению некоторых авторов [2] наличие урогенитальных изменений не всегда предшествует развитию СРК, но их наличие ухудшает его течение, обуславливает резистентность к терапии, поэтому мы рассматривали наличие этих изменений у обследованных больных как предрасполагающие факторы развития СРК.

Достаточно часто у обследованных пациентов выявлен избыточный вес – 24 (20,0%) больных, отсутствие достаточной физической нагрузки, утренней гимнастики – 31 (25,8%) больных, что могло способствовать развитию нарушений моторной активности кишечника. Психоневрологические заболевания, требующие консультации и наблюдения у психотерапевта определялись у 17 (14,2%) больных. Наиболее редко среди обследованных больных с СРК выявлены такие предрасполагающие факторы, как курение, частое употребление алкоголя – 7 (5,8%) больных. Выявленные факторы определялись с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин, отличия среди различных вариантов СРК выявлено не было.

Следовательно, среди пациентов с различными типами СРК наиболее часто выявлялись такие корригируемые факторы, как заболевания урогенитальной зоны, ограниченная физическая нагрузка, избыточный вес, из некорригируемых – психотравмирующие события, стрессы, кишечные инфекции.

Так как одними из корригируемых факторов, способствующими развитию различных подтипов СРК, могут быть особенности питания, детально изучены режим питания и пищевой рацион обследуемых пациентов (табл.2).

Как следует из приведенной таблицы, треть пациентов СРК питались нерегулярно. Среди пациентов с различными формами СРК количество больных с низким содержанием пищевых волокон в рационе (прием свежих салатов менее 4 раз в неделю) составило 65 (54,2%) больных, редкий прием горячей пищи выявлен у 27 (22,5%) больных, редкое употребление первых блюд (менее 4 раз в неделю) отмечено у 31 (25,8%) больного с СРК. Недостаточный по объему и плотности завтрак выявлен у 56 (46,6%) пациентов, что могло способствовать суточной дизаритмии моторики толстой кишки и предрасполагать к возникновению СРК.

При изучении пищевого рациона больных СРК, существенных особенностей выявлено не было, однако 52 (43,3%) пациента отмечали недостаточное количество употребляемой жидкости (менее 2 литров в день). Ухудшение состояния пациенты связывали с употреблением молока – 27 (22,5%) больных, кофе, чая, шоколада – 10 (8,3%) больных, меда – 4 (3,3%) больных, что может отражать формирование пищевой непереносимости некоторых продуктов у больных СРК.

Среди различных подтипов СРК отмечался с одинаковой частотой нерегулярный прием пищи, редкое употребление первых блюд и горячей пищи, а также плохая переносимость некоторых продуктов. Достоверно чаще при СРК с запорами выявлялись недостаточный по объему завтрак – 33 (58,9%) больных, недостаточное употребление жидкости (менее 2 литров в день) – 30 (57,7%) больных ($p < 0,01$), и редкое употребление салатов – 35 (53,9%) больных ($p < 0,05$), что способствовало развитию симптомов СРК.

Таким образом, в пищевом рационе пациентов с различными формами СРК преобладали такие предрасполагающие факторы, как нерегулярный прием пищи, отсутствие первых блюд, редкое употребление горячей пищи. Недостаточный по объему завтрак, редкое употребление свежих салатов, недостаточное суточное употребление жидкости также доминировали среди различных вариантов СРК, достоверно чаще при СРК с запорами.

Так как рафинированные продукты питания в рационе современного человека являются одним из предрасполагающих факторов развития СРК, подробно изучали наиболее употребляемые и любимые блюда пациентов. Наиболее часто пациенты с различными формами СРК отдавали предпочтение мучным изделиям – 32 (26,6%) больных, сладкому – 27 (22,5%) больных, что также могло способствовать развитию заболевания.

После стандартного амбулаторного, стационарного лечения отмечалось улучшение состояния всех пациентов. Для предупреждения возникновения рецидивов заболевания, профилактики развития симптомов СРК, с учетом выявленных корригируемых предрасполагающих факторов, пациентам были даны рекомендации по коррекции образа жизни. Больным рекомендовалось увеличить дозированную физическую нагрузку, снизить вес, полностью исключить употребление алкоголя, отказаться от курения, избегать стрессовых ситуаций, провести терапию заболеваний урогенитальной зоны. Рекомендовалось особое внимание уделять режиму питания и пищевому рациону: пищу принимать регулярно, употреблять достаточный объем жидкости (30-35мл/кг), ввести в ежедневный рацион салаты, полноценный завтрак, первые блюда, а также прием горячих блюд не менее 2-х раз в день. Пациентам рекомендовали исключить из рациона плохо переносимые продукты, такие как молоко, мед, шоколад и др., также ограничить в ежедневном рационе употребление мучных изделий, сладкого.

Больные с различными формами СРК находились под наблюдением от одного месяца до года. 1/3 (38) пациентов тщательно соблюдала данные рекомендации. При этом у наблюдаемых больных не отмечалось возникновения рецидивов заболевания. Только у 3 (7,9%) паци-

ентов, после стрессовых ситуаций имело место кратковременное появление метеоризма и возникновение непродолжительного диарейного синдрома. В группе больных, не соблюдавших данные рекомендации, у 24 (29,3%) пациентов в течение года периодически появлялись нарушения стула, 32 (39,0%) больных - болевой синдром, 12 (14,6%) больных отмечали частое возникновение метеоризма, урчания, бурчания в животе, 18 (21,9%) пациентов предъявляли жалобы на головные боли, усталость, слабость.

Следовательно, нормализация образа жизни, режима питания, пищевого рациона может благоприятно влиять на течение заболевания, способствовать предупреждению возникновению рецидивов СРК.

Выводы

Профилактика СРК может осуществляться за счет влияния на корригируемые предрасполагающие факторы, являться важным звеном в предупреждении возникновения заболевания.

Е.А. Kiriyan

Prevention of Irritable Bowel Syndrome in Poltava Region Patient

120 patients in Poltava region with different types of irritable bowel syndrome (IBS) were observed for prevention of IBS relapse and determination of preventive measures. Peculiarities of modified and unmodified predisposing factors for disease's development in patients with different types of IBS were analyzed. It was ascertained that among different types of IBS the most popular are such modified factors as disorders in dietary intake and dietary habits, diseases of urinary tract, limitations of physical loads and obesity. Among unmodified factors in IBS patients stress, psychodramas, bowel infections in anamnesis were found. Correction of modified factors induced IBS is effective prophylactic methods of IBS relapses. (Vestn. Hyg. Epid. – 2009. – Vol. 13, № 2. – P. 300 - 303).

Key words: irritable bowel syndrome, prevention, predisposing factors, Poltava region

О.А. Кир'ян

Профілактика синдрому подразненого кишківника у хворих Полтавського регіону

Для попередження виникнення рецидивів синдрому подразненої кишки (СПК) та визначення заходів профілактики захворювання обстежено 120 пацієнтів з різними варіантами СПК у Полтавському регі-

оні. Розглядалися особливості коригованих та не коригованих факторів схильності у розвитку захворювання хворих на різні варіанти СПК. Установлено, що серед різних типів СПК найчастіше часто виявлялись такі кориговані фактори, як порушення харчового раціону та режиму харчування, захворювання уrogenітальної зони, обмеження фізичних навантажень, збиткова вага. Серед не коригованих домінували психотравмуючі події, стреси, кишкові інфекції. Вплив на кориговані фактори є ефективним способом профілактики виникнення рецидивів СПК. (Вісн. гіг. епід. – 2009. – Т. 13, № 2. – С. 300 - 303).

ЛІТЕРАТУРА

1. Дзяк Г.В. Функціональні захворювання кишечника / Дзяк Г.В., Залевський В.І., Степанов Ю.М. - Дніпропетровськ: ПП «Ліра ЛТД», 2004. – 200 с.
2. Синдром раздраженного кишечника: Современные аспекты диагностики и лечения / [Звягинцева Т.Д., Чернобай А.И., Шаргород И.И. и др.]. - Харьков, 2007. – 59 с.
3. Козлова И.В. Синдром раздраженного кишечника: новые аспекты патогенеза, диагностики, прогнозирования течения / Козлова И.В. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – №3. – С. 57 - 60.
4. Маев И.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III / Маев И.В., Черемушкин С.В. // Гастроэнтерология. – 2007. – Т. 9, №1. – С. 3-8.
5. Минушкин О.Н. Синдром раздраженного кишечника / Минушкин О.Н. // Терапевтический архив. – 2000. – №1. – С. 71-72.
6. Руководство Всемирной гастроэнтерологической организации «Синдром раздраженного кишечника: глобальные перспективы» // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – №4(48). – С. 47-53.
7. Харченко Н.В. Етіопатогенетичні підходи до лікування деяких форм синдрому подразненого кишечника / Харченко Н.В., Анохіна Г.А., Кисла О.М. // Новости медицины и фармации. – 2006. – №15 (197). – С.13-14.
8. Wilson A., Longstreth G., Knight K. et al. Quality of life in managed care patients with irritable bowel syndrome // Manage Care Interface. – 2004. – Vol.17. – P. 24-28.
9. American Gastroenterological Association medical position statement: irritable bowel syndrome / Gastroenterology. – 2002. – Vol.123 (6). – P. 2105-2107.

Надійшла до редакції 18.06.2009