



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

12(50)2022

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (50)

2022

декабрь



Received: 20.11.2022
Accepted: 29.11.2022
Published: 20.12.2022

УДК 616.34-009-07

ИЧАК ТАЪСИРЛАНИШ СИНДРОМИДА ИЧАК АЛОМАТЛАРИНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ

Махмудова Лола Иззатиллоевна, Абдуллаев Икром Абдувалиевич

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

✓ Резюме

Тадқиқотга 2017 йилдан 2019 йилгача Бухоро вилоят қўп тармоқли тиббиёт марказининг гастроэнтерология бўлимида текширилган ва даволанган ИТС билан касалланган 82 нафар бемор киритилди. Беморларнинг ўртача ёши $33,2 \pm 0,8$ ёшга таъкил этади. «Ичак» аломатлари ИТСнинг рефрактер турида норефрактер турига нисбатан яққолроқ намоён бўлди: ИТСр-д билан беморларда ҳолатга чиқишлар сони суткасига 5 марта ва ундан кўп ($p=0,0011$), асосан эрталаб шиллиқ аралаш билан кузатилиб, тез-тез ёлгон чақириқлар ($p=0,0341$) ва ичакнинг тўлиқ бўшамаганлик ҳисси ($p=0,0314$) ҳам учраганлиги аниқланди.

Калит сўзлар: ичак таъсирланиш синдроми, ичак аломатлари, КАШ, Бристол шкаласи

ОЦЕНИТЬ СТЕПЕНЬ КИШЕЧНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА

Махмудова Л.И., Абдуллаев И.А.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ Резюме

С 2017 по 2019 год в исследование были включены 82 пациента с ИТС, которые проходили обследование и лечение в отделении гастроэнтерологии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Средний возраст пациентов составляет $33,2 \pm 0,8$ года. «Кишечные» симптомы были более выражены при рефрактерном типе СРК, чем при нерефрактерном типе: у пациентов с СРКр-д наблюдалось количество стула 5 раз в день и более ($p=0,0011$), в основном утреннее время с слизью, частыми ложными вызовами ($p=0,0341$) и ощущение неполного опорожнения кишечника ($p=0,0314$).

Ключевые слова: синдром раздражения кишечника, кишечные симптомы, ВАШ, Бристольская шкала

TO ASSESS THE EXTENT OF INTESTINAL SYMPTOMS IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Makhmudova L.I., Abdullayev I.A.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan, Bukhara

✓ **Resume**

From 2017 to 2019, the study included 82 patients with ITS who underwent examination and treatment in the gastroenterology department of the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center. The average age of patients is 33.2 ± 0.8 years. "Intestinal" symptoms were more pronounced in the refractory type of IBS than in the non-refractory type: patients with IBSr-d had a number of stools 5 times a day or more ($p=0.0011$), mainly morning time with mucus, frequent false calls ($p=0.0341$) and a feeling of incomplete bowel emptying ($p=0.0314$).

Keywords: irritable bowel syndrome, intestinal symptoms, VAS, Bristol scale

Долзарблиги

Ичакнинг функционал касалликлари (ИФК) ошқозон - ичак тракти (ОИТ) функционал патологиясининг катта қисмини ташкил қилади, бу ОИТнинг турли қисмлари билан боғлиқ сурункали ёки қайталанувчи симптомларнинг ўзгарувчан бирикмаси билан тавсифланади, буни морфологик ёки биокимёвий аномалиялар билан изоҳлаб бўлмайди. Ушбу бузилишлар беморни тулиқ текширгандан сўнг, шунга ўхшаш кўринишга эга бўлган бир қатор органик ошқозон-ичак касалликларини чиқариб ташлаш орқали аниқланади. 2016 йил май ойида Америка Гастроэнтерология ҳафталигида жаҳон гастроэнтерологик ҳамжамияти Рим IV мезонлари билан танишди, консенсуснинг асосий қоидалари аллақачон эълон қилинган [1,2,3,4].

Ичакнинг функционал касаллиги ҳозиргача ичак таъсирланиш синдроми (ИТС), функционал қабзият, функционал диарея, корин функционал дам бўлиши ва ўзига хос бўлмаган функционал ичак бузилиши каби клиник ҳолатларни қамраб олади. ИТС ушбу рўйхатда доимо энг кенг тарқалиш ва ўрганилиши жиҳатдан юқори ўринни сақлаб қолади. Олдинги таснифда кўрсатилганлардан ташқари ичакнинг функционал касалликлари бўлимида янги шакл - опиоид билан боғлиқ бўлган қабзият пайдо бўлиб, бу эса ўз навбатида шифокорларнинг эътиборини опиятдан фойдаланишнинг кўпайганлик даражасига ва шу билан боғлиқ бўлган кўплаб бошқа таъсирларга қаратди. Рим қўмитаси ушбу шаклни алоҳида касаллик деб ҳисобламасликка, балки ривожланган клиник кўринишни опиоид таъсирида юзага келадиган салбий таъсирга ажратишга чақиради.

Ичак таъсирланиш синдроми – бу ичакдаги органик ўзгаришлари билан боғлиқ бўлмаган функционал бузилишлар мажмуаси бўлган руҳий-ижтимоий касаллик ҳисобланади [5].

ИТС тарқалиши 2012 йилда нашр этилган мета-таҳлилда қатъий танлов мезонларига кўра, умумий сони 260 960 беморни ташкил этган 80 та клиник синовларни ўз ичига олган ҳолда 11,2% ни ташкил этди [6]. Беморларнинг атиги 12-15 % шифокорга мурожаат қилади. Жануби-Шарқий Осиёда унинг тарқалиши 7%, Европада 20%, Жанубий Америкада 21% ни ташкил этади. Адабиётлардаги маълумотларга кўра, ихтисослашган касалхоналарда ҳазм тизими, шу жумладан ИТС билан касалланганлар сони 41-45% га этади [7]. Аёллар орасида ИТС билан касалланиш эркакларга нисбатан юқори фоизларни ташкил этиб келмоқда [8-15]. Ёшлар 50 ёшдан ошган инсонларга нисбатан касалликка чалинишга кўпроқ мойил ҳисобланади. Каттароқ ёшдаги беморларда ИТС клиник кўринишининг ҳар қандай намоён бўлиши, шифокорни органик патологияни истисно қилиш тўғрисида огоҳлантириши керак.

Тадқиқотнинг мақсади. Ичак таъсирланиш синдромида беморларда учрайдиган ичак аломатларининг учраш даражасини баҳолашдан иборат.

Материал ва усуллар

Тадқиқот БВКТТМ (Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази) гастроэнтерология бўлимида ўтказилди ва ИТС билан 2017-2019 йиллар давомида стационар шароитида даволанган барча беморлар танлаб олинди. ИТС ташхиси IV Рим мезонларини асосланган ҳолда қўйилди (2016), ИТСнинг клиник шаклини аниқлашда Бристол нажас шакллари шкаласидан фойдаланилди.

Тадқиқотга 2017 йилдан 2019 йилгача Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази (БВКТТМ)нинг гастроэнтерология бўлимида текширилган ва даволанган ИТС билан касалланган 82 нафар бемор киритилди. Беморларнинг ўртача ёши $33,2 \pm 0,8$ ёшни ташкил этади.

ИТС билан оғриган беморлар икки гуруҳга бўлинди: ИТСнинг норефрактер (ИТСн – 35 бемор) ва рефрактер (ИТСр – 47 бемор). Клиник аломатларнинг ифодаланганлигига қараб беморлар ИТСн-д (диарея) – 21 нафар (25,6%), ИТСн-қ (қабзият) – 14 нафар (17%), ИТСр-д – 28 нафар (34,2%) ва ИТСр-қ – 19 нафар (13,2%)га ажратилди.

Барча беморларда эзофагофиброгастроуденоскопия (FUGINON. FUGI FILM EPX-2500, 2014, Япония; FUGI FILM-EG-530PF, 2014, Япония), колоноскопия (FUGI FILM-EG-530FL, 2014, Япония), ахлатни дисбактериозга текшириш, ички органларнинг ултратовуш текшируви (Vivid S-60, 2014, Норвегия), микроэлементлар ҳолатини текшириш (масс-спектрометрия усули, perkinelmer Inc., Shelton, CT 06484, АҚШ) ва ҳаёт сифатини аниқлаш учун GSRS ва MOS SF-36 сўровномалари ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар

Текшириш ва маълумотларни таҳлил қилишни қулай қилиш мақсадида симптомларни баҳолаш учун алгоритм ишлаб чиқилди (3.1-расм): аломатларнинг бўлмаслиги 0 балл, энгил намоён бўлган аломатлардан ўртача намоён бўлган аломатларда – 1 балл, яққол намоён бўлган аломатларда – 2 балл билан баҳоланди. Ҳар бир беморнинг йиғган баллари саккиз аломат бўйича (абдоминал оғриқ, диарея, қабзият, қорин дам бўлиш ҳисси, ичак тўлиқ бўшамаганлик ҳисси, ёлғон чақириқлар, шиллиқ ажралиши, ҳожатга чиқиш вақтида қўшимча кучанишлар) умумлаштирилди. 11-16 балл йиғган беморлар касалликнинг оғир кечиши, 6-10 балл йиғган беморлар ўрта оғир кечиши ва 1-5 балл йиғган беморлар касалликнинг энгил кечиши деб баҳоланди (1-жадвал).

1-жадвал

Ичак таъсирланиш синдроми кечиш оғирлигини аниқлаш алгоритми

Асосий клиник белгилар	0 бал	1 бал	2 бал
Абдоминал оғриқ	“жуда жиддий эмас”, камдан кам ҳолларда	“жуда жиддий эмас”, тез тез	жуда кучли, “даҳшатли”
Диарея	суткада 3 мартадан кам	суткада 3-5 марта	суткада 5 мартадан кўп
Қабзият	2 кунда 1 маҳал	3-4 кунда бир маҳал	5-7 кунда 1 маҳал
Қорин дам бўлиш ҳисси	+	++	+++
Ичак тўлиқ бўшамаганлик ҳисси	+	++	+++
Ёлғон чақириқлар	баъзан	тез тез	доимий
Шиллиқ ажралиши	баъзан	тез тез	доимий
Ҳожатга чиқиш вақтида қўшимча кучанишлар	баъзан	тез тез	доимий

ИТС клиник аломатларининг оғирлигига қараб ва балли тизим натижаларини умумлаштирилган ҳолда касалликнинг кечиши -жадвалда изоҳланади.

«Ичак» аломатлари ИТСнинг рефрактер турида норефрактер турига нисбатан яққолроқ намоён бўлди: ИТСр-д билан беморларда ҳожатга чиқишлар сони суткасига 5 марта ва ундан кўп ($p=0,0011$), асосан эрталаб шиллиқ аралаш билан кузатилиб, тез-тез ёлғон чақириқлар ($p=0,0341$) ва ичакнинг тўлиқ бўшамаганлик ҳисси ($p=0,0314$) ҳам учраганлиги аниқланди.

Кўпгина ИТСр-қ билан оғриган беморларнинг аксарияти 5-7 кунгача ич қотиши ($p=0,0001$), нажас билан шиллиқ ажралиши ($p=0,0087$)дан шикоят қилдилар. Ёлғон чақириқлар ($p=0,0007$) ва ичакнинг тўла бўшамаганлик ҳисси ($p=0,0263$) ИТСнинг норефрактер турига нисбатан кўпроқ кузатилади.

Касалликнинг клиник кечиш оғирлиги бўйича норефрактер ва рефрактер турлар

солиштирилганда ИТСр-д (46,4%) ва ИТСр-қ (47,3%) беморларда оғир кечиш ҳолати қайд этилди.

2-жадвал

Турли типдаги ичак таъсирланиш синдроми кўзиш даврида касалликнинг клиник белгилари

Клиник аломатлар	ИТС кечиш типлари			
	ИТСн-д (n = 21) (%)	ИТСн-қ (n = 14) (%)	ИТСр-д (n = 28) (%)	ИТСр-қ (n = 19) (%)
Абдоминал оғрик	21 (100)	14 (100)	28 (100)	19 (100)
Диарея	21 (100)	0 (0)	28 (100)	0 (0)
Қабзият	0 (0)	14 (100)	0 (0)	19 (100)
Қорин дам бўлиши	15 (71,4)	9 (64,2)	11 (39,3)	15 (78,9)
Ичак тўла бўшамаганлик ҳисси	8 (38,2)	11 (78,5)	13 (46,4)	16 (84,2)
Ёлгон чакириқлар	8 (38,2)	2 (14,2)	12 (42,8)	9 (47,4)
Шиллиқ ажралиши	9 (42,8)	3 (21,4)	17 (60,7)	10 (52,6)
Дефекация вақтида узок кучаниш	9 (42,8)	7 (50)	9 (32,1)	13 (68,4)
Ҳолатга чиқишлар сони				
Суткада 1-4 марта	12 (57,1%±11,1)*	0 (0)	6 (21,4%±7,9)* #	0 (0)
Суткада 5 ва ундан кўп марта	9 (42,9%±11,1)*	0 (0)	22 (78,6%±7,9)* #	0 (0)
3-4 кунда 1 марта	0 (0)	8 (57,1%±13,7)	0 (0)	6 (31,6%±11,0)
5-7 кунда 1 марта	0 (0)	6 (42,9%±13,7)	0 (0)	13 (68,4%±11,0) #
ИТС клиник кечиш оғирлиги				
Енгил	10 (47,6)	9 (64,3)	6 (21,4)	4 (21,1)
Ўрта	8 (38,2)	5 (35,7)	9 (32,2)	6 (31,6)
Оғир	3 (14,2)	0 (0)	13 (46,4)	9 (47,3)

Изоҳ: ИТСн-д – норефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСн-қ - норефрактер ИТСнинг қабзият билан кечувчи тури; ИТСр-д - рефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСр-қ - рефрактер ИТСнинг қабзият билан кечувчи тури; *-норефрактер беморлар гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ ($p < 0,05$); #-рефрактер беморлар гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ ($p < 0,05$).

3-жадвал

Бристол шкаласи бўйича нажас шакллари

Нажас типлари	ИТС кечиш типлари			
	ИТСн-д (n = 21) (%)	ИТСн-қ (n = 14) (%)	ИТСр-д (n = 28) (%)	ИТСр-қ (n = 19) (%)
1	0 (0)	2 (14,2)	0 (0)	13 (68,4) *#
2	0 (0)	8 (57,1)	0 (0)	4 (21,1) *#
3	2 (9,5)	2 (14,2)	0 (0)	2 (10,5)
4	3 (14,2)	2 (14,2)	3 (10,7) #	0 (0)
5	6 (28,5)	0 (0)	6 (21,4) *#	0 (0)
6	10 (47,6)	0 (0)	11 (39,3) #	0 (0)
7	0 (0)	0 (0)	8 (28,6) *#	0 (0)

Изоҳ: ИТСн-д – норефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСн-қ - норефрактер ИТСнинг қабзият билан кечувчи тури; ИТСр-д - рефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСр-қ - рефрактер ИТСнинг қабзият билан кечувчи тури; *-норефрактер беморлар гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ ($p < 0,05$); #-рефрактер беморлар гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ ($p < 0,05$).

Қабзият устунлиги билан кечган ичак таъсирланиш синдромида, Бристол шкаласи бўйича 1- (ИТСр-қ) ва 2- (ИТСн-қ) нажас турлари устунлик қилди. Диарея устунлиги билан кечган ИТС беморлар учун 5- (ИТСн-д) ва 6-чи (ИТСр-д) нажас турлари типик эди. 7-тип нажас шакли ИТСр-д билан касалланган 8 нафар (28,6%) беморда кузатилди. Нажаснинг частотаси ўзгарган ва ичакнинг тўла бўшамаганлик ҳисси билан нажаснинг нормал шакллари (Бристол шкаласи



бўйича 3- ва 4-чи) норефрактер ИТС беморларнинг 10 нафарида (24,4 %) ва рефрактер ИТС беморларнинг 8 нафарида (7,5 %) кузатилди (3-жадвал).

ИТСнинг рефрактер турида кўрув аналог шкаласи (КАШ) бўйича қорин оғриғининг интенсивлигини баҳолашда ўртача ($p=0,0082$) ва кучли ($p=0,0001$) қорин оғриғи синдроми қайд этилди (4-жадвал).

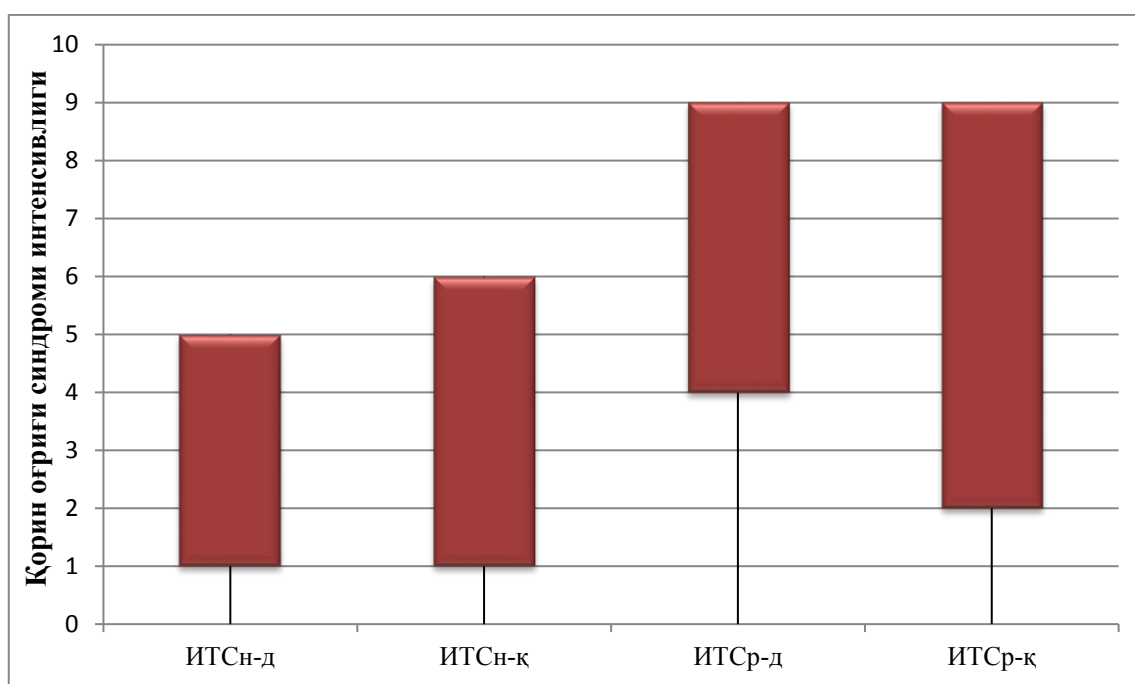
4-жадвал

Абдоминал оғриқ синдроми интенсивлиги (КАШ)

Оғриқ интенсивлиги	ИТСн-д (n = 21) ан.сон (%)	ИТСн-к (n = 14) ан.сон (%)	ИТСр-д (n = 28) ан.сон (%)	ИТСр-к (n = 19) ан.сон (%)
Кучсиз	12 (57,1%±11,1)	8 (67,1%±13,0)	3 (10,7%±5,9)*	2 (10,5%±7,2)*
Ўртача	9 (42,9%±11,1)	6 (42,8%±13,7)	14(50%±9,6)*	9 (47,5%±11,8)* #
Кучли	0 (0)	0 (0)	11(19,3%±7,6)* #	8 (42,2%±11,7)*

Изох: ИТСн-д – норефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСн-к - норефрактер ИТСнинг қабзият билан кечувчи тури; ИТСр-д - рефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСр-к - рефрактер ИТСнинг қабзият билан кечувчи тури; *-норефрактер беморлар гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ ($p<0,05$); #-рефрактер беморлар гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ ($p <0,05$).

1-расмда ИТС типига қараб КАШ бўйича қорин оғриғи синдроми интенсивлиги график тарзда кўрсатилган.



1-расм. ИТС кечиш типига қараб қорин оғриғи синдроми интенсивлиги

Рефрактер ИТСда қорин оғриғининг КАШ кўрсаткичи ўртача оғриқ синдроми сифатида баҳоланди ва норефрактер ИТСга қараганда анча юқори кўрсаткични кўрсатди ($3,6\pm0,2$ балл, $p=0,0001$). ИТСр-д ($5,7\pm0,3$)да қорин оғриғининг интенсивлиги ИТСр-к ($6,0\pm0,4$, $p=0,0001$)га қараганда паст натижаларни эгаллади.

Хулоса

Ичак таъсирланиш синдроми клиник кечиш оғирлигини аниқлаш учун алгоритм яратилди. Унга кўра норефрактер ИТС билан оғриган беморларининг 54,3% енгил, 37,2% ўрта оғир ва

8,5% оғир кечиш деб баҳоланган бўлса, рефрактер ИТС билан оғриган беморларнинг 21,3% энгил кечиш, 31,9% ўрта оғир ва 46,8% оғир кечиш деб баҳоланди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Hawrelak J.A., Myers S.P. Effects of two natural medicine formulations on irritable bowel syndrome symptoms: a pilot study. *J Altern Complement Med.* 2010; 16 (10):1065–71.
2. Lacy B.E., Fermín Mearin., Lin Chang. et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393–407.
3. Свистунов А.А., Осадчук М.А., Осадчук А.М., Буторова Л.И. Римские критерии синдрома раздраженного кишечника IV пересмотра (2016): что нового? //Клиническая медицина. 2017-95-11-987-993.
4. Сереброва С.Ю., Прокофьев А.Б., Журавлева М.В., Еременко Н.Н. Римские критерии IV функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта в оценке взаимозаменяемости лекарственных препаратов: взгляд врача-клинического фармаколога. 2017-4-221-227.
5. Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А. Новое в этиологии и патогенезе синдрома раздраженного кишечника. //Клиническая медицина. 2016-94-2-92-96.
6. Lovell R.M., Ford A.C. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. //Clin Gastroenterol Hepatol 2012; 10: 712–21.
7. Погромов А.П., Мнацаканян М.Г., Ташян О.В. Распространенность синдрома раздраженного кишечника. //Клиническая медицина. 2016; 94(11):869-874.
8. Spiller R., Aziz Q., Creed F. Et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical. *Gut.* 2007 Dec;56(12):1770-98.
9. Makhmudova L.I., Shazhanova N.S., Akhmedova N.Sh., (2021). Clinical Features Of Irritable Intestinal Syndrome. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 3(04), 154-159.
10. Abdullayev R.B., Makhmudova L.I., (2021). Assessment Of Clinical And Psychological Status And Quality Of Life Of Patients In Different Forms Of Irritable Bowel Syndrome. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 3(02), 127-134.
11. Makhmudova L.I., Akhmedova N.Sh. Irritable bowel syndrome: a new look at the problem // *Academicia*. 10.5958/2249-7137.2020.00983.0. 433-38.
12. Abdullayev R.B., Makhmudova L.I. Features of Chemical Elements in Various Forms of Irritable Bowel Syndrome // *Annals of R.S.C.B.*, ISSN:1583-6258, Vol. 25, Issue 2, 2021, Pages. 2993 – 3000.
13. Abdullayev R.B., Makhmudova L.I. Micro elemental imbalance in irritable bowel syndrome and its correction. *Academicia*. Vol. 11, Issue 5, May 2021:655-662.
14. Makhmudova L.I., Akhmedova N.Sh., Ergashov B.B. Clinical manifestation of irritable bowel syndrome. *Art of medicine. International medical scientific journal*. Vol. 1, Issue 2. 2021:24-33.
15. Махмудова Л.И., Исмадова М.Н., Мухамеджанова М.Х., Сулаймонова Г.А. Оценка микроэлементного статуса и его коррекция при синдроме раздраженного кишечника // *Новый день в медицине* 2(34)2021 325-331
<https://newdaymedicine.com/index.php/2021/06/11/64-2-34-2021>

Қабул қилинган сана 10.11.2022