

# Гастроэнтерология - кейс 2

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Гастроэнтерология | Записей: 1 | Кейс: 2 | Вопросов: 12

## Гастроэнтерология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Гастроэнтерология

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Пациентка С. 34 лет госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение

#### 1.2. Жалобы

- на схваткообразную боль в правых отделах живота, уменьшающуюся после дефекации
- вздутие живота, усиливающееся в течение дня
- неоформленный стул до 3-4 раз в день, чаще в первой половине дня, иногда с примесью слизи, гематохезии и ночной диареи нет
- жжение в эпигастрии после еды
- ощущение переполнения в эпигастрии после еды

#### 1.3. Анамнез заболевания

Ухудшение самочувствия в виде возникновения жалоб на схваткообразную боль в животе, вздутие живота, неоформленный стул отмечает на протяжении последнего года, начало заболевания связывает с психоэмоциональным стрессом. Около шести месяцев назад присоединились жалобы на жжение в эпигастрии и ощущение переполнения в эпигастрии после еды. Обращалась за медицинской помощью, обследована. Общий, биохимический анализы крови – без существенных отклонений от нормы, по данным УЗИ органов брюшной полости – лабильный перегиб желчного пузыря, по данным ЭГДС - хронический гастродуоденит, тест для определения *Helicobacter pylori* не проводился. Кишечные инфекции и паразитарные инвазии исключены. Получала лечение обволакивающими препаратами, ферментами – без эффекта, антисекреторными препаратами, спазмолитиками с умеренно выраженным неустойчивым эффектом. После прекращения приема препаратов – жалобы возобновлялись. Течение заболевания волнообразное, с периодами ухудшения самочувствия и ремиссии. Госпитализирована для дообследования и лечения.

#### 1.4. Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально
- Работает медсестрой
- Семейное положение: замужем, детей нет
- Наследственность: отец – 58 лет, страдает гипертонической болезнью; мать – 57 лет, здорова; сестра - 31 год, псориаз
- Не курит, употребление алкоголя и психоактивных веществ отрицает
- Лекарственные средства с настоящий момент не принимает
- Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет не обильные, по 3 дня, регулярные. Беременностей и родов не было. Гинекологические заболевания отрицает.
- Аллергологический анамнез неотягощен.

## 1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Рост 170 см, вес 64 кг. ИМТ= 22,15 кг/м<sup>2</sup>. Отеков нет. Кожные покровы нормальной окраски и влажности, видимые слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичны, пульс = ЧСС = 68 ударов в минуту. АД 110 и 80 мм рт.ст. Живот в акте дыхания участвует всеми отделами, умеренно вздут, при аускультации выслушивается ослабленная симметричная перистальтика, при перкуссии – тимпанит, при пальпации – определяется болезненность по ходу толстой кишки. Печень, селезенка не увеличены. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез не изменен.

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

Лабораторными методами обследования, которые составляют диагностический минимум при наличии симптомов синдрома раздраженного кишечника и отсутствии «симптомов тревоги» считаются

1. анализ на IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе в крови
2. определение С-реактивного белка в крови
3. общий анализ кала (в том числе реакция кала на скрытую кровь)
4. общий анализ крови
5. определение кальпротектина в кале
6. определение уровня амилазы в моче

**Правильные ответы: анализ на IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе в крови; определение С-реактивного белка в крови; общий анализ кала (в том числе реакция кала на скрытую кровь); общий анализ крови**

Диагностическим минимумом при наличии симптоматики, соответствующей СРК, является определение антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе и др.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 2.2 «Лабораторная диагностика».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

Диагностическим минимумом при наличии симптоматики, соответствующей СРК, является определение уровня С-реактивного белка и др.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 2.2 «Лабораторная диагностика».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

Диагностическим минимумом при наличии симптоматики, соответствующей СРК, является проведение общего анализа кала, теста на скрытую кровь и др.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 2.2 «Лабораторная диагностика».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

Диагностическим минимумом при наличии симптоматики, соответствующей СРК, является проведение общего анализа крови с определением СОЭ и др.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 2.2 «Лабораторная диагностика».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

### 3. Результаты лабораторных методов обследования

#### 3.1. Общий анализ крови

*Показатель*	*Результат*	*Норма*
Эритроциты (RBC), *10 <sup>12</sup> /л	*4**, **6*	м. 4,4-5,0
Гемоглобин (Hb), г/л	*131*	м. 130-160
Цветовой показатель	*0,85*	0,8-1,05
Гематокрит (HCT), %	*39,3*	м. 39-49
Тромбоциты (PLT), *10 <sup>9</sup> /л	*205*	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 <sup>9</sup> /л	*6**, **28*	4-9
*Лейкоцитарная формула*	Нейтрофилы 10*9/л	*4,14*
1,5-7	Базофилы, 10*9/л	*0,01*
	Лимфоциты, 10*9/л	*1,73*
1,0-3,7	Моноциты, 10*9/л	*0,37*
0-0,7	СОЭ, мм/ч	*6*
м. 2-10		

#### 3.2. Определение С-реактивного белка в крови

С-реактивный белок – 0,12 мг/дл (норма 0-0,8 мг/дл)

#### 3.3. Общий анализ кала (в том числе реакция кала на скрытую кровь)

*Показатель*	*Результат*	*Нормы*
Цвет	коричневый	коричневый
Консистенция	неоформленный	оформленный
Реакция на билирубин	отрицательная	отрицательная
Реакция на скрытую кровь	отрицательная	отрицательная
Реакция на стеркобилин	положительная	положительная
Слизь	немного	нет
Жир нейтральный	нет	нет
Жирные кислоты	Умеренное количество	
Запах кала	Каловый, нерезкий	Каловый, нерезкий

*Показатель*	*Результат*	*Нормы*
Йодофильная флора	нет	нет
Крахмал (внеклеточный)	немного	
Мыла	немного	нет
Мышечные волокна без исчерченности	немного	
Мышечные волокна с исчерченностью	немного	
Растительная клетчатка неперевариваемая	немного	
Растительная клетчатка перевариваемая	нет	
Соединительная ткань	нет	
Эритроциты	нет	

{nbsp}

Реакция кала на скрытую кровь отрицательная.

### 3.4. Анализ на IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе в крови

Не обнаружены

### 3.5. Определение кальпротектина в кале

Кальпротектин не обнаружен

## 2. Вопрос

Данной пациентке показаны инструментальные исследования

1. ректосигмоколоноскопия с биопсией

2. ультразвуковое исследование органов брюшной полости

3. эзофагогастродуоденоскопия

4. ультразвуковое исследование щитовидной железы

5. водородный дыхательный тест с лактулозой

6. мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости

**Правильные ответы: ректосигмоколоноскопия с биопсией; ультразвуковое исследование органов брюшной полости; эзофагогастродуоденоскопия; водородный дыхательный тест с лактулозой**

СРК целесообразно рассматривать как диагноз исключения, для установления которого необходимо выполнить следующие исследования: колоноскопия с биопсией и др.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 2.6 «Алгоритм диагностики».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

(2)

СРК целесообразно рассматривать как диагноз исключения, для установления которого необходимо выполнить следующие исследования: УЗИ органов брюшной полости и др.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 2.6 «Алгоритм диагностики».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

(2)

СРК целесообразно рассматривать как диагноз исключения, для установления которого необходимо выполнить следующие исследования: эзофагогастродуоденоскопия и др.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 2.6 «Алгоритм диагностики».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

(2)

К основным методам диагностики функциональной диспепсии относят клинический и биохимический анализы крови, анализ кала, гастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ), исследование для выявления инфекции, обусловленной *H. pylori*.

Раздел «Диагноз и дифференциальный диагноз».

СРК целесообразно рассматривать как диагноз исключения, для установления которого необходимо выполнить следующие исследования: водородный дыхательный тест с глюкозой или лактулозой для выявления СИБР у пациентов с СРК-Д и СРК-М

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 2.6 «Алгоритм диагностики».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

(2)

## 5. Результаты инструментальных методов обследования

### 5.1. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: Контуры четкие, ровные. Размеры не увеличены, левая доля (по средней линии живота) 44 x 92 мм (норма до 60 x 100), правая доля (по среднеключичной линии) 93 x 110 мм (норма до 125 x 145). Эхогенность средняя. Сосудистый рисунок: не изменен. Печеночные вены не расширены, диаметром 8 мм. Очаговые образования не выявлены.

Желчный пузырь: Размер средний, 68 x 23 мм; форма – со стойким перегибом в шейке. Толщина стенки не увеличена, 1,5 мм. Пристеночные образования не выявлены. Просвет свободный. Внутривенечные желчные протоки: не расширены. Гепатикохоледох: не расширен, 3,8 мм.

Поджелудочная железа: контуры четкие, ровные. Размеры не увеличены: головка 24 мм; тело 14 мм; хвост 20 мм. Эхогенность средняя, эхоструктура однородная. Главный панкреатический проток не расширен.

Портальная вена– диаметр не изменен, 10,2 мм (норма до 13 мм). Селезеночная вена– диаметр не изменен, в области тела поджелудочной железы 4,6 мм (норма до 8 мм).

Селезенка: Размеры не увеличены, 113 x 35 мм; эхоструктура обычная, очаговые изменения отсутствуют. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Правая почка: положение ниже типичного. Контуры четкие, ровные. Размер не увеличен, 98 x 46 мм. Паренхима – эхогенность нормальная, толщина 15 мм. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Синус – эхогенность нормальная. Полостная система не расширена. Очаговые изменения отсутствуют.

Левая почка: положение типичное. Контуры четкие, ровные. Размер не увеличен, 96 x 45 мм. Паренхима – эхогенность нормальная, толщина 14 мм. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Синус – эхогенность нормальная. Полостная система не расширена. Очаговые изменения отсутствуют.

## 5.2. Эзофагогастродуоденоскопия

Осмотр в белом свете и в режиме узкого спектра. Слизистая оболочка пищевода светло-розового цвета. Граница плоского и железистого эпителия располагается на расстоянии 39 см от резцов. Проекция пищеводного отверстия диафрагмы визуализирована на 39 см. Розетка кардии эластичная, смыкается полностью. При осмотре кардии в инверсии складки желудка плотно охватывает эндоскоп. В желудке небольшое количество пенистой жидкости и слизи, стенки эластичные, слизистая оболочка бледно-розовая в области тела желудка и в антральном отделе. Складки большой кривизны мягкие, подвижные, при инсuffляции воздуха расправляются полностью. Перистальтика прослеживается во всех отделах. Кольцо привратника эластичное. Луковица 12п.к. правильной формы, слизистая оболочка ее рыхлая. В постбульбарном отделе 12п.к. слизистая оболочка розовая - Фатеров сосочек визуально не изменен. Быстрый уреазный тест для определения *Helicobacter pylori* отрицательный.

## 5.3. Ректосигмоколоноскопия с биопсией

Осмотр в белом свете и в режиме узкого спектра. Видеоколоноскоп проведен в купол слепой кишки. Баугиниева заслонка губовидной формы, обращена в слепую кишку. Осмотрено 20 см тонкой - подвздошной кишки - слизистая оболочка бархатистая, розовая- Биопсия. Устье червеобразного отростка без отделяемого, без признаков воспаления. Тонус толстой кишки сохранен, нормальный. Перистальтика прослеживается в полном объеме. Просвет кишки на всем протяжении широкий, стенки эластичные, слизистая оболочка бледно-розовая, блестящая, складки и гаустры образуют типичный просвет. Капиллярный рисунок слизистой оболочки соответствует отделам кишки. При осмотре прямой кишки зоны зубчатой линии и нижеампулярного отдела - неувеличенные геморроидальные вены, слизистая оболочка визуально не изменена. Биопсия из терминального отдела подвздошной кишки, восходящей, нисходящей и сигмовидной кишки.

\*Заключение:\* эндоскопическая картина без патологических изменений в толстой кишке.

Гистологическое заключение: патологии в биоптате слизистой оболочки терминального отдела подвздошной кишки, и биоптате слизистой толстой кишки не выявлено.

## 5.4. Водородный дыхательный тест с лактулозой

\*Заключение:\* избыточный бактериальный рост выявлен.

## 2. Диагноз

### 3. Вопрос

Данной пациентке на основании жалоб, данных анамнеза, физикального, лабораторного и инструментального методов обследования можно поставить диагноз

1. Синдром раздраженного кишечника, смешанный вариант.

Функциональная диспепсия, постпрандиальный дистресс синдром.

Синдром избыточного бактериального роста

2. Синдром раздраженного кишечника, вариант с преобладанием диареи.

Функциональная диспепсия, синдром боли в эпигастрии.

## Синдром избыточного бактериального роста

3. Синдром раздраженного кишечника, вариант с преобладанием диареи.

Синдром избыточного бактериального роста

4. Синдром раздраженного кишечника, вариант с преобладанием диареи

**Правильный ответ: Синдром раздраженного кишечника, вариант с преобладанием диареи.**

**Функциональная диспепсия, синдром боли в эпигастрии.**

**Синдром избыточного бактериального роста**

СРК с диареей (СРК-Д): более чем в 25% дефекаций форма кала соответствует типам 6–7 по Бристольской шкале, менее чем в 25% — типам 1–2. Альтернативный вариант постановки диагноза данного варианта заболевания: пациент сообщает, что у него наблюдается преимущественно диарея (типы 6–7 по Бристольской шкале).

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 1.5 «Классификация».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

О синдроме болей в эпигастрии принято говорить в тех случаях, когда у больного по меньшей мере 1 раз в неделю отмечаются умеренные или выраженные боли либо чувство жжения в эпигастриальной области. При этом боли могут возникать после приема пищи, исчезать после приема пищи или возникать натощак, не локализуются в других отделах живота, не уменьшаются после дефекации и не сопровождаются признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди.

Раздел «Классификация».

(2)

## 7. Диагноз

**7.1. Синдром раздраженного кишечника, вариант с преобладанием диареи.**

**Функциональная диспепсия, синдром боли в эпигастрии.**

**Синдром избыточного бактериального роста**

## 4. Вопрос

Вздутие живота при синдроме раздраженного кишечника

1. возникает только после приема продуктов, содержащих глютен
2. возникает независимо от времени суток, в том числе ночью

**3. менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после еды**

4. продолжается в течение всего дня с равномерной интенсивностью

**Правильный ответ: менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после еды**

Ощущение вздутия живота менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после приёма пищи.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 2.1 «Жалобы и анамнез».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

## 5. Вопрос

Предъявляемые пациенткой жалобы характерны для

1. синдрома раздраженного кишечника
2. воспалительного заболевания кишечника
3. целиакии

### 4. синдрома раздраженного кишечника в сочетании с функциональной диспепсией

**Правильный ответ: синдрома раздраженного кишечника в сочетании с функциональной диспепсией**

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более): связана с дефекацией, сочетается с изменением ее частоты и/или формы кала. Эти симптомы должны отмечаться у больного в последние 3 мес при общей продолжительности наблюдения не менее 6 мес.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 1.1 «Определение».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

О синдроме болей в эпигастрии принято говорить в тех случаях, когда у больного по меньшей мере 1 раз в неделю отмечаются умеренные или выраженные боли либо чувство жжения в эпигастриальной области. При этом боли могут возникать после приема пищи, исчезать после приема пищи или возникать натощак, не локализуются в других отделах живота, не уменьшаются после дефекации и не сопровождаются признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии, 2016 г., раздел «Классификация».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии, 2016 г.

(1)

## 6. Вопрос

Диагнозу функционального заболевания ЖКТ на первом этапе диагностического поиска не вполне соответствует

1. изменение в статусе (ослабление перистальтики при аускультации, тимпанит при перкуссии)
2. пол и возраст пациентки
3. длительное волнообразное течение заболевания
4. отсутствие эффекта от назначения обволакивающих препаратов и ферментов

**Правильный ответ: изменение в статусе (ослабление перистальтики при аускультации, тимпанит при перкуссии)**

Приведенные ниже симптомы могут быть проявлением органической патологии и должны служить показанием к углубленному обследованию. Симптомы, выявленные при непосредственном обследовании: лихорадка, изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.).

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел «Симптомы тревоги».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

### 3. Лечение

#### 7. Вопрос

В связи с выявленным синдромом избыточного бактериального роста в схему лечения следует добавить

1. линкомицин
2. клиритромицин
3. рифаксимин
4. амоксициллин

**Правильный ответ: рифаксимин**

Согласно результатам мета-анализа, включавшего 18 плацебоконтролируемых РКИ, в которых приняли участие 1803 пациента с СРК-Д, невсасывающийся антибиотик рифаксимин при коротком курсе терапии достаточно эффективно купировал диарею, а также способствовал уменьшению вздутия живота у больных, при этом показатель NNT оказался равным 10,2. Рифаксимин может быть рекомендован для лечения больных с СРК.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 3.1.3 «Препараты для купирования диареи».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

#### 8. Вопрос

В схему лечения данной пациентки не показано включение

1. ферментов
2. ингибиторов секреции
3. регуляторов моторики
4. рифаксимины

**Правильный ответ: ферментов**

Лечение больных с СРК комплексное. В настоящее время с позиций медицины, основанной на доказательствах, в лечении пациентов с СРК подтверждена эффективность препаратов, нормализующих моторику кишечника, влияющих на висцеральную чувствительность или воздействующих на оба механизма.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.,

раздел 3.1 «Консервативное лечение».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

Выбор лекарственных препаратов определяется клиническим вариантом функциональной диспепсии. При синдроме болей в эпигастрии целесообразно назначить антисекреторные препараты, прежде всего ИПП, в стандартных дозах.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии, 2016 г., раздел «Алгоритм ведения больных с синдромом диспепсии».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии, 2016 г.

(1)

## 9. Вопрос

Пациентам с синдромом раздраженного кишечника показана диета

1. общая
2. высокобелковая
3. с механическим и химическим щажением

### 4. элиминационная или аглютенная

**Правильный ответ: элиминационная или аглютенная**

Диету больным с СРК подбирают индивидуально путем исключения продуктов, вызывающих увеличение выраженности симптомов заболевания (элиминационная диета). Несмотря на противоречивые результаты исследований по оценке эффекта от конкретной диеты, всем пациентам с СРК следует рекомендовать:

\* принимать пищу регулярно в специально отведенное для этого время, избегать приема пищи в спешке, в процессе работы;

\* не пропускать приемы пищи и не допускать длительные перерывы между ними;

\* при вариантах СРК-Д и СРК-М возможно назначение аглютенной диеты, а также диеты с низким содержанием олигоди- и олигомоносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола).

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 3.1.1 «Диета и образ жизни».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

## 4. Вариатив

## 10. Вопрос

Микроскопический колит более вероятен, чем синдром раздраженного кишечника, если наблюдается

1. выраженный синдром мальабсорбции у детей
2. усиление перистальтики у лиц любого возраста

3. изолированная абдоминальная боль у лиц среднего возраста

**4. изолированная хроническая диарея без болевого синдрома у лиц старшего возраста**

**Правильный ответ: изолированная хроническая диарея без болевого синдрома у лиц старшего возраста**

Дифференциальную диагностику СРК проводят в том числе с лимфоцитарным или коллагенозным колитами (микроскопические колиты), которые, как правило, протекают без боли и служат причиной хронической диареи у 23–30% лиц старшего возраста. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить колоноскопию с биопсией слизистой оболочки ободочной кишки.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 2.2 «Иная диагностика».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

## 11. Вопрос

Заболеванием, с которым чаще всего сочетается синдром раздраженного кишечника, является

**1. функциональная диспепсия**

2. тревожное расстройство

3. депрессивное расстройство

4. гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

**Правильный ответ: функциональная диспепсия**

Достаточно часто, у 15–44,6% больных, СРК сочетается с синдромом функциональной диспепсии (СФД).

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 1.2 «Этиология и патогенез».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)

## 12. Вопрос

В целях реабилитации пациентам с синдромом раздраженного кишечника рекомендуется

1. лечебная физкультура

2. рефлексотерапия

**3. психотерапия**

4. санаторно-курортное лечение

**Правильный ответ: психотерапия**

Специфические меры реабилитации пациентов с СРК отсутствуют. Поскольку СРК — хроническое, длительно протекающее заболевание, ассоциированное с рядом психоэмоциональных расстройств, при лечении большинства больных требуется применение психотерапевтических методов.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г., раздел 4 «Реабилитация».

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации

колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника, 2016 г.

(1)