

Кейсы | Высшее образование | Гастроэнтерология

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Гастроэнтерология | Записей: 2

Гастроэнтерология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Гастроэнтерология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка С. 53 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога

1.2. Жалобы

- * на периодически возникающую ноющую боль в левой и правой подвздошных областях, усиливающуюся после акта дефекации +
- * боль и чувство распирания в прямой кишке перед актом дефекации +
- * наличие неизменённой крови в стуле +
- * недержание кала +
- * повышение температуры тела до субфебрильных цифр

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больной около одного года, когда впервые появились жалобы на периодическую ноющую боль в левой и правой подвздошных областях, усиливающуюся после акта дефекации, жидкий стул с примесью алой крови до 10 раз в сутки, повышение температуры до 38°C, похудание на 20 кг за 2 месяца. Принимала спазмолитики, антидиарейные средства без положительного эффекта. В последнее время присоединились ноющие боли в прямой кишке, недержание кала, что заставило больную обратиться на консультацию к гастроэнтерологу.

1.4. Анамнез жизни

Родилась в Новосибирской области +
Росла и развивалась соответственно возрасту. +
Замужем, имеет дочь. +
Образование: неполное среднее. +
Работает сторожем. +
Вредные привычки: отрицает. +
Семейный анамнез не отягощен. +
Аллергологический анамнез: пенициллин, тетрациклин, левомецетин, новокаин, лидокаин, фуразолидон - отек Квинке.

1.5. Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °C. +
Рост - 170 см, вес- 60 кг, ИМТ- 20 кг/м2 +
Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. +
Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет +
При сравнительной перкуссии лёгких - лёгочный звук. +
При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. +
Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 80 в минуту, АД 110 и 70 мм рт. ст. +
При пальпации живот мягкий, болезненный в правой и левой подвздошных областях, перистальтика выслушивается во всех отделах. +
Симптом Щеткина-Блюмберга не определяется. +

Печень, селезенка не увеличена. +
Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. +
Мочеиспускание не изменено

1. План обследования

1. Вопрос

К основным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относятся

1. С-реактивный белок

2. общий анализ крови

3. оценка содержания гликозилированного гемоглобина в сыворотке крови

4. биохимический анализ крови

5. оценка содержания липидов в сыворотке крови

6. анализ кала

Правильные ответы: С-реактивный белок; общий анализ крови; биохимический анализ крови; анализ кала

Позволяет определить наличие острой фазы воспалительного процесса.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Лабораторные диагностические исследования»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

Всем пациентам с целью определения степени анемии, признаков системного воспаления и метаболических нарушений рекомендованным минимумом лабораторной диагностики является исследование крови

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Лабораторные диагностические исследования»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

По биохимическому анализу крови можно выявить снижение уровня железа, белка. +
Рекомендовано выполнение исследование уровня свободного и связанного билирубина, креатинина, мочевины, глюкозы, натрия, калия, общего кальция в крови, определение активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, амилазы в крови

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Лабораторные диагностические исследования»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

Общий анализ кала назначается для исключения наличия крови, а при микроскопическом исследовании определяется количество лейкоцитов, эритроцитов, цилиндрического эпителия и слизи.

Пациентам с болезнью Крона при оценке активности воспаления в кишечнике рекомендовано выполнять анализ кала на фекальный кальпротектин.

Также анализ кала проводится для исключения острой кишечной инфекции (при остром начале), паразитарного колита (при остром начале), исследование токсинов А и В Clostridium difficile (при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре для исключения псевдомембранозного колита).

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Лабораторные диагностические исследования»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ крови

===	Показатель	Результат
Норма	Эритроциты (10 ¹² /л)	3,1
м. 4,4-5,0 + ж. 3,8-4,5	Гемоглобин (г/л)	105
м. 130-160 + ж. 120-140	Гематокрит (%)	41,0
35-52	ЦП	0,88
0,80-1,05	Лейкоциты (тыс)	12,3
4,0-11	Нейтрофилы (%)	51,4
45-72	Лимфоциты (%)	35,4
18-44	Моноциты (%)	10,3
2-10	Эозинофилы (%)	2,2
0-5	Базофилы (%)	0,7
0-2	Тромбоциты (10 ⁹ /л)	450
150-450	СОЭ (мм/ч)	43
0- 20	===	

3.2. Биохимический анализ крови

===	Показатель	Результат
Норма	Общий белок (г/л)	77,2
57-82	Альбумин (г/л)	40,6
32-48	Глюкоза (ммоль/л)	5,1
4,1-5,9	Общ.билирубин (ммоль/л)	9,5
3-21	Пр. билирубин (ммоль/л)	3,3
0-5	АСТ (ед/л)	19
0-34	АЛТ (ед/л)	20
5-49	ГГТ (ед/л)	19

===	Показатель	Результат
0-73	Щелочная фосфатаза (ед/л)	194
70-360	Креатинин (мг/дл)	0,82
0,5-1,3	Мочевая кислота (мкмоль/л)	410
150-420	Азот мочевины (ммоль/л)	7,2
3,2-8,2	Натрий (ммоль/л)	150
132-150	Калий (ммоль/л)	5,4
3,5-5,5	Железо (ммоль/л)	8,2
9,0-30,4	Трансферрин (г/л)	2,16
2,0-3,6	% насыщения железом	20
20-55	Амилаза (ед/л)	41,2
30-118	Холестерин (ммоль/л)	5,02
3,2-5,6	===	

3.3. С-реактивный белок

===	Показатель	Результат
Норма	С-реактивный белок (мг/л)	14,7
0-5	===	

3.4. Анализ кала

===	Показатель
Результат	Цвет
коричневый	Форма
оформленный	Реакция на кровь
Положительная	Реакция на стеркобилин
Положительная	Слизь
нет	Микроскопия
Мышечные волосна сохранивш./потерявш. поперечн. (plus) -	{plus} -
Соединительная ткань	-
Нейтральный жир	{plus} -
Жирные кислоты	-
Мыла	{plus}
Крахмал внутриклет.	{plus} -
Клетчатка переваримая/неперевар.	{plus} -/{plus}
Йодофильная флора N	{plus} -
Лейкоциты	-
Эритроциты	10-12 в п/зр
Яйца глист, простейшие, грибы	Не найдены

|===
{nbsp}

Токсины A, B Clostridium difficile - *отрицательные*

Кальпротектин - 313 мкг/г (норма < 50)

3.5. Оценка содержания гликозилированного гемоглобина в сыворотке крови

4,8% (норма 4-6,2%)

3.6. Оценка содержания липидов в сыворотке крови

===	Показатель	Результат
Норма	Триглицериды (ммоль/л)	1,05
0,41-1,7	Липопротеиды высокой плотности (ммоль/л)	1,54
>1,56	Липопротеиды очень низкой плотности (ммоль/л)	0,48
0,19-0,77	Липопротеиды низкой плотности (ммоль/л)	2,48
<4,2	===	

2. Вопрос

К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся

1. тотальная колоноскопия с илеоскопией

2. электрокардиография

3. трансторакальное эхокардиографическое исследование

4. ультразвуковое исследование щитовидной железы

5. фиброгастродуоденоскопия

6. рентгенография органов грудной клетки

**Правильные ответы: тотальная колоноскопия с илеоскопией;
фиброгастродуоденоскопия**

При колоноскопии можно обнаружить регионарное (прерывистое) поражение слизистой оболочки, симптом «булыжной мостовой» (сочетание глубоких продольно ориентированных язв и поперечно направленных язв с островками отечной гиперемированной слизистой оболочкой), линейные язвы (язвы-трещины), афты, а в некоторых случаях - стриктуры и устья свищей.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, разделы «Диагностика», «Инструментальные диагностические исследования»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

Эзофагогастродуоденоскопия позволяет обнаружить эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим взятием биопсии.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Инструментальные диагностические исследования»

(1)

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. Фиброгастродуоденоскопия

Заключение: недостаточность кардии, катаральный рефлюкс - эзофагит, антральный гастрит с очаговой атрофией, бульбит, дуоденогастральный рефлюкс.

5.2. Тотальная колоноскопия с илеоскопией

При колоноскопии обращает на себя внимание прерывистый характер поражения, обнаружены язвенные дефекты в толстой и подвздошной кишке, контактная ранимость слизистой оболочки, язвенные дефекты (до 0,5*2,0см) и эрозии в прямой кишке. На уровне зубчатой линии определяется стриктура анального канала до 13 мм. Также по передней стенке определяется свищевое отверстие до 6 x 8 мм.

При морфологическом исследовании глубокое поражение стенки кишки с выявлением гранулем, лимфоплазмозитарная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки. В основании одного из фрагментов обнаруживаются отдельные деформированные крипты с высоким содержанием бокаловидных клеток.

2. Диагноз

3. Вопрос

Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

1. Синдром раздражённого кишечника, вариант с преобладанием диареи. Дискинезия желчного пузыря и жёлчевыводящих путей с формированием сладж-синдрома. Железодефицитная анемия лёгкого течения. Астеновегетативный синдром
2. Язвенный колит, очень тяжелое обострение, тотальная форма, хроническое непрерывное течение. Синдром системного воспалительного ответа, лекарственная непереносимость адалимумаба (антитела к адалимумабу). Clostridium difficile-ассоциированная болезнь

3. Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки, хроническое течение, воспалительная, стенозирующая (стриктура анального канала), свищевая (ректовагинальный свищ) форма, тяжёлая степень (индекс Беста 486 баллов)

4. Язвенный колит, очень тяжелое обострение, тотальная форма, хроническое непрерывное течение, активность по Truelove III. Стриктура анального канала, ректовагинальный свищ. Хроническая гипохромная микроцитарная железодефицитная анемия

Правильный ответ: Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки, хроническое течение, воспалительная, стенозирующая (стриктура анального канала), свищевая (ректовагинальный свищ) форма, тяжёлая степень (индекс Беста 486 баллов)

Диагноз болезни Крона верифицирован на основании эндоскопических и морфологических данных:

- поражение отделов тонкой и толстой кишки
- хроническое перианальное поражение
- прерывистый характер поражения
- трансмуральный характер поражения: язвы, свищи
- фиброз: стриктуры

- лимфоидная ткань (гистология): трансмуральные лимфоидные скопления
- наличие саркоидной гранулемы

Диагноз БК считается достоверным при наличии 3 любых признаков или при обнаружении гранулемы в сочетании с любым другим признаком.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, разделы «Диагностика», «Классификация заболевания или состояния»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона у взрослых, 2016 год, раздел «Приложение Г2. Тяжесть атаки БК по индексу активности БК (CDAI; индекс Беста)»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона у взрослых. 2016 г.

(1)

7. Диагноз

Болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки, хроническое течение, воспалительная, стенозирующая (стриктура анального канала), свищевая (ректовагинальный свищ) форма, тяжёлая степень (индекс Беста 486 баллов)

4. Вопрос

Для верификации диагноза необходимо определить тяжесть обострения заболевания по индексу активности (индекс Беста). В индексе Беста учитываются такие критерии как + _____ + наличие внекишечных и кишечных осложнений

1. частота жидкого стула

2. степень увеличения щитовидной железы
3. уровень липидов в крови
4. уровень гликозилированного гемоглобина в крови

Правильный ответ: частота жидкого стула

Для расчёта тяжести атаки болезни Крона по индексу активности (индексу Беста) учитывается сумма дефекаций за последние 7 дней умноженная на коэффициент равный 2

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Классификация заболевания или состояния»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона у взрослых, 2016 год, раздел «Приложение Г2. Тяжесть атаки БК по индексу активности БК (CDAI; индекс Беста)»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона у взрослых. 2016 г.

(1)

5. Вопрос

Для верификации диагноза необходимо определить тяжесть обострения заболевания по индексу активности (индекс Беста). Для индекса Беста используются такие критерии как жалобы на +_____, повышение температуры, напряжение и болезненность при пальпации живота

1. повышение артериального давления
2. одышку при физических нагрузках
3. головную боль

4. боль в животе

Правильный ответ: боль в животе

Для расчёта тяжести атаки болезни Крона по индексу активности (индексу Беста) учитывается наличие боли в животе (0 – отсутствие, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная) за последние 7 дней умноженная на коэффициент равный 5

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Классификация заболевания или состояния»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона у взрослых, 2016 год, раздел «Приложение Г2. Тяжесть атаки БК по индексу активности БК (CDAI; индекс Беста)»

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона у взрослых. 2016 г.

(1)

6. Вопрос

К типичным осложнениям заболевания относят: наружные и внутренние свищи, инфильтраты брюшной полости, межкишечные абсцессы, стриктуры желудочно-кишечного тракта и

1. дивертикулы
2. кишечное кровотечение
3. спаечные процессы
4. полипы

Правильный ответ: кишечное кровотечение

Кишечное кровотечение констатируют при потере более 100 мл крови/сутки по данным объективных лабораторных методов (сцинтиграфия, определение гемоглобина в каловых массах гемоглобинцианидным методом) или при объеме каловых масс с визуально определяемой примесью крови более 800 мл/сутки.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, разделы «Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)», «Хирургическое лечение болезни Крона».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

7. Вопрос

Острым осложнением заболевания является кишечное кровотечение, перфорация кишки и

1. инфильтрат брюшной полости
2. свищ
3. стриктура желудочно-кишечного тракта

4. токсическая дилатация ободочной кишки

Правильный ответ: токсическая дилатация ободочной кишки

Токсическая дилатация ободочной кишки является осложнением при БК и представляет собой не связанное с обструкцией расширение ободочной кишки до 6,0 см и более с явлениями интоксикации. О развитии токсической дилатации свидетельствует внезапное сокращение частоты стула на фоне имевшейся диареи, вздутие живота, а также внезапное уменьшение или исчезновение болевого синдрома и нарастание симптомов интоксикации (нарастание тахикардии, снижение АД).

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Хирургическое лечение болезни Крона».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

3. Лечение

8. Вопрос

При тяжёлом обострении заболевания требуется назначение

1. преднизолона перорально или внутривенно
2. будесонида перорально
3. месалазина параректально по 1 свече на ночь
4. месалазина перорально

Правильный ответ: преднизолона перорально или внутривенно

Пациентам с тяжелым течением БК рекомендуется терапия кортикостероидами для системного применения (преднизолон или эквивалентные дозы других кортикостероидов) внутривенно или перорально

Доза преднизолона при данной локализации и тяжести составляет 1-2 мг/ кг массы тела. Оценка терапевтического эффекта производится через 2-4 недели.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Консервативное лечение. Тяжёлое течение активной БК любой локализации».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

9. Вопрос

При тяжёлом обострении заболевания требуется назначение

1. антидепрессантов
2. производных салициловой кислоты

3. иммунодепрессантов

4. ингаляционных глюкокортикостероидов

Правильный ответ: иммунодепрессантов

Назначение иммуносупрессоров: азатиоприн (2-2,5 мг/кг), 6-меркаптопурин (1,5 мг/кг), а при непереносимости тиопуринов – метотрексат (25 мг/нед п/к или в/м).

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Консервативное лечение. Тяжёлое течение активной БК любой локализации».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

10. Вопрос

При отсутствии эффекта от иммуносупрессоров показано проведение биологической терапии препаратом

1. инфликсимаб

2. азатиоприн
3. будесонид
4. месалазин

Правильный ответ: инфликсимаб

Группе пациентов с активной БК со стероидорезистентностью, стероидозависимостью, непереносимостью кортикостероидов, или при неэффективности (рецидив через 3-6 месяцев после отмены кортикостероидов на фоне азатиоприн/меркаптопурин) или непереносимости иммунодепрессантов рекомендуется биологическая терапия ингибиторами факторами некроза опухоли альфа в виде индукционного курса (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб или ведолизумаб), с последующим переходом на длительное (многолетнее) поддерживающее лечение.

Дозы биологических препаратов (ингибиторов фактора некроза опухоли альфа) назначают в соответствии с инструкцией по применению.

У всех пациентов с перианальным поражением БК в случае отсутствия показаний к хирургическому лечению или после него рекомендовано назначение иммунодепрессантов (азатиоприн, меркаптопурин, метотрексат) и/или биологических препаратов (ингибиторов фактора некроза опухоли альфа): инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, устекинумаб, ведолизумаб) в стандартных дозах

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, разделы «Консервативное лечение. Тяжёлое течение активной БК любой локализации», «Консервативное лечение. БК с перианальными поражениями».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

11. Вопрос

Данной пациентке показано хирургическое лечение по поводу

1. ректовагинального свища и стриктуры анального канала

2. кишечного кровотечения

3. перфорации кишки

4. токсической дилатации ободочной кишки

Правильный ответ: ректовагинального свища и стриктуры анального канала

У пациентов с перианальными проявлениями БК, при ректовагинальном свище рекомендовано его иссечение с ушиванием дефекта влагалища и низведением полнослойного лоскута прямой кишки.

Ректовагинальные свищи в большинстве случаев требуют хирургического вмешательства. При этом, оперативное лечение показано под прикрытием илеостомы.

У пациентов с перианальными проявлениями БК, при наличии стриктуры нижне- ампулярного отдела прямой кишки или стеноза анального канала рекомендовано выполнение проктосигмоидэктомии (или проктэктомии) или брюшно-анальной резекции прямой кишки.

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Хирургическое лечение БК с перианальными поражениями».

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

(3)

4. Вариатив

12. Вопрос

В алгоритм профилактики послеоперационного рецидива заболевания входит + _____ + через 6-12 месяцев после оперативного вмешательства

1. проведение УЗИ брюшной полости

2. проведение рентгенографии желудка

3. проведение ирригоскопии

4. эндоскопическое исследование

Правильный ответ: эндоскопическое исследование

Спустя 6-12 месяцев после операции всем оперированным пациентам с БК рекомендовано проведение контрольного эндоскопического обследования, а при необходимости МРТ и/или КТ брюшной полости

Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации

колопроктологов России Болезнь Крона, 2020 год, раздел «Противорецидивная терапия после хирургического лечения БК.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона. 2020 г.

(1)

(2)

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 не отягощен.

1.5. Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Рост 170 см, вес 64 кг. ИМТ= 22,15 кг/м². 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».

(1)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ крови

Показатель	*Результат*	*Норма*
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /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 ⁹ /л	*205*	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /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
Йодофильная флора	нет	нет
Крахмал (внеклеточный)	немного	
Мыла	немного	нет
Мышечные волокна без исчерченности	немного	
Мышечные волокна с исчерченностью	немного	
Растительная клетчатка непереваренная	немного	

Показатель	*Результат*	*Нормы*
Растительная клетчатка переваривается	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. Внутривенные 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 охватывают 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 инсуффляции 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 локализируются 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».

(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 аглутеновая

Правильный ответ: элиминационная или аглутеновая

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 аглутеновой 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)