

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Т. А. ГОНЧАРИК

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2009

УДК 616.34–002–008.6 (075.8)
ББК 54.133 я 73
Г 65

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 25.03.2009 г., протокол № 7

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. С. В. Губкин; канд. мед. наук, доц.
В. И. Курченкова

Гончарик, Т.А.

Г 65 Синдром раздраженного кишечника : учеб.-метод. пособие / Т. А. Гончарик. –
Минск : БГМУ, 2009. – 16 с.

ISBN 978–985–462–935–3.

Приведены современные данные об этиологии, патогенезе, диагностике синдрома раздраженного кишечника. Даны классификация, программа обследования и лечения больных.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов лечебного, педиатрического факультетов, врачей-интернов и клинических ординаторов.

УДК 616.34–002–008.6 (075.8)
ББК 54.133 я 73

Учебное издание

Гончарик Тамара Александровна

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. Э. Макаревич

Редактор Н. В. Тишевич

Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 26.03.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,67. Тираж 50 экз. Заказ 262.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978–985–462–935–3

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БАК — биохимический анализ крови

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

СОЭ — скорость оседания эритроцитов

СРК — синдром раздраженного кишечника

УЗИ — ультразвуковое исследование

ФЭГДС — фиброэзофагогастродуоденоскопия

Мотивационная характеристика темы

Актуальность изучаемой темы обусловлена достаточно широким распространением функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Так, синдром раздраженного кишечника (СРК) в индустриально развитых странах достигает 20 % среди лиц трудоспособного населения.

Основные проявления (боль в животе, нарушения стула) СРК встречаются при многих заболеваниях, имеющих разные механизмы возникновения, что требует проведения дифференциальной диагностики. Подавляющее большинство (55 %) пациентов вначале обращаются к участковым терапевтам, составляя 12 % от всего количества больных. 25 % пациентов сразу приходят к гастроэнтерологу, составляя 28 % от контингента больных, наблюдающихся у такого специалиста. Подсчитано, что 50 % рабочего времени врача гастроэнтеролога уходит на лечение больных с СРК. Примерно 15 % пациентов изначально обращаются к психиатру по поводу той или иной психопатологии, сопровождающей течение СРК. 5 % больных попадают к врачам других специальностей: чаще всего к гинекологам, хирургам, эндокринологам.

Таким образом, доскональное знание причин развития, клинической картины, алгоритма диагностики и лечения СРК позволяет предупредить развитие заболевания, произвести своевременную диагностику, адекватное лечение и повысить качество жизни пациентов с СРК.

Цель занятия — освоение студентами современных аспектов этиологии, патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения СРК.

Задачи занятия. Студент должен:

1. Изучить:

- современные концепции этиопатогенеза СРК;
- современные методы диагностики СРК;
- классификацию СРК;
- основные группы препаратов, используемые при лечении СРК.

2. Овладеть основами клинической диагностики СРК.
3. Научиться дифференцированно подходить к назначению диагностических методов и интерпретации полученных результатов.
4. Освоить:
 - вопросы дифференциальной диагностики СРК;
 - лечение СРК.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы студенту необходимо повторить анатомию и физиологию ЖКТ, методы физикального обследования больных с заболеваниями ЖКТ.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Схема пищеварительной системы.
2. Отделы кишечника.
3. Отделы живота.
4. Проекция кишечника на брюшную стенку.
5. Методика пальпации слепой кишки.
6. Методика пальпации сигмовидной кишки.
7. Методика пальпации поперечно-ободочной кишки.
8. Нейрогуморальная регуляция функционального состояния кишечника.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение синдрома раздраженного кишечника.
2. Факторы риска развития СРК.
3. Современные представления об этиологии и патогенезе СРК.
4. Основные клинические проявления СРК.
5. Методы диагностики СРК.
6. Классификация СРК.
7. Диагностические критерии СРК.
8. Алгоритм лечения СРК.

Определение и эпидемиология

Синдром раздраженного кишечника — комплекс функциональных (т. е. не связанных с органическим поражением) расстройств толстой кишки (продолжающихся свыше 3 мес.), при которых абдоминальный дискомфорт или боли ассоциируются с дефекацией или изменением привычной функции кишечника и нарушениями стула.

Распространенность СРК в большинстве стран мира составляет в среднем 20 %, варьируясь от 9 до 48 %. Размах показателей объясняется тем, что две трети лиц, испытывающих симптомы СРК, к врачам не обращаются, и только треть больных ищет помощи у врача. Социальный и культурный уровень населения во многом определяет показатель обращаемости населения по поводу заболевания.

В развитых странах Европы, Америки, в Японии, Китае обращаемость высока, и распространенность заболевания достигает 30 %. В таких странах, как Таиланд, она составляет 5 %, а в Иране — всего 3,4 %.

Последние эпидемиологические исследования среди латиноамериканцев и афроамериканцев США, жителей Японии и Китая показали, что распространенность синдрома не зависит от расовой принадлежности и составляет во всех изученных группах в среднем 20 %.

Заболеваемость СРК составляет 1 % в год. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст — 30–40 лет.

Соотношение женщин и мужчин среди больных, по разным данным, варьируется от 1 : 1 до 2 : 1. Новейшие эпидемиологические исследования показали, что среди мужчин так называемого «проблемного» возраста (после 50 лет) СРК распространен так же часто, как среди женщин. Социальное положение полов определяет обращаемость по поводу симптомов СРК. В тех странах, где женщины эмансипированы, имеют равные права с мужчинами, например в России, Европе и Америке, их обращаемость по поводу симптомов СРК в 2–4 раза выше, чем у мужчин. В странах, где женщины имеют низкое социальное положение, например в Индии и Пакистане, с симптомами СРК в 4 раза чаще обращаются мужчины, и по статистике наблюдается значительное преобладание мужчин среди больных. В большинстве стран Африки обращаемость одинакова как среди мужчин, так и среди женщин, и поэтому соотношение полов составляет 1 : 1.

Средний возраст пациентов — 24–41 год. Среди лиц пожилого возраста (65–93 лет) распространенность СРК составляет 10,9 % по сравнению с 17 % у лиц 30–64 лет. Появление характерных симптомов впервые у пациентов старше 60 лет ставит под сомнение диагноз СРК. Таким больным следует особенно тщательно исключать органические заболевания, в первую очередь колоректальный рак, дивертикулез, полипоз, ишемический колит и др.

Эпидемиологические исследования показали определенную связь распространенности СРК с местом проживания. Отмечается, что у сельских жителей, которые занимаются преимущественно физическим трудом и питаются растительной пищей, синдром встречается значительно реже, чем у жителей городов. В свою очередь среди горожан СРК наиболее распространен в крупных мегаполисах и столицах, несколько реже встречается у жителей больших городов и еще реже наблюдается среди населения поселков городского типа.

Этиология и патогенез

Согласно современным представлениям, СРК является биопсихосоциальным расстройством, в основе развития которого лежит взаимодействие 3 патологических механизмов:

– **психосоциального воздействия**, которое обусловлено нервно-психическими факторами и психоэмоциональными стрессовыми ситуациями, нарушением привычного режима питания, недостаточным содержанием балластных веществ, растительной клетчатки в рационе (способствует развитию варианта СРК, проявляющегося запорами), малоподвижным образом жизни, отсутствием надлежащего санитарно-гигиенического состояния туалета (способствует подавлению позывов на дефекацию и развитию запоров);

– **сенсорно-моторной дисфункции**, т. е. нарушений висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника, к которым могут привести гинекологические заболевания (вызывают рефлекторные нарушения моторной функции толстой кишки), эндокринные нарушения: климакс, дисменорея, предменструальный синдром, ожирение, гипотиреоз, сахарный диабет;

– **стойких нейроиммунных повреждений**, которые развиваются после инфекционных заболеваний кишечника и рассматриваются как возможная причина формирования сенсорно-моторной дисфункции.

В **патогенезе** СРК ведущую роль играет «нарушение деятельности центральной и вегетативной нервной системы в виде изменений нейрогуморальной регуляции функционального состояния кишечника, в том числе реакции его на стресс» (А. Р. Златкина, 1997). Под влиянием этиологических факторов, прежде всего психоэмоциональных, стрессовых ситуаций, происходит изменение порога чувствительности висцеральных рецепторов, определяющих восприятие боли, моторно-эвакуаторную дисфункцию кишечника. Большую роль в развитии СРК играют нарушение функции гастроинтестинальной эндокринной системы и дисбаланс в продукции гормонов, влияющих на моторную активность толстого кишечника (холецистокинина, соматостатина, вазоактивного интестинального полипептида, нейротензина и др.). В частности, у больных с СРК обнаружено снижение содержания в плазме мотилина, стимулирующего моторно-эвакуаторную функцию кишечника.

Влияние гастроинтестинальных гормонов на моторную функцию кишечника представлено в таблице.

В последнее время большое значение уделяется не столько изменению концентрации интестинальных гормонов в крови, сколько повышению чувствительности рецепторов кишечника к гормональному воздействию. Предложено новое объяснение висцеральной гиперчувствительно-

сти, т. е. болевые ощущения могут развиваться вследствие повреждения энтеральной нервной системы при изменении бактериальной микрофлоры кишечника или в результате перенесенной кишечной инфекции.

Таблица

Влияние гастроинтестинальных гормонов на моторную функцию кишечника (Harvey, 1977)

Гормон	Эффект
Гастрин	Стимулирует
Секретин	Тормозит
Холецистокинин	Стимулирует
Глюкагон	Тормозит
Мотилин	Стимулирует
Желудочный тормозной полипептид	Тормозит
Вазоактивный кишечный полипептид	»
Панкреатический полипептид	»

Установлена также роль в развитии СРК эндогенных опиоидных пептидов — **энкефалинов**, которые оказывают существенное влияние на моторику и секрецию кишечника через опиоидные рецепторы, а также на восприятие боли. Эндогенные опиоидные пептиды усиливают сокращения толстой кишки.

Классификация

В целом, предлагается (Римский консенсус III, 2006) различать следующие функциональные нарушения кишечника:

- СРК;
- функциональный метеоризм;
- функциональный запор;
- функциональная диарея;
- неклассифицированные функциональные нарушения кишки;
- функциональный абдоминальный болевой синдром.

Таким образом, СРК выделяют среди других функциональных расстройств кишечника.

Классификация по МКБ-10 подразделяет СРК на варианты с преобладанием:

- диареи;
- запоров;
- болей в животе и метеоризмом.

В основу классификации СРК положены изменения частоты и консистенции стула, определяемые согласно Бристольской шкале.

Различают четыре варианта СРК:

1. С запором: твердый либо шероховатый стул — ≥ 25 % и расслабленный (кашицеобразный) или водянистый стул — ≤ 25 % из числа опорожнений кишечника.

2. С диареей: кашицеобразный или водянистый стул — ≥ 25 % и твердый или шероховатый стул — ≤ 25 % из числа опорожнений кишечника.

3. Смешанный: твердый или шероховатый стул — ≥ 25 % и кашицеобразный или водянистый стул — ≥ 25 % из числа опорожнений кишечника.

4. Неклассифицированный — недостаточная выраженность отклонений консистенции стула для смешанного варианта.

Клиника

Клиника СРК чрезвычайно многообразна. Наиболее характерными симптомами являются следующие:

А. Боли в животе. Наблюдаются у 50–96 % больных, локализуются вокруг пупка или внизу живота, имеют различную интенсивность (от незначительных ноющих до весьма выраженной кишечной колики). Как правило, боли уменьшаются или исчезают после дефекации или отхождения газов. В основе болей при СРК лежит нарушение нервной регуляции моторной функции толстой кишки и повышенная чувствительность рецепторов стенки кишки к растяжению. Важным отличительным признаком является отсутствие болей и других симптомов ночью.

Б. Нарушение стула отмечается у 55 % больных и выражается в появлении диареи или запора. Диарея часто возникает внезапно после еды, иногда в первой половине дня. Характерно отсутствие полифекалии (количество кала менее 200 г/сут, нередко он напоминает «овечий»). Кал часто содержит кишечную слизь, которая состоит из гликопротеинов, калия и бикарбонатов и продуцируется бокаловидными клетками. Усиление секреции слизи при СРК обусловлено механическим раздражением толстой кишки в связи с замедлением транзита интестинального содержимого. У многих больных бывает ощущение неполного опорожнения кишечника после дефекации. Часто позыв на дефекацию возникает сразу после еды, что связано со стимулирующим влиянием гастрина и холецистокинина на моторно-эвакуаторную функцию кишечника. Это особенно выражено после приема жирной и высококалорийной пищи. Возможно чередование поносов и запоров: в утренние часы — кал плотный или в виде комков со слизью, в течение дня — несколько раз полуоформленный стул.

В. Метеоризм — один из характерных признаков СРК, обычно усиливается к вечеру. Как правило, вздутие живота нарастает перед дефекацией и уменьшается после нее. Довольно часто метеоризм имеет локальный характер. Сочетание локального метеоризма с болями приводит к развитию характерных синдромов. А. В. Фролькис (1991) выделяет три основных синдрома:

1. **Синдром селезеночного изгиба.** Встречается наиболее часто. Вследствие анатомических особенностей (высокое расположение под диафрагмой, острый угол) в селезеночном изгибе у больных с СРК и моторной дисфункцией создаются благоприятные условия для скопления каловых масс, газа и развития данного синдрома. Основные его проявления следующие:

- чувство распираания, давления, полноты в левом верхнем отделе живота;
- боли в левой половине грудной клетки, нередко в области сердца, реже в области левого плеча;
- сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, иногда эти явления сопровождаются чувством страха;
- появление или усиление указанных проявлений после еды, особенно обильной, задержки стула, волнительных ситуаций и уменьшение после отхождения газов и дефекации;
- вздутие живота и выраженный тимпанит в области левого подреберья;
- скопление газа в области селезеночного изгиба толстой кишки (выявляется при рентгенологическом исследовании).

2. **Синдром печеночного изгиба.** Проявляется чувством полноты, давления, болями в левом подреберье, иррадиирующими в эпигастрий, правое плечо, правую половину грудной клетки. Эти симптомы имитируют патологию желчевыводящих путей.

3. **Синдром слепой кишки.** Встречается часто и симулирует клинику аппендицита. Больные жалуются на боли в правой подвздошной области, иррадиирующие в область правых отделов живота. Интенсивность болевых ощущений может постепенно увеличиваться, однако, как правило, не достигает такой выраженности, как при остром аппендиците. Больных беспокоит также ощущение полноты, тяжесть в правой подвздошной области. При пальпации живота определяется болезненность в области слепой кишки. А. В. Фролькис (1991) указывает, что массаж живота в области слепой кишки и пальпация по направлению к colon ascendens способствуют перемещению химуса и газа из слепой кишки в восходящий отдел толстого кишечника и приносят больным значительное облегчение. Пальпация области восходящей толстой кишки по направлению к слепой

кишке может вызвать значительное усиление болей (обычно при недостаточности илеоцекального сфинктера).

Г. Синдром неязвенной диспепсии. Наблюдается у 30–40 % больных с СРК. Пациенты жалуются на чувство тяжести и переполнения в эпигастрии, на тошноту, отрыжку воздухом. Эти симптомы обусловлены нарушением моторной функции ЖКТ.

Д. Выраженные невротические проявления. Достаточно часто встречаются у больных СРК. Пациенты жалуются на головные боли (напоминающие мигрень), ощущение комка при глотании, неудовлетворенность вдохом (чувство нехватки воздуха), иногда беспокоит учащенное болезненное мочеиспускание.

Е. Спастически сокращенные участки толстого кишечника (чаще сигмовидной кишки). Выявляются при пальпации у многих больных (для обозначения такого состояния ранее часто использовался термин «спастический колит»).

Ж. Болезненность живота при пальпации. А. В. Фролькис (1991) описывает три ситуации, которые могут встретиться при пальпации живота у больных с СРК:

1. Пальпаторная болезненность живота по невротическому типу. Она характеризуется разлитой пальпаторной чувствительностью всего живота как при пальпации по ходу кишки, так и вне ее. Во время исследования возможно неадекватное поведение больного, даже легкая пальпация живота вызывает боли, иногда пациенты вскрикивают, у них появляются слезы на глазах (особенно у женщин). У некоторых больных наблюдается выраженная чувствительность при пальпации брюшной аорты.

2. Болезненность при пальпации всей толстой кишки.

3. При пальпации определяется чувствительность отдельных отрезков кишки, главным образом, нисходящих отделов.

Лабораторные и инструментальные данные:

1. Общий анализ крови, мочи — без существенных изменений.

2. Копрологический анализ — без существенных патологических признаков, довольно часто обнаруживается большое количество слизи.

3. Биохимический анализ крови (БАК) — без отклонений от нормы.

4. Рентгенологическое исследование толстого кишечника — обнаруживаются признаки дискинезии, неравномерное заполнение и опорожнение, чередование спастически сокращенных и расширенных участков кишки.

5. Ректороманоскопия и колоноскопия, как правило, не выявляют каких либо существенных патологических изменений, но часто обнаруживаются скопления слизи и склонность к спазмам кишечника.

Программа обследования

Программа обследования включает:

1. Общий анализ крови и мочи.
2. Копрологический анализ, исследование кала на наличие простейших и паразитов.
3. БАК: определение содержания в крови общего белка и белковых фракций, билирубина, аминотрансфераз, глюкозы, натрия, калия, кальция, креатинина, мочевины, холестерина.
4. Исследование кала на дисбактериоз.
5. УЗИ органов брюшной полости.
6. ФЭГДС.
7. Колоноскопию с биопсией слизистой оболочки. При невозможности выполнения проводят ректороманоскопию.

Диагностические критерии. Рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт по крайней мере 3 дня/мес. за последние 3 мес., связанная с двумя или более признаками из следующих:

- улучшение после дефекации;
- начало, ассоциирующееся с изменением частоты стула;
- начало, ассоциирующееся с изменением формы (внешнего вида) стула.

Подтверждающие критерии:

1. **Частота стула:** менее 3 испражнений в неделю или более 3 испражнений в день.

2. **Неправильная форма стула:**

- шероховатый/твердый стул;
- расслабленный/водянистый стул;
- натуживание при дефекации;
- безотлагательность или чувство неполного опорожнения кишечника;
- выделение слизи и вздутие.

3. **Общие ориентировочные признаки:**

- отсутствие крови, гноя в стуле;
- небольшая масса стула;
- отсутствие ночных позывов на дефекацию;
- нормальная температура тела;
- отсутствие снижения массы тела;
- отсутствие признаков мальабсорбции;
- отсутствие анемии;
- отсутствие лейкоцитоза в периферической крови;
- нормальные цифры СОЭ;
- рецидивирующий характер жалоб (в течение полугода и более);

- изменчивость жалоб;
- отсутствие прогрессирования заболевания;
- усиление расстройств под воздействием стресса;
- наличие других функциональных расстройств (астенический синдром, невроз, ортостатические сосудистые реакции и др.).

Наряду с вышеприведенными диагностическими критериями в диагностике синдрома раздраженного кишечника следует придавать значение следующим характерным обстоятельствам:

- отсутствие болей и диареи в ночное время;
- отсутствие так называемых «симптомов тревоги» (примеси крови в кале, лихорадка, необъяснимое похудание, анемия, увеличение СОЭ и др.) (А. А. Шептулин, 1997);
- длительный анамнез заболевания, изменчивый характер жалоб, несоответствие между обилием и «красочностью» жалоб и хорошим общим состоянием больного;
- отсутствие прогрессирования болезни;
- связь ухудшения самочувствия с психоэмоциональными факторами и стрессовыми ситуациями;
- отсутствие патологических изменений со стороны общего и биохимического анализов крови, а также признаков органических изменений при колоноскопии, ректороманоскопии, ирригоскопии, нормальная гистологическая картина биоптатов слизистой оболочки толстой кишки.

Лечение

Исключить травмирующие психику факторы внешней среды, провести лечение больного в санатории, профилактории, а при затяжных и повторных приступах кишечной дискинезии или функциональных расстройств желудка — в стационаре.

При преобладании запоров назначают диету № 3, богатую пищевыми волокнами: пшеничными, овсяными отрубями, добавляемыми в суп, ржаной хлеб, включающую гречневую кашу, тертую морковь, свеклу; противопоказаны пряности, острые соусы, тугоплавкие жиры, изделия из сдобного теста, свежее молоко, крепкий кофе.

Физиотерапевтические и бальнеологические процедуры: аэроионотерапия, гальванический воротник по Щербачу, соллюкс, диатермия, электросон, акупунктура, хвойные ванны, озокеритовые аппликации — также способствуют излечению от недугов.

При наличии сопутствующих заболеваний (гипотиреоза, аллергического энтероколита, дисбактериоза, климакса и др.) показано их лечение.

Лечение неврозов и депрессии включает психотерапию, прием седативных препаратов (настой из корня валерианы, шишек хмеля, травы пус-

тырника; суточная доза: 1 ст. л. на 2 стакана кипятка, настаивать 40 мин, принимать по $\frac{1}{3}$ стакана 3–4 раза/день), транквилизаторов (диазепам — 5–10 мг или феназепам — 0,25–0,5 мг 2–3 раза/день), антидепрессантов (амитриптилин или азафен — 6,25–12,5 мг 2 раза/день).

При запорах — легкие слабительные средства, масляные клизмы.

При спазмах с болевым синдромом назначают папаверин, но-шпу, препараты белладонны внутрь, при кишечной колике — антихолинергические средства парентерально (0,1%-ный раствор атропина — 0,5–1,0 мл подкожно).

При доминирующей диарее назначаются противодиарейные средства: имодиум, кальция карбонат, реасек и др.

Задания для самостоятельной работы

Самостоятельная работа студента осуществляется в палатах с тематическими больными. Для успешного выполнения целевых задач студенту необходимо проявить максимум активности и готовности в овладении темой занятия. В процессе самостоятельной работы с материалом студенту необходимо составить перечень вопросов, которые недостаточно освещены в доступной для него литературе, либо сложно объяснены. В начале занятия студент должен получить у преподавателя полную информацию по заранее подготовленным вопросам.

Для обеспечения активного восприятия студентами учебного материала и заинтересованности к обсуждаемой теме преподаватель стимулирует дискуссию и устраивает перекрестный опрос, во время проведения которого комментирует и исправляет ошибки и неточности, допущенные студентами при ответе.

При постановке задач, которые будут решаться студентами в процессе занятия, преподаватель подчеркивает актуальность разбираемой темы для практического здравоохранения. Такое привлечение внимания способствует сознательному усвоению студентами необходимых знаний и навыков.

Самый важный этап самостоятельной работы студента — это работа в палатах с конкретными больными по теме занятия. Преподаватель должен иметь список больных, которых будут осматривать студенты.

Во время самостоятельной работы студентов с больными преподаватель постоянно находится в отделении и следит за работой учащихся, а при необходимости немедленно решает возникшие проблемы.

Самоконтроль усвоения темы

I. В основе развития СРК лежит взаимодействие следующих патологических механизмов:

- А. Психосоциального воздействия.
- Б. Наследственной предрасположенности.
- В. Сенсорно-моторной дисфункции.
- Г. Стойких нейроиммунных повреждений.
- Д. Воздействия аллергенов.

Ответ: А, В, Г.

II. Установите соответствие между гастроинтестинальными гормонами и их влиянием на моторную функцию кишечника:

1.	Гастрин	А.	Стимулирует
2.	Секретин	Б.	Тормозит
3.	Глюкагон		
4.	Мотилин		
5.	Холецистокинин		

Ответ: 1 – А, 2 – Б, 3 – Б, 4 – А, 5 – А.

III. В основу классификации СРК положены:

- А. Изменения частоты и консистенции стула.
- Б. Изменения в анализах кала.
- В. Сведения о характере болевого синдрома.
- Г. Данные лабораторных и инструментальных методов обследования.

Ответ: А.

IV. Важным отличительным признаком болей в животе у больных с СРК является:

- А. Их возникновение после приема пищи через 15 мин.
- Б. Появление тошноты на высоте боли.
- В. Их исчезновение в ночные часы, во время сна.
- Г. Их усиление во время сна, в ночные часы.

Ответ: В.

V. Характерным для СРК является:

- А. Несоответствие между характером питания и весом больного.
- Б. Несоответствие между обилием, изменчивостью жалоб и данными лабораторного и инструментального обследований больного.
- В. Несоответствие между отсутствием жалоб и выраженными изменениями при обследовании кишечника.
- Г. Изменение лабораторных показателей (ускорение СОЭ, снижение гемоглобина) при отсутствии жалоб.

Ответ: Б.

VI. При рентгенологическом исследовании толстого кишечника у больных с СРК обнаруживаются:

- А. Признаки дискинезии кишечника.
- Б. Неравномерное заполнение и опорожнение.
- В. Чередование спастически сокращенных и расширенных участков кишки.
- Г. Язвенные дефекты.

Ответ: А, Б, В.

VII. Установите соответствие между клиническим вариантом СРК и лечением:

1.	Преобладание запоров	А.	Имодиум, кальция карбонат, реасек
2.	Преобладание спазмов с болевым синдромом	Б.	Легкие слабительные средства, масляные клизмы
3.	Преобладание диареи	В.	Папаверин, но-шпа, препараты белладонны внутрь, при кишечной колике — антихолинергические средства парентерально (атропин 0,1%-ный раствор — 0,5–1,0 мл подкожно)

Ответ: 1 – Б, 2 – В, 3 – А.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Внутренние болезни* : учеб. пособие. В 3 т. Т. 3 / А. Э. Макаревич [и др.]. Минск : Вышэйшая школа, 2008. С. 318–326.
2. *Внутренние болезни* : учеб. В 2 т. Т. 2 / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. М. : ГОЭТАР-Медиа, 2006. С. 641–680.

Дополнительная

1. *Справочник* врача общей практики. В 2 т. / под ред. А. И. Воробьева. М. : Эксмо, 2007. 342 с.
2. *Справочник* терапевта / под ред. Г. П. Матвейкова. Минск : Беларусь, 2000. 656 с.
3. *Практические навыки* терапевта : практ. пособие / под ред. Г. П. Матвейкова. Минск : Вышэйшая школа, 1993. 234 с.

Оглавление

Список сокращений.....	3
Мотивационная характеристика темы	3
Определение и эпидемиология	4
Этиология и патогенез	6
Классификация	7
Клиника	8
Программа обследования.....	11
Лечение.....	12
Задания для самостоятельной работы	13
Самоконтроль усвоения темы	14
Литература.....	15