**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №2

на тему: **Синдром раздраженного кишечника**

по дисциплине: **«Внутренние болезни 3»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560000) Лечебное дело**

Составители: преподаватели кафедры: Айтиева Ж.Т.

**Тема практического занятия:**

«**Синдром раздраженного кишечника»** (100мин)

**План занятия:**

- алгоритм диагностического решения при подозрении на наличие данной патологии у конкретного больного

- алгоритм диагностического поиска при подозрении на данную патологию

- алгоритм комплексного лечения данной патологии

- алгоритм профилактическ профилактических мероприятий в отношении данной патологии в различных группах риска

- схема амбулаторной реабилитации после выписки из стационара

- схема обучения больного

**Задачи:**

1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

**Вид занятия:** практическое

**Цель практического занятия:**

- Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.

Учебные цели- оказание экстренной врачебной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, определять тактику оказания дальнейшей медицинской помощи детям с ДВС-синдромом и гемолитико-уремическим синдромом.

- Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями; * определить уровень логического, клинического мышления; * развивать речь |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности |
| Практический   * решение учебных заданий проблемного характера * выполнение практических действий, заданий | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное * определить уровень клинического (профессионального) мышления; * проверить умение выполнения манипуляции, практического действия. |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины  - Нормальная анатомия человека  - Нормальная физиология  - Патанатомия | * анатомия толстого кишечника. * физиология толстого кишечника. * изменения органов и тканей при данной патологии |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика внутренних болезней | * методы обследования больного с данной патлогией |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Общая хирургия | * Кишечная непроходимость |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. колиты
  2. энтериты

**Уровни усвоения: 2**,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен***

Знать:

- Определение

– Этиология

– Патогенез

– Классификация

– Критерии диагностики

– Клиника

– Диагностика

– Группы риска

- Лечение

– Показания к консультации специалистов

– Показания к хирургическому лечению

- Профилактика

- Прогноз

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

- заподозрить наличие данной патологии у конкретного больного на основании проведённого опроса и осмотра;

- составить план обследования для подтверждения диагноза;

- дать клиническую интерпретацию полученным лабораторным и инструментальным данным;

- сформировать сводку патологических данных;

- сформулировать развёрнутый клинический диагноз;

- составить план лечения для конкретного больного;

- осуществлять клинико-лабораторный контроль за эффективностью лечения;

- провести грамотные профилактические мероприятия с учётом группы риска.

- составить схему амбулаторного наблюдения и реабилитации после выписки из стационара конкретному больному;

- составить перечень советов для больного по рациональному образу жизни и осуществлению профилактических мер.

- ***ИМЕТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ:***

-о технике хирургического вмешательства при кишечной непроходимости

**Карта компетенции:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код РО ООП и его форму-лировка | Компетенции ООП | Код РО дисциплины (РОд) и его формулировка |
| РО-5 | **ПК-13** - способен выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин, с учетом течения патологии по органам, системам организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний; | **Знать** – основные патологические симптомы и синдромы заболеваний **Уметь** – сформулировать и обосновать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10; диагностировать неотложных и угрожающих жизни состояния;  **Владеть** – методами диагностики неотложных и угрожающих жизни состояний. |
| РО-6 | **ПК-2** - способен и готов проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного взрослого и ребенка; | **Знать-** основные патологические симптомы и клинико-лабораторные синдромы в клинике внутренних болезней;  **Уметь** – проводить опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, интерпретировать результаты лабораторно-инструментального обследования;  **Владеть** – техникой оформления истории болезни др. медицинской документации с изложением в ней всех основных разделов, обоснования клинического диагноза, плана обследования и лечения, дневников и этапных эпикризов. |
| **ПК-11** – способен и готов к постановке диагноза на основании результатов биохимических и клинических исследований с учетом течения патологии по органам, системам и организма в целом; | **Знать** – основные критерии постановки диагноза в клинике внутренних болезней; **Уметь –** интерпретировать результаты лабораторных методов обследования больного; **Владеть** – алгоритмом лабораторного обследования при подозрении на патологию внутренних органов. |
| РО-8 | **ПК-15** - способен назначать больным адекватное лечение в соответствии с диагнозом; | **Знать** – специфику лечебной помощи на госпитальном этапе;  **Уметь** – провести комплекс лечебных мероприятий; **Владеть –** необходимым объёмом знаний для проведения комплекса лечебных мероприятий пациентам с заболеваниями внутренних органов. |
| **ПК-16** - способен осуществлять взрослому населению и детям первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке; | **Знать** – специфику оказания первой врачебной помощив случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний, в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения;  **Уметь** – оказать первую врачебную помощь в чрезвычайных ситуациях; **Владеть –** алгоритмом проведения госпитализации больных в плановом и экстренном порядке, лечебно-эвакуационных мероприятий в условиях чрезвычайной ситуации. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурм  Рентген рисунок легких  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов  Формировать ПК 12 | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд | 10 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 20мин |
| 3 | Мотивация к изучению новой темы | Активизация умственной деятельности студентов, развивать критическое мышление | Демонстрирование ситуации | Свободно участвуют в обсуждении, умение работать в команде |  | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал (Прил. 2) | 10мин |
| 4 | Изложение новой темы | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыков умения их использовать на практических занятиях | Показать | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач (Прил.3.) | 10мин |
| 6 | Оценивание студентов за участия на занятии | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Коррекция заданных вопросов | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы.  Формировать  пк13 пк14 | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.  Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе  наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).  Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |
|  | перемена |  |  |  |  |  |  | 10мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

**Основная:**  
1.Внутренние болезни. Учебник для студентов мед. вузов в 2-х томах. Под ред. А.И.Мартынова, Н.А Мухина, В.С. Моисеева. М,2001.

2.Внутренние болезни. Учебник для студентов мед. вузов. Под ред. С.И.Рябова, В.А.Алмазова, Е.В. Шляхто. М., 2001.

3 Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. - М., 1999.

4.Методическая разработка кафедры по теме занятия.

**Дополнительная:**

1. Битти А.Д. Диагностические тесты в гастроэнтерологии. М., 1999.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., 2000.
3. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т.4, -М., 2001.

4. Калинин А.В., Хазанов А.И. Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение. – М. 2007.57. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. М, ГЭОТАР, 2007.

5.Руководство по первичной медико-санитарной помощи. М, ГЭОТАР, 2007

6.Федеральное руководство по использованию лекарственных препаратов.Выпуск IХ. М., 2009.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Тестовые задания:**

|  |
| --- |
| 1. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ причины развития синдрома раздраженной кишки:  A) травмы  B) инфекция  C) дисгормональные  D) опухоли кишечника  E) стрессовые факторы  {Правильный ответ} =E  2. К внекишечным проявлениям синдрома раздраженной кишки НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО относится:  A) запор  B) боль в животе  C) частый, жидкий стул  D) запор, чередующийся с поносами  E) тревожно-депрессивный синдром  {Правильный ответ} =E  3. Больная К., 38 лет предъявляет жалобы на выраженные мигренеподобные головные боли, быструю утомляемость, чувство нехватки воздуха; перебои в области сердца, возникающие при психоэмоциональном напряжении; боли в животе, учащенный жидкий стул 2-3 раза в сутки с небольшим объемом испражнений. Какой метод обследования НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН?  A) ирригоскопия  B) ректороманоскопия  C) МРТ органов брюшной полости  D) колоноскопия с биопсией слизистой  E) пальцевое исследование прямой кишки  {Правильный ответ} =D  4. Больной Л., 42 лет обратился с жалобами на колющие схваткообразные боли в животе, усиливающиеся после приема пищи; запоры до 2-3 дней, чувство вздутия живота, а также характер стула по типу «овечьего кала». Проведение колоноскопии было болезненным; на слизистой оболочке толстой кишки определялось большое количество слизи. Какой из перечисленных диагнозов наиболее ВЕРОЯТЕН?  A) болезнь Крона  B) рак толстого кишечника  C) СРК с преобладанием запоров  D) СРК с преобладанием поносов  E) синдром избыточной микробной контаминации  {Правильный ответ} =C  5. Больная Б., 29 лет жалуется на схваткообразные боли в животе, жидкий стул без патологических примесей. Ухудшение самочувствия связывает с психоэмоциональным стрессом. При проведении колоноскопии органических изменений толстого кишечника не обнаружено. В план лечебных мероприятий НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО включить:  A) креон + де-нол  B) дицетел + дюфалак  C) дюфалак + имодиум  D) имодиум + грандаксин  E) интетрикс + хилак-форте  {Правильный ответ} =D  6. У больной 21 года, беспокоят приступы, сопровождающиеся частым жидким стулом со слизью, провоцируются психоэмоциональными стрессами. Пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Ректороманоскопия: патологии не отмечено. Предположительный диагноз:  A) Болезнь Крона  B) Хронический энтероколит  C) Синдром раздраженной толстой кишки  D) Пищевая токсикоинфекция  E) Неспецифический язвенный колит  {Правильный ответ} = С  7. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ:  1) слабительные средства;  2) антидепрессанты;  3) местноанестезирующие препараты;  4) противовоспалительные препараты;  5) очистительные и лечебные клизмы.  8. К СЛАБИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ, ОБЛАДАЮЩИМ РАЗДРАЖАЮЩИМ ДЕЙСТ­ВИЕМ НА НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЙ АППАРАТ ТОЛСТОЙ КИШКИ И УСИЛИВАЮ­ЩИМ ЕЕ ПЕРИСТАЛЬТИКУ, НЕ ОТНОСИТСЯ:  1) александрийский лист;  2) корень ревеня;  3) бисакодил;  4) пурген;  5) сорбит.  9. ПРИ НАЛИЧИИ ДИАРЕИ И ОТСУТСТВИИ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О:  1) синдроме раздраженной кишки;  2) ахлоргидрии;  3) истерии;  4) гранулематозном колите;  5) глютеновойэнтеропатии. |

**Содержание темы.**

**Диагностически сложными являются клинические ситуации, когда тяжелые симптомы заболевания не находят объяснения в результатах лабораторных, инструментальных и морфологических исследований. Синдром раздраженного кишечника (СРК) служит ярким примером такой ситуации.

Согласно современным представлениям, СРК является биопсихосоциальным функциональным расстройством кишечника, в основе которого лежит взаимодействие двух основных механизмов: психосоциального воздействия и сенсоромоторной дисфункции, т.е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности [1, 2]. Характеристика синдрома требует особой стратегии постановки диагноза, дифференциального диагноза и осуществления программы лечения.

**Эпидемиология**

Распространенность СРК в большинстве стран мира велика и составляет 15 - 20%, при том что 2/3 лиц, испытывающих симптомы СРК, к врачам не обращаются. Уровень культуры и социальное положение определяют частоту обращаемости населения по поводу СРК: в развитых странах она высока, и распространенность заболевания достигает 30%, а в таких странах, как Таиланд и Иран, составляет 3 - 4%. Заболеваемость СРК в среднем равна 1% в год. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст - 30 - 40 лет. Соотношение женщин и мужчин колеблется от 1:1 до 2:1. Среди мужчин “проблемного” возраста, после 50 лет, СРК распространен так же часто, как среди женщин. Средний возраст пациентов составляет 24 - 41 год. Появление признаков заболевания после 60 лет ставит под сомнение диагноз СРК. У таких пациентов следует исключить колоректальный рак, дивертикулез, полипоз, ишемический колит и другие органические заболевания кишечника [3-6].

**Определение**

В 1988 г. в Риме Международная группа по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) впервые официально утвердила термин “синдром раздраженного кишечника”, дала его определение и разработала критерии постановки диагноза, получившие в дальнейшем название “Римские критерии СРК”. В 1999 г. критерии были дополнены и приняты Римские критерии СРК II [2]. Согласно критериям, **СРК - это устойчивая совокупность функциональных расстройств продолжительностью не менее 12 нед на протяжении последних 12 мес, проявляющаяся болью и/или дискомфортом в животе, которые проходят после дефекации, сопровождаются изменениями частоты и консистенции стула и сочетаются на протяжении 25% времени заболевания не менее чем с двумя стойкими симптомами нарушения функции кишечника - изменениями частоты стула, консистенции кала, самого акта дефекации (императивные позывы, тенезмы, чувство неполного опорожнения кишечника, дополнительные усилия при дефекации), выделением слизи с калом, метеоризмом (табл.1).**

Римские критерии способствовали единому пониманию специалистами разных школ сущности патологии и позволили избегать использования многочисленных синонимов - дисбактериоз кишечника, функциональная колопатия, спастическая толстая кишка, слизистая колика, нервная диарея и др. В России до сих пор распространены диагнозы “дисбактериоз кишечника” и “хронический спастический колит”, которые неверно отражают суть патологии, поскольку у больных с СРК не находят клинически значимых специфических изменений кишечной флоры или характерной воспалительной реакции слизистой оболочки .

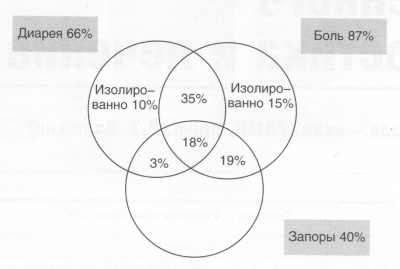
**Таблица 1. Римские критерии СРК**

|  |  |
| --- | --- |
| в сочетании |  |
| *Боли или дискомфорт в животе, которые:*   * проходят после акта дефекации * связаны с изменениями частоты стула (запорами, поносами или их чередованием) * связаны с изменениями консистенции стула | *Два или более следующих симптома на протяжении 1/4 этого времени:*   * изменения частоты стула (чаще чем 3 раза в день или реже чем 3 раза в неделю) * изменение формы кала (жидкий, твердый) * изменения акта дефекации * императивные позывы * чувство неполного опорожнения * дополнительные потуживания, * усилия выделение слизи * метеоризм/вздутие живота |

**Классификация**

F.Weber и R.McCllum предложили клиническую классификацию, в которой в зависимости от ведущего симптома выделяются три варианта течения СРК: 1) с преобладающими болями в животе и метеоризмом; 2) с преобладающей диареей; 3) с преобладающими запорами. Выделение вариантов СРК важно с практической точки зрения, т.к. определяет выбор лечения. Однако такое деление условно, поскольку у половины больных наблюдается высокая частота сочетания различных симптомов и трансформация одной формы СРК в другую (например, при смене запоров поносами и наоборот), что затрудняет определение доминирующего проявления болезни (рис. 1).

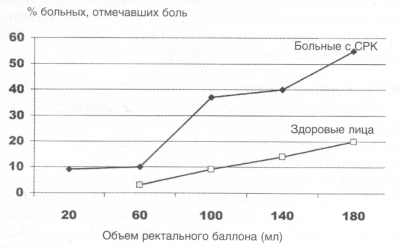
**Рис. 1. Частота сочетаний симптомов при СРК**

****

**Рис. 2. “Пациенты” и “не пациенты” с СРК**

****

**Рис. 3. Висцеральная гиперчувствительность при СРК**

****

В зависимости от тяжести течения, частоты обращаемости, особенностей психосоциального анамнеза, психопатологического статуса, характера поведения больных с СРК принято подразделять на 2 группы - так называемые не пациенты и пациенты с СРК (рис. 2). Большинство больных (85 - 90%) входят в группу “не пациентов”, которые никогда к врачу не обращались по поводу проявлений СРК и/или, пройдя обследование и лечение, в дальнейшем к врачам не обращаются. Эти больные самостоятельно справляются с симптомами заболевания при его обострениях; болезнь не влияет на качество их жизни, и они ведут себя как здоровые люди - отсюда и название группы.

**Таблица 2. Симптомы “тревоги”, исключающие диагноз СРК**

|  |  |
| --- | --- |
| *Жалобы и анамнез* | *Физикальное обследование* |
| * немотивированная потеря массы тела * ночная симптоматика * постоянные интенсивные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ * начало в пожилом возрасте * рак толстой кишки у родственников | * лихорадка * изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия и др.)   *Лабораторные показатели:*   * кровь в кале * лейкоцитоз * анемия * увеличение СОЭ * изменения в биохимии крови |

В противоположность первой группе вторую, численностью 10 - 15%, составляют “пациенты” с СРК, которые длительно и тяжело болеют, часто обращаются к врачам, трудно поддаются лечению, часто подвергаются диагностическим процедурам, госпитализациям и даже оперативным вмешательствам. Качество жизни и трудоспособность таких больных нарушены, они ведут себя как лица, страдающие тяжелым органическим заболеванием, но при этом наблюдаются их относительно удовлетворительное общее состояние и отсутствие признаков прогрессирования болезни.

**Рис. 4. Этапы постановки диагноза СРК**

****

**Патогенез**

Деление патологии человека на органическую и функциональную условно. В гастроэнтерологии **функциональные заболевания - это различные устойчивые комбинации хронических и/или рецидивирующих симптомов, чаще свидетельствующих о нарушениях двигательной функции, относящихся к глотке, пищеводу, желудку, билиарному тракту, тонкой, толстой кишке, аноректальной зоне, которые не находят в настоящее время объяснения известными морфологическими или метаболическими изменениями** . Функциональная патология органов пищеварения составляет отдельную группу заболеваний, к которым относятся такие, как дискинезии пищевода, *globushystericus*, неязвенная диспепсия, аэрофагия, дискинезии желчевыводящих путей, дисшезия и др. (всего 25 состояний). СРК является наиболее изученным функциональным заболеванием ЖКТ.

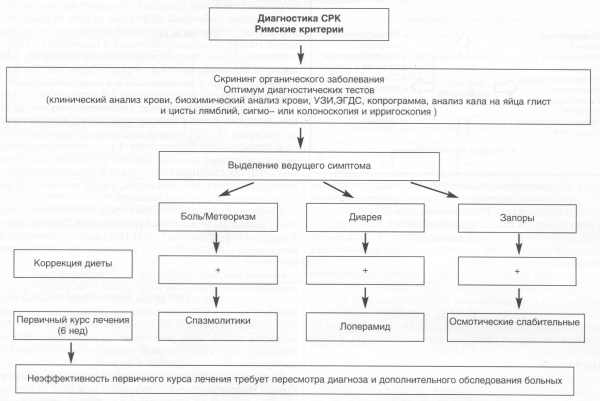
Несколько десятилетий первичное нарушение двигательной функции кишечника рассматривалось как патофизиологическая основа СРК. В результате было доказано отсутствие изменений моторики в базальных условиях, обнаружен аггравированный моторный ответ кишечника на прием пищи, описаны характерные ранние групповые сокращения, возникающие во II фазу пищеварительного цикла работы моторного мигрирующего комплекса. Однако выявить специфичные для СРК нарушения моторики не удалось; наблюдаемые изменения регистрировались и у больных с органическими заболеваниями, плохо коррелировали с симптомами СРК, в связи с чем сейчас исследования двигательной функции кишечника самостоятельного диагностического значения не имеют.

**Рис. 5. СРК: дифференциальный диагноз**

****

Более успешным оказалось изучение особенностей восприятия боли и церебро-энтеральных взаимодействий. Whitehead с помощью баллонно-дилатационного теста обнаружил феномен висцеральной гиперчувствительности при быстром механическом растяжении стенки прямой кишки у больных с СРК (рис. 3). Было обнаружено 2 вида висцеральной гиперчувствительности: 1) снижение порога восприятия боли и 2) более интенсивное ощущение боли при нормальном пороге восприятия. Висцеральная гиперчувствительность у больных с СРК характеризовалась избирательностью в отношении механических стимулов: применение электрических, термических и химических воздействий на стенку кишки не выявило различий восприятия по сравнению со здоровыми лицами. Наблюдалась избирательность нарушения висцеральной афферентации: уровень соматической афферентации - тактильная чувствительность, резистентность к электрическим и термическим стимулам кожи у больных не менялись. При СРК наблюдался диффузный характер нарушения восприятия боли на всем протяжении кишечника. Выраженность висцеральной гиперчувствительности хорошо коррелировала с симптомами СРК, а баллонно-дилатационный тест оказался легко воспроизводимым, высокоспецифичным и чувствительным методом исследования. В связи с этим висцеральнаягипералгезия расценивается как биологический маркер СРК, а баллонно-дилатационный тест как специфичный (95%) и чувствительный (70%) метод диагностики СРК и оценки эффективности лекарственных препаратов при их клинических испытаниях .

**Рис. 8. Тактика ведения больных СРК**

****

Условием формирования висцеральной гиперчувствительности является воздействие так называемых сенсибилизирующих факторов, среди которых рассматриваются кишечная инфекция (в частности, перенесенная дизентерия), психосоциальный стресс, физическая травма, так или иначе ассоциированные с абдоминальной болью. Клиническими проявлениями висцеральной гиперчувствительности являются симптомы гипералгезии и аллодинии. Гипералгезия может проявляться в виде повышенной чувствительности к болевым стимулам и ощущением боли, вызванным неболевыми стимулами. Аллодинией называется расстройство функции, вызываемое болевыми воздействиями. Такие симптомы СРК, как метеоризм, нарушение моторики, транзита и акта дефекации, рассматриваются как вторичные, вызванные синдромом боли. На практике аллодиния подтверждается наблюдаемыми переходами одной клинической формы СРК в другую, а также результатами лечения, когда при стихании болевого синдрома отмечаются уменьшение метеоризма и нормализация стула.

С помощью позитронной эмиссионной томографии было показано, что в ответ на проведение баллонно-дилатационного теста у здоровых лиц отмечается активация передней части ободка перешейка коры. Эта зона лимбической системы связана с активными опиатными соединениями, что, возможно, в норме обеспечивает снижение восприятия входящих болевых стимулов. У больных СРК активируются другие отделы коры головного мозга - префронтальная зона, которая не связана с опиатами. Предполагается, что при СРК нарушен процесс нисходящего подавления восприятия боли, т.е. имеется центральная антиноцицептивная дисфункция.

Talley и соавт. впервые применили близнецовый метод к изучению причин развития CРК. Было исследовано 437 пар, среди которых достоверно чаще встречались монозиготные, а не дизиготные близнецы. Возможно, наследственный фактор определяет реакцию организма на сенсибилизирующий фактор и/или дальнейшее течение патологических процессов заболевания.

Клинические наблюдения о связи симптомов СРК со стрессорными воздействиями привели к необходимости изучения психопатологической компоненты СРК. Исследования проводятся в следующих направлениях: 1) психосоциальный фактор как предрасполагающий к формированию особенностей личности больного СРК; 2) психосоциальный фактор как сенсибилизирующий фактор формирования заболевания ; 3) связь психологических особенностей с симптомами СРК и механизмами их развития - реактивной моторикой, гиперчувствительностью, энтероцеребральными взаимоотношениями и т.д.; 4) влияние психотропной терапии на проявления СРК и течение болезни.

Известно, что тяжелые формы СРК наблюдаются у лиц с психическими отклонениями, перенесших фатальные жизненные потрясения. По шкале тяжести воздействия, разработанной Drossman и соавт., из всех видов психосоциальных травмирующих ситуаций, такие как физические и сексуальные домогательства, наиболее достоверно коррелировали с симптомами СРК. Потеря родителей в раннем возрасте, развод родителей в анамнезе также были существенно связаны с проявлениями СРК и их выраженностью.

G.Engel предложил биопсихосоциальную модель, предполагающую, что социальные потрясения вносят вклад в клинические проявления заболевания. Он отстаивал точку зрения, что СРК развивается в результате стрессорного вмешательства в биологические, психологические и социальные сферы, взаимодействующие на различных уровнях. Гипотеза подводила концептуальную базу к пониманию причин появления гастроинтестинальных симптомов, которые не находили объяснения известными органическими нарушениями и не могли быть отнесены к определенному заболеванию. Психосоциальные исследования показали, что СРК развивается не в результате нарушения кишечной моторики, а отражает расстройство регуляции между ЦНС и автономной энтеральной нервной системой. Патологический феномен поврежденной висцеральной чувствительности обеспечивает болезненное восприятие даже подпорогового гастроинтестинального регуляторного импульса, а кортикальные процессы регулируют восприятие симптомов.

Собирая представленные звенья патогенеза СРК в единую цепь патологических процессов, можно предложить модель развития патологии. При наличии генетической предрасположенности и воздействии сенсибилизирующего фактора у личности, развивающейся в определенной социальной среде, складывается психологический тип, у которого при низком уровне резистентности к стрессовым воздействиям и слабой социальной поддержке формируется экстацеребрация гастроинтестинальных симптомов, нарушаются висцеральная чувствительность и моторика кишечника, ломаются энтероцеребральные связи и формируется симптомокомплекс раздраженного кишечника. Очень вероятно, что СРК является и не патологией ЖКТ, и не заболеванием ЦНС или психической сферы. Скорее всего, это некое новое бионейропсихосоциальное состояние человека, формирующееся в экстремальных социальных условиях и проявляющееся гипервосприятием и гиперреактивностью .

**Диагностика**

Диагностика синдрома основывается на оценке стойкой совокупности клинических симптомов - боли внизу живота в сочетании с нарушениями функции дистальных отделов кишечника, которые не находят объяснения известными на сегодняшний день морфологическими и метаболическими нарушениями, т. е. ограничена исключением органической патологии .

**Абдоминальная боль** является обязательной составной частью картины СРК. Она может иметь широкий спектр интенсивности: от легкого дискомфорта, терпимой ноющей боли до интенсивной постоянной и даже нестерпимой, имитирующей картину кишечной колики. Для больных СРК характерно появление боли сразу после еды, что сопровождается вздутием живота, усилением перистальтики, урчанием, диареей или урежением стула. Боли стихают после дефекации и прохождения газов и, как правило, не беспокоят по ночам. Болевой синдром при СРК не сопровождается потерей массы тела, лихорадкой, анемией, увеличением СОЭ.

К вспомогательным симптомам, помогающим определить вариант течения СРК, относятся симптомы нарушения транзита и акта дефекации. Согласно Римским критериям, патологической считается частота стула более 3 раз в день (диарея) и менее 3 раз в неделю (запоры). Для СРК характерны утренняя диарея, возникающая после завтрака и в первую половину дня, и отсутствие диареи по ночам. Около половины больных отмечают примесь слизи в кале, состав и происхождение которой не определены. Выделение крови с калом, ночная диарея, синдром мальабсорбции и потеря массы тела относятся к симптомам “тревоги”, исключающим диагноз СРК и требующим настойчивых поисков органического заболевания (табл. 2) .

Больных отличают обилие сопутствующих жалоб и личностные особенности, помогающие уже при первом контакте заподозрить СРК. Многочисленные жалобы можно разделить на 3 группы: 1) симптомы неврологических и вегетативных расстройств - мигрень, боли в поясничной области, ком в горле, сонливость, бессонница, различные виды дизурии, дисменорея, импотенция и др., встречающиеся у 50% больных; 2) симптомы сопутствующих функциональных заболеваний органов пищеварения - тяжесть в эпигастрии, тошнота, отрыжка, рвота, боли в правом подреберье и др., наблюдаемые у 80% пациентов; 3) признаки психопатологических расстройств, чаще такие как депрессия, синдром тревоги, фобии, истерия, панические атаки, ипохондрия и др., выявляемые у 15 - 30% больных.

Сигмоскопию выполняют большинству пациентов с подозрением на СРК. При запорах исследование позволяет исключить обструктивные повреждения, а при диарее - воспалительные заболевания кишечника и другую патологию, сопровождающуюся изменениями слизистой оболочки толстой кишки. У пациентов с диареей и нормальной картиной слизистой биопсия может исключить микроскопические формы колитов (лимфоцитарный, коллагеновый, эозинофильный) и амилоидоз. При впервые появившейся симптоматике СРК у пациентов старше 50 лет необходима оценка слизистой на всем протяжении при полной колоноскопии или ирригоскопии для исключения рака толстой кишки.

**Стратегия постановки диагноза СРК**

Неспецифичность клинических проявлений поражения кишечника делает крайне сложной постановку диагноза на нозологическом уровне. Гораздо проще определить, в рамки какого синдрома укладываются симптомы, и начать симптоматическое лечение. Выбор более легкого пути синдромной диагностики чреват грубыми диагностическими ошибками и повышенным риском несвоевременной диагностики органического заболевания. В связи с этим принята определенная стратегия постановки диагноза СРК .

Процесс диагностики СРК протекает в V этапов. На I этапе ставится предварительный диагноз, на II - выделяется доминирующий симптом и соответственно клиническая форма синдрома; на III - исключаются симптомы “тревоги” и проводится дифференциальный диагноз. На IV этапе завершается скрининг органического заболевания при выполнении оптимума диагностических тестов, который включает клинический и биохимический анализы крови, копрологическое исследование с анализом кала на яйца глистов и цисты лямблий, ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, сигмо- или колоноскопию и ирригоскопию. На V этапе назначают первичный курс лечения не менее чем на 6 нед, по результатам которого вновь обращаются к оценке диагноза. При эффективности лечения может быть выставлен окончательный диагноз СРК, при неэффективности - проводится дополнительное обследование (рис. 4). При болевой форме наибольшую ценность могут иметь такие диагностические тесты, как серийная энтерография, интестинальнаяманометрия, баллонно-дилатационный тест; при диарейной - лактозотолерантный тест, аспирация содержимого тонкой кишки для исследования бактериальной флоры; при запорах - радиоизотопное исследование транзита, изучение аноректальных функций и др.

**Дифференциальный диагноз**

Диагноз СРК является диагнозом исключения. Больные предъявляют жалобы, которые могут сопровождать течение и прогностически неблагоприятных органических заболеваний, исключив которые врач может остановиться на диагнозе функционального заболевания.

Прежде всего при дифференциальном диагнозе следует исключить простейшие причины раздражения кишечника, к которым относится хроническое воздействие диетических факторов и лекарственных препаратов. К распространенным пищевым раздражителям относятся жирная пища, алкогольные напитки, кофе, газообразующие продукты и напитки, обильная (банкетная) еда, изменения привычного питания в командировках и путешествиях. Среди лекарственных препаратов раздражают кишечник слабительные, антибиотики, препараты калия, железа, желчных кислот, калия, мезопростол и др.

Физиологические состояния женщин - предменструальный период, беременность, климакс могут протекать с симптомами СРК. Длительное психоэмоциональное и интеллектуальное перенапряжение, испуг, волнение могут привести к развитию признаков СРК, которые быстро проходят после отдыха и разрешения стрессовой ситуации. Как своеобразную форму течения СРК можно рассматривать “медвежью болезнь”.

Самой распространенной патологией, сопровождающейся проявлениями СРК, является врожденная ферментопатия - лактазная и дисахаридазная недостаточность, простейшим способом диагностики которой является диета исключения, не содержащая молока и его продуктов, сорбитола (жевательная резинка), усвоение которых требует лактазы или дисахаридазы.

Органические заболевания кишечника - колоректальный рак, полипоз, дивертикулез, болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, микроскопические колиты, мастоцитоз, кишечные инфекции, паразитарные инфекции, синдром мальабсорбции, синдром короткой тонкой кишки, долихосигма, целиакия, туберкулез обязательно входят в круг дифференциально диагностического поиска. Нейроэндокринные опухоли ЖКТ, в первую очередь гастриномы, карциноидный синдром и VIP-омы, на первых стадиях могут протекать под маской диарейной или болевой формы СРК. Гинекологические болезни (чаще эндометриоз и пластический рубцовый перитонит) могут иметь типичную для СРК клиническую картину. Среди эндокринных заболеваний чаще тиреотоксикоз и сахарный диабет с автономной диабетической энтеропатией протекают по типу диарейной формы СРК (рис. 5).

**Прогноз**

Прогноз заболевания благоприятный. Течение болезни хроническое, рецидивирующее, но не прогрессирующее. СРК не осложняется кровотечением, перфорацией, стриктурами, свищами, кишечной непроходимостью, синдромом мальабсорбции. Риск развития воспалительных заболеваний кишечника и колоректального рака у больных СРК такой же, как в общей популяции. Это определяет тактику наблюдения пациентов и отсутствие необходимости в более частых колоноскопиях. Прогноз жизни при СРК благоприятный. Врач должен знакомить пациентов с особенностями прогноза болезни, что будет улучшать их психосоциальную адаптацию .

Противоположная ситуация складывается в отношении индивидуального прогноза “пациентов” с СРК, который чаще бывает неблагоприятным. Нарушается трудоспособность больных. Как причина временной нетрудоспособности диагноз СРК вышел сейчас на второе место после простудных заболеваний. У больных СРК число обращений к врачу и продолжительность временной нетрудоспособности за год в 3,5 раза выше, чем у здоровых лиц. Качество жизни “пациентов” с СРК в отношении питания, сна, отдыха, сексуальной активности, семейного и социального положения значительно снижено.

**Программа лечения**

Почему лечение больных СРК не укладывается в привычные рамки консервативной терапии при заболеваниях органов пищеварения, а требует составления целой программы? Что должно входить в программу лечения больных СРК?

Программа лечения состоит из двух этапов - первичного курса и последующей базовой терапии. Выполнение программы требует длительного времени: продолжительность первичного курса лечения составляет не менее 6 - 8 нед, базовой терапии - 1 - 3 мес (рис. 6). Выбор программы определяется взаимодействием нескольких факторов и зависит от ведущего симптома (боль/метеоризм, диарея, запор), его тяжести и влияния на качество жизни, а также от характера поведения пациента и его психического состояния.

Основным элементом программы является решение задачи психосоциальной адаптации с обязательным вовлечением больного в процесс диагностики и лечения. Следует акцентировать внимание пациентов на нормальных показателях исследований и подчеркивать важность отсутствия патологических нарушений для прогноза заболевания. Больной должен поверить, что у него отсутствует тяжелое органическое заболевание, угрожающее его жизни. Необходимо тщательно расспросить больного об условиях питания, жизни, работы, постараться определить сенсибилизирующий фактор и причины болезни. Далее врач должен информировать больного о сущности заболевания и познакомить с прогнозом. Компетентность, авторитет и сила убеждения врача определяют контакт с больным, степень доверия врачу и успех лечения. Выполнение этой задачи во многом определяет, в какой группе окажется больной - в группе “пациентов” или “не пациентов” с СРК и в значительной степени влияет на эффективность последующих элементов программы .

Врач должен уметь правильно оценить психическое состояние больных. Нередко приходится проводить консультации с психиатрами, невропатологами, вегетологами для постановки диагноза и подбора адекватной психотропной терапии. Вмешательство в эти сферы не специалистов может нанести дополнительную травму больному и отдалить его от врача.

**Диетотерапия.** При первой консультации с больным обсуждают индивидуальные привычки питания, которые сами по себе могут вызывать хронические симптомы СРК. Больному назначают диету исключения, не содержащую кофеин, лактозу, фруктозу, сорбитол, уксус, алкоголь, перец, копчености, а также продукты, вызывающие чрезмерное газообразование. Традиционно больным с преобладающими запорами рекомендуют придерживаться растительной диеты, однако увеличение в рационе балластных веществ достоверно не доказало своей эффективности по результатам двойных слепых плацебо-контролируемых исследований последних лет .

Нередко “не пациентам” с СРК мер психосоциальной поддержки и соблюдения диетических рекомендаций бывает достаточно: в дальнейшем им не требуется назначения медикаментозной терапии, что, безусловно, является наиболее благоприятным вариантом течения болезни.

**Первичный курс лечения.** Ключевым ***моментом диагностики СРК*** является проведение первичного курса лечения с последующей переоценкой диагноза. Целью такого лечения является устранение симптомов заболевания и проверка *exevantibus* правильности постановки диагноза, отсутствия необходимости дальнейшего поиска органической патологии и выполнения дополнительных диагностических процедур. В результате лечения больной должен убедиться, что его состояние улучшается или хотя бы не ухудшается, что позволяет с большей уверенностью и согласованно с больным принять решение не проводить дальнейшее обследование (см. рис. 6).

**Лечение больных с преобладающими болями и метеоризмом.** Определяющим симптомом заболевания является боль, купирование которой у многих пациентов сопровождается уменьшением выраженности диареи, запоров, вздутия живота. Для больных болевой формой и метеоризмом не существует стандартизированной схемы лечения или препарата выбора, доказавших свою эффективность в исследованиях по протоколу по отдаленным результатам наблюдения .

Имеется большой выбор препаратов различных фармакологических групп, которые можно применять при болевой форме СРК: 1) М3 - антихолинергические средства - гиасцинабутилбромид; 2) антагонисты холецистокинина - локсиглюмид; 3) аналоги соматостатина; 4) антагонисты 5-гидрокситриптамина3(5НТ3) - ондансетрон; 5) миотропные спазмолитики (мебеверина гидрохлорид, отилония бромид и пиновериума бромид). Антихолинергические средства обладают множеством нежелательных побочных эффектов, другие препараты не достаточно изучены и проходят испытание в эксперименте на здоровых добровольцах и пациентах с СРК.

Оптимальным считается назначение препарата пиновериума бромида, по 50 мг 3 раза в день как на время первичного курса лечения, так и в качестве базовой терапии (см. рис.6). Пиновериума бромид у 90% больных обеспечивает эффективное спазмолитическое действие, купирует боли в животе, уменьшает выраженность метеоризма. По механизму действия препарат относится к селективным блокаторам L1,2 - потенциалзависимых кальциевых каналов гладкой мускулатуры кишечника, что обеспечивает отсутствие вазодилататорного и антиаритмического эффектов, свойственных другим блокаторам кальциевых каналов.

К новейшим лекарственным средствам следует отнести: 1) агонисты к-опиатных рецепторов; 2) антагонисты 5-гидрокситриптамина4 (5НТ4); 3) адренергические вещества *(к*2 - препараты); 4) антагонисты субстанции Р.

Особая тактика требуется при купировании интенсивной абдоминальной боли. Даже при ранее установленном диагнозе СРК исключают симптомы “острого живота” по результатам осмотра, пальпации, экспресс-исследования крови, УЗИ и обзорному снимку брюшной полости, после чего возможно применение парентеральных спазмолитических препаратов (гиасцинабутилбромид, платифиллина и др.).

**Лечение больных с преобладающей диареей.** Одним из наиболее тяжелых симптомов СРК, неизбежно влияющем на качество жизни пациентов, является диарея, которую необходимо как можно скорее устранить. Диарея является самой частой причиной временной нетрудоспособности при СРК.

Препаратом выбора для лечения диарейной формы СРК признан лоперамид (см. рис. 6). Оценивая его эффективность, следует отметить, что уже на протяжении более 20 лет ни одно из известных симптоматических антидиарейных средств не выдерживает сравнения с имодиумом по скорости смягчения диареи и надежности антидиарейного действия - у 50% больных симптомы проходят после приема первой дозы препарата и у 87% - через 12 - 24 ч от начала лечения.Лоперамид относится к агонистам m -опиатных рецепторов, что определяет его способность подавления быстрых пропульсивных сокращений кишечника, ведет к замедлению транзита каловых масс. Это сопровождается снижением пассажа жидкой части химуса, способствует повышению абсорбции жидкости и электролитов. Ряд исследователей подтверждают блокирующее действие лоперамида на кальциевые каналы миоцитов, что усиливает подавление моторики. К другим, не менее важным при СРК механизмам действия лоперамида относится снижение восприимчивости стенки прямой кишки к растяжению, что позволяет повысить порог восприятия боли, смягчить и устранить тенезмы. Известно, что лоперамид повышает тонус анальных сфинктеров, что способствует улучшению контроля актов дефекации. При хронической функциональной диарее у больных с СРК начальная доза лоперамида для взрослых составляет 4 мг (2 капсулы). Поддерживающая доза не должна превышать максимально допустимую суточную дозу для взрослых - 16 мг (8 капсул). При этом стул должен быть не более 3 раз в день. При отсутствии стула и нормальном стуле в течение 12 ч лечение следует прекратить.

Препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер и не обладает центральным наркотическим действием. При соблюдении указанных дозировок лоперамидбезопасен, не вызывает побочных эффектов и потому включен в группу безрецептурных лекарственных средств. Дальнейшее совершенствование препарата касается разработки его специальных форм. Наиболее современной и удобной в применении является лингвальная форма лоперамида, действие которой наступает в несколько раз быстрее, чем при приеме традиционных капсул имодиума. Лингвальная форма лоперамида - это маленькие, быстрорастворимые на языке таблетки, которые не нужно запивать водой и можно принять при тошноте, рвоте, нарушениях глотания, причем в любых условиях. Также хорошо зарекомендовал себя при СРК комбинированный препарат, содержащий лоперамид и симетикон - вещество, абсорбирующее газы, что особенно желательно при СРК.

Если у больного наблюдается незначительное увеличение частоты стула, возможно применение адсорбентов - карбоната кальция, активированного угля, дисмектита по 3 г в день в виде суспензии. Однако следует помнить, что антидиарейное действие этих препаратов наступает не ранее, чем через 3 - 5 дней .

При сочетании болевого синдрома с диареей больным из группы “пациентов” с психопатологическими расстройствами назначение короткого курса трициклических антидепрессантов или анксиолитиков может облегчить абдоминальную боль и сопутствующую диарею благодаря антихолинергическим свойствам препаратов.

**Лечение больных с преобладающими запорами.**При запорах, если отсутствует эффект от диетических мер, прибегают к назначению осмотических слабительных препаратов, среди которых наилучшим образом зарекомендовали себя лактулоза, магнезиальное молочко, макролголь 4000 по 2 пакетика 2 раза в день и др. При упорных запорах следующим шагом может быть присоединение прокинетиков, в первую очередь цизаприда в дозе 5 - 10 мг 3 - 4 раза в день. Назначения сурфактантных слабительных, особенно солевых средств, следует избегать, так как они могут усилить болевой синдром. При сочетании болевого синдрома с запорами применение трициклических антидепрессантов и анксиолитиков может усилить запоры, метеоризм и боли.

Неудовлетворительные результаты лечения вызывают необходимость использовать разнообразные дополнительные лечебные процедуры - лечебную физкультуру, физиотерапию, гипнотерапию, методы, основанные на принципе биологической обратной связи (biofeedback), и групповое межличностное лечение в специальных школах и клубах для больных с СРК.

Эффективность выполнения программы определяется не столько субъективным состоянием и жалобами, сколько улучшением психосоциального состояния и качества жизни больного. Существенно, что оценку эффективности программы лечения в целом и действию отдельных лекарственных препаратов при их испытаниях, согласно Римскому консенсусу, должен давать сам больной.