



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Методическая разработка
для преподавателя на тему:**

"Дифференциальный диагноз по синдрому кишечной диспепсии"

Составлено на основании
унифицированной программы
последипломного обучения

Методическая разработка
обсуждена и утверждена
на заседании кафедры.

Составители разработки: доц. Крифариди А.С.

Владикавказ

Тема практического занятия: «Дифференциальный диагноз по синдрому кишечной диспепсии»

Место проведения занятия: учебная комната, палаты гастроэнтерологического отделения.

Цель занятия: на основе знаний основных заболеваний, могущих дать кишечную диспепсию, их клинической картины, научить дифференциальной диагностике при кишечной диспепсии; научить составлять диагностическую программу, распознать синдром нарушенного переваривания и всасывания различного генеза.

Задачи занятия:

- Изучить основные механизмы развития кишечной диспепсии, диареи, синдрома нарушенного переваривания и всасывания, синдрома микробной контаминации и дисбиоза.
- Научить диагностировать проявления кишечной диспепсии;
- Проводить дифференциальную диагностику при синдроме поражения тонкой и толстой кишки;
- Научить оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования кишечника (в том числе ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии).

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

1. Уметь диагностировать проявления кишечной диспепсии.
2. Уметь дифференцировать заболевания тонкой и толстой кишки.
3. Уметь оценивать результаты дополнительных методов исследования кишечника.
4. Уметь выявлять осложнения заболеваний кишечника и определять показания к их оперативному лечению.

ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ:

Технические средства:

- мультимедийный проектор, ноутбук
- пакет компьютерных тестов по дисциплине;
- набор слайдов (Презентации в Power Point);
- библиотека электронных книг.

Демонстрационный материал:

- больные с кишечной диспепсией
- истории болезни
- набор анализов
- рентгенограммы
- таблицы

План и организационная структура занятия «Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии»

№ п/п	Этапы занятия	Время в мин.	Уровень усвоения	Место проведения занятия	Оснащение занятия
1.	Организационные мероприятия	5	-	уч. комната	Журнал
2.	Контроль исходного уровня знаний слушателей	15	II	уч. комната	Контрольные вопросы и задачи
3.	Клинический разбор больных (2-3 чел.)	50	II	палата	Больные, истории болезни
4.	Анализ полученных данных, характерных симптомов, выделение заболеваний для диф. диагноза	10	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
5.	Дифференциальный диагноз	30	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
6.	Предварительный диагноз	5	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
7.	Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования	15	III	уч. комната	Истории болезни, анализы
8.	Клинический диагноз по современной классификации	5	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
9.	Тактика врача при кишечной диспепсии	10	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
10.	Прогноз, экспертиза трудоспособности	5	III	уч. комната	Истории болезни
11.	Контроль конечного уровня усвоения материала	5	-	уч. комната	Тесты-задачи, задание по НИРС
12.	Задание на дом	5	-	уч. комната	Список литературы, контрольные вопросы по теме, тематические

					больные
--	--	--	--	--	----------------

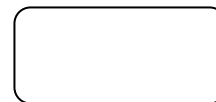
ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ: «Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии»



II уровень усвоения;



III уровень усвоения;



Объем материала, разбираемого на занятии

Рекомендации к проведению занятия

1. Подготовительный этап

За день до занятия преподаватель подбирает нескольких больных с кишечной диспепсией и распределяет для курации среди слушателей. На занятии преподаватель знакомит слушателей с целью, задачами и планом проведения занятия, контролирует исходный уровень знания путем устного ответа на поставленные вопросы или решения ситуационной задачи.

В обязательном порядке разбираются все неясные вопросы. Преподаватель осуществляет контроль готовности к занятию (больной, наглядные пособия, рефераты и другие материалы).

2. Основной этап

Аспиранты готовят своих больных к разбору: собирают жалобы, анамнез, выявляют объективные данные и проводят дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз проводится путем сравнения нозологии с состоянием курируемого больного, начинаем диф. диагноз с наименее вероятной патологии к более вероятной. После проведения диф. диагноза формулируем предварительный диагноз, затем определяем круг или объем дополнительных исследований. Сначала по основному диагнозу, затем для диф. диагностики. После полученных результатов исследования, их трактуют и формулируют клинический диагноз. Затем назначаем лечение конкретному больному.

3. Заключительный этап

Контроль конечного уровня знаний путем решения ситуационных задач. Обсуждение ведется устно. Можно обсудить случаи из практики аспирантов. Преподаватель объясняет неясные вопросы и рекомендует литературу для детального ознакомления. Подводит итог занятию и дает задание на дом.

После назначения лечения проводится семинар.

Тема семинарского занятия «Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии», на котором аспиранты выступают с докладами, освещающими вопросы этиологии, патогенеза, современных методов исследования и подробно разбирается лечение (общие принципы, препараты и механизм их действия, тактика применения). После третьего доклада дается оценка правильности лечения разбираемого больного.

Обсуждаются вопросы диспансеризации, профилактики и ВТЭ у разбираемых больных.

I. Подготовить доклады

1. Причины кишечной диспепсии (30 минут).
2. Современные методы исследования при кишечной диспепсии (35 минут)

3. Синдром диареи (30 минут).
4. Воспалительные заболевания кишечника. Основные принципы лечения. (25 минут).

II. Интерпретация истории болезни (полнота обследования больного, правильность назначения терапии и т.д.).

III. Заключительная часть.

Результаты оцениваются преподавателем с учетом и анализом ошибок. Подводится итог занятию.

Приложение №1

ВОПРОСЫ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ

1. Перечислить заболевания, сопровождающиеся синдромом кишечной диспепсии?
2. Основные механизмы развития кишечной диспепсии?
3. Основные механизмы развития диареи, синдрома нарушенного переваривания и всасывания?
4. Основные механизмы развития микробной контаминации и дисбиоза?
5. Клинические проявления заболеваний тонкой кишки?
6. Клинические проявления заболеваний толстой кишки?
7. Дополнительные методы исследования, необходимые для дифференциальной диагностики при синдроме кишечной диспепсии?
8. Основные принципы лечения заболеваний. Сопровождающихся синдромом кишечной диспепсии?

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ КОНЕЧНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ.

1. Клинические проявления ишемического колита зависят от всего перечисленного, кроме:
 - А. Протяженности ишемии.
 - Б. Длительности ишемии.
 - В. Состояния коллатерального кровотока.
 - Г. Возраста больного и наличия сопутствующей кардиоваскулярной патологии.
 - Д. Нарушений моторики толстой кишки.
2. Туберкулезный энтерит проявляется:
 - А. Кишечной обструкцией.
 - Б. Инфильтратом в брюшной полости.
 - В. Альтернирующим запором и диареей.
 - Г. Массивным кровотечением.
3. Для хронического энтерита справедливо утверждение:
 - А. Причиной болезни чаще всего является дизентерия.
 - Б. Часто возникают тенезмы.
 - В. В кале при наличии синдрома недостаточности переваривания обнаруживаются нейтральный жир, большое количество йодофильной флоры.
 - Г. Одно из частых осложнений – цирроз печени.
 - Д. Суточное количество кала увеличено.
4. Какой характер болевого синдрома наиболее характерен для хронического колита:
 - А. Боли в эпигастрии слева от срединной линии.
 - Б. Боли в правом подреберье.
 - В. Боли в области пупка, не уменьшающиеся после дефекации.
 - Г. Схваткообразные и тупые боли в нижних отделах живота, уменьшающиеся после дефекации.
 - Д. Постоянные боли в правой подвздошной области.
5. Какой из диагностических методов является решающим в дифференциальной диагностике хронического энтерита с другими заболеваниями тонкой кишки?
 - А. Тест Шиллинга.
 - Б. Морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки тонкой кишки.
 - В. Рентгенологическое исследование тонкой кишки.
 - Г. Обнаружение «острофазовых» показателей в анализе крови.
 - Д. Обнаружение стеатореи.

6. Все перечисленные симптомы характерны для хронического энтерита, кроме одного:
- А. Вздутие живота.
 - Б. Лихорадка.
 - В. Полифекалия.
 - Г. «Пенистый» вид кала.
 - Д. Похудание.
7. Для хронического колита справедливо утверждение:
- А. В анамнезе часто наблюдается дизентерия.
 - Б. При тяжелом течении возможно развитие В₁₂-дефицитной анемии.
 - В. В патогенезе болезни имеет место дефицит дисахаридаз.
 - Г. В периоде обострения отмечается полифекалия.
 - Д. Все перечисленное верно.
8. Какое из осложнений развивается при длительном течении НЯК:
- А. Токсическая дилатация толстой кишки.
 - Б. Стриктура толстой кишки.
 - В. Кишечное кровотечение.
 - Г. Аденокарцинома.
 - Д. Дивертикулез.
9. Какова наиболее частая локализация патологического процесса при болезни Крона?
- А. Терминальный отдел тонкой кишки.
 - Б. Сегментарные отделы тонкой кишки.
 - В. Толстая кишка.
 - Г. Тотальное поражение желудочно-кишечного тракта.
 - Д. Желудок и двенадцатиперстная кишка.
10. Начало какого из перечисленных заболеваний манифестирует диареей и кишечным кровотечением?
- А. Болезнь Крона.
 - Б. НЯК.
 - В. Хронический энтерит.
 - Г. Болезнь Уиппла.
 - Д. Глютеновая энтеропатия.
11. Для подтверждения диагноза болезни Крона достаточно:
- А. Обзорной рентгенографии брюшной полости.
 - Б. Ирригоскопии.
 - В. Колоноскопии.
 - Г. Ректороманоскопии.
 - Д. Лапароскопии.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ

1. Правильный ответ – Д. Ишемический колит – в большинстве случаев неокклюзионное заболевание, связанное с нарушением артериального кровоснабжения толстой кишки. В патогенезе которого значительную роль играет коллатеральное шунтирование крови из сосудов слизистой оболочки. Клиническая картина заболевания зависит от тяжести сосудистых изменений и не связана с нарушением моторики кишки.
2. Правильный ответ – А. Туберкулезное поражение тонкой кишки проявляется формированием псевдополипов и язв, которые могут приводить к рубцовым стенозам и кишечной непроходимости.
3. Правильный ответ – Д. При хроническом энтерите суточное количество каловых масс увеличено. Дизентерия не является причиной заболевания. Для синдрома недостаточности пищеварения характерны не описанные изменения, а креаторея, выраженная стеаторея и амилорея, элементы непереваренной пищи в кале. Цирроз печени не является типичным осложнением со стороны печени, гораздо чаще встречается жировая дистрофия печени или реактивный гепатит.
4. Правильный ответ – Г. Именно такой характер болей и их связь со стулом характерны для хронического колита.
5. Правильный ответ – Б. Исследование биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки позволяет исключить другие заболевания тонкой кишки. При болезни Уиппла (кишечная липодистрофия) в биоптате определяются макрофаги с пенистой цитоплазмой и Шик-положительными включениями и кисты, содержащие суданеофильное вещество. При целиакии выявляется отек слизистой оболочки, лимфоидно-клеточная инфильтрация, гиперрегенераторный характер атрофии, углубление крипт, усиление пролиферации их эпителия. При болезни Крона характерно обнаружение гранулем туберкулоидного и саркоидного типа. При амилоидозе кишечника обнаруживаются отложения амилоида в ретикулярной строме и стенке артериол. Стеаторея может наблюдаться и при хроническом панкреатите. Тест Шиллинга свидетельствует об интенсивности всасывания в тонком кишечнике и не является специфическим, точно так же, как и рентгенологические изменения, и наличие острофазовых показателей в крови.

6. Правильный ответ – Б. Данный симптом нехарактерен для хронического энтерита даже в период обострения.
7. Правильный ответ – А. Дизентерия - действительно одна из частых причин хронического колита. Остальные перечисленные признаки свойственны хроническому энтериту.
8. Правильный ответ – Г. При течении НЯК свыше 10 лет в 10-20 раз возрастает риск развития рака толстой кишки. С учетом этого необходимо динамическое наблюдение за больными с рецидивирующей формой НЯК, особенно при обнаружении в биоптатах толстой кишки признаков дисплазии эпителия.
9. Правильный ответ – А. Хроническое гранулематозное воспаление может поражать любой отдел пищеварительного тракта, однако чаще всего – терминальный отдел тонкой кишки (до 90% случаев начало процесса – в терминальном отделе подвздошной кишки). Сегментарный энтерит встречается у 75-80% больных, а изолированное поражение толстой кишки наблюдается лишь в 10% случаев.
10. Правильный ответ – Б. Клинические проявления НЯК разнообразны, но причиной обращения к врачу обычно служат диарея и выделение крови с калом (от следов крови на туалетной бумаге до 50-100 мл и более – в зависимости от локализации поражения). При остальных заболеваниях диарея наблюдается, однако примеси крови, как правило, нет.
11. Правильный ответ – В. Колоноскопия позволяет осмотреть весь толстый кишечник, особенно илеоцекальную область, где чаще всего локализуется патологический процесс.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Мужчина 57 лет в течение 3 месяцев страдает запором. При бариевой клизме выявлен стеноз нисходящего отдела толстой кишки.

Что является наиболее вероятной причиной этого?

Задача №2

Больной М., 38 лет, поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в низу живота, перед дефекацией, частотой 5-6 раз в день. Жидкий стул, иногда с примесью слизи и крови, слабость, снижение трудоспособности, повышение температуры тела до 37,5 С, боли в суставах рук. Аппетит снижен, за время болезни похудел на 10 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левой голени 1 x 2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс 90 в минуту, ритмичный, АД - 100\70 мм рт.ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации болезненный в правом нижнем квадранте. Урчание при пальпации слепой кишки. Печень, селезенка не увеличены.

Дополнительные методы обследования к задаче:

1. Анализ крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Нв - 90 г\л, лейкоциты - $8,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 17 мм/час.
2. Анализ мочи - без патологии.
3. Рентгенологическое исследование: обнаружено сужение в области терминального отрезка подвздошной кишки и начального отдела слепой. Пассаж бария резко замедлен.
4. Флюорография - без патологии.
5. Биохимия крови: холестерин - 3,8 ммоль\л, общий билирубин - 20, прямой -14, непрямой -6 мкмоль\л. АСТ - 38 ед, АЛТ - 45 ед. Натрий - 115 мкмоль\л, калий - 3,1 мкмоль\л, хлор - 60 ммоль\л, железо - 11 ммоль\л. Сахар крови - 5,2 ммоль\л. Общий белок - 65 г\л, альбумины - 45%, альфа1- 5%, альфа2 - 9%, бета - 11%, гамма-глобулины - 30%. СРБ - 1.
6. ЭКГ - синусовый ритм, электрическая ось сердца не отклонена. Неспецифические изменения миокарда.

7. Колоноскопия: гиперемия и отек слизистой оболочки подвздошной кишки. Контактная кровоточивость, эрозии и язвы неправильной формы, густые наложения на стенках.
8. УЗИ брюшной полости: патологических изменений не выявлено.
9. Гистология: лейкоцитарная инфильтрация поверхностного слоя эпителия, в просвете кишечных крипт скопление лейкоцитов с явлениями некроза.

Вопросы:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Задача №3

У 30-летнего пациента в последние 2-3 месяца возникают боли в правой подвздошной области, диарея, боли в коленных суставах, лихорадка. Снизилась масса тела, на коже нижних конечностей обнаружена узловатая эритема.

Какое заболевание можно заподозрить?

Задача №4

У больной 35 лет периодически, после эмоционального напряжения. Возникают схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом с большим количеством слизи. Общей слабостью; пальпируются спазмированные отделы толстой кишки. При колоноскопии патологии не выявлено.

О каком заболевании с наибольшей вероятностью можно думать?

Задача №5

Больная П., 52 лет, поступила в клинику с жалобами на резкую слабость, повышенную утомляемость, похудание, усиленное выпадение волос, кровоточивость десен, головокружение, боли в костях, мышцах, вздутие живота, урчание, жидкий стул со слизью до 10 раз в день.

В анамнезе боли в животе и неустойчивый стул с детства. Последние 5 лет стала терять массу, появились ощущения дурноты и резкой слабости после приема пищи. Дважды были переломы костей.

При поступлении: рост 150 см, вес 40 кг. Кожа бледная, подкожно-жировой слой отсутствует. Периферические лимфоузлы не увеличены. Голени пастозны. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание везикулярное. Язык влажный, сосочки сглажены, по краям отпечатки зубов. Десны рыхлые, легко кровоточат, ангулярный стоматит. Живот умеренно вздут, безболезненный. Печень не увеличена. Масса суточного кала 650-950 г. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Дополнительные методы обследования к задаче:

1. Анализ крови: эритроциты - $2,85 \times 10^9$ /л, Нв - 80 г\л, цветной показатель - 0,8, лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты - 21%, моноциты - 7%, СОЭ - 20 мм/час.
2. Биохимия: сывороточное железо - 2,8 мкмоль\л, кальций - 1,5, натрий - 130, калий - 4,5 ммоль\л. Общий белок - 56 г/л, альбумины - 46%, альфа1 - 6%, альфа2 - 10%, бета - 14%, гамма-глобулины - 24%. Холестерин - 2,6 ммоль/л.
3. Сахарная кривая: натощак - 4,0 ммоль\л, через час - 5,2 ммоль\л, через 2 часа - 4,6 ммоль\л.
4. Анализ мочи - без патологии.
5. Копрограмма: обнаружено много жирных кислот, мыл, умеренное количество мышечных волокон с поперечной исчерченностью.
6. Микрорейзаж кала - bifidum - 10, coli - 10 , из них 70% с гемолитическими свойствами, Staphyl. - 10
7. Рентгенологическое исследование: дистония тонкой кишки, замедленный пассаж бария, утолщение складок тонкой кишки, уровни жидкости и газа.
8. Гистология слизистой оболочки дистального отдела ДПК: укорочение ворсинок, их деформация, встречаются сросшиеся ворсинки. Подслизистый слой инфильтрирован мононуклеарными элементами и лимфоцитами.
9. Флюорография - без патологии.
10. Биохимия крови: холестерин - ммоль\л, общий билирубин -, прямой - , не прямой - мкмоль\л. АСТ - ед, АЛТ - ед. Натрий - ммоль\л, калий - ммоль\л, кальций - мкмоль\л. Сахар крови - ммоль\л.
11. УЗИ органов брюшной полости - без патологических изменений.

Вопросы:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОНЫ РЕШЕНИЙ ЗАДАЧ

Задача №1

Рак толстой кишки чаще возникает у лиц пожилого возраста, левые отделы толстой кишки поражаются наиболее часто (75%). Возникновение или усиление запора является наиболее частым симптомом.

Задача №2

1. Диагноз: Неспецифический язвенный колит с преимущественным поражением подвздошной кишки средней степени тяжести, синдром моторных нарушений с преобладанием ускоренного опорожнения. Узловатая эритема.
2. Обследование:
 - 1) анализ крови общий
 - 2) анализ мочи общий
 - 3) копрограмма
 - 4) анализ крови на электролиты, СРБ, ДФА, общий белок, белковые фракции, холестерин, глюкозу, билирубин, трансаминазы
 - 5) ФГДС и колоноскопия с биопсией из патологического участка
 - 6) флюорография
 - 7) УЗИ органов брюшной полости
3. Дифференциальная диагностика:
 - инфекционные колиты
 - болезнь Крона
 - опухоли кишечника
 - туберкулез кишечника
 - поражение кишечника при системных заболеваниях (васкулиты, склеродермия)

Лечение:

- 1) диета
- 2) Сульфосалазин (2,0), при неэффективности - глюкокортикоиды (40 мг)
- 3) ректально гидрокортизон
- 4) лечение диареи (обволакивающие, спазмолитики, вяжущие)
- 5) лечение обменных нарушений
- 6) лечение дисбактериоза

Задача №3

Можно предположить болезнь Крона на основании сочетания болевого синдрома с диареей, лихорадкой, снижением массы тела, артралгиями (или артритом) и узловатой эритемой. Окончательный диагноз может быть поставлен только после инструментального обследования, включающего эндоскопию с биопсией слизистой оболочки кишки. Диагноз подтверждается обнаружением в

биоптате характерных гранул туберкулоидного и саркоидного типа, хронически воспалительных инфильтратов.

Задача №4

Подобная клиническая картина свойственна синдрому раздраженной толстой кишки – заболеванию кишечника с нарушением моторной и секреторной функции. Его необходимо дифференцировать с хроническим колитом, при котором, наряду с характерными кишечными симптомами и изменениями в кале, имеются патологические изменения слизистой оболочки, что и выявляет колоноскопия.

Задача №5

1. Диагноз: Хронический энтерит в стадии обострения. Синдром нарушенного пищеварения и всасывания II стадии. Дисбактериоз?
2. Обследование:
 - 1) анализ крови общий
 - 2) анализ мочи общий
 - 3) копрограмма
 - 4) анализ крови на электролиты (сывороточное железо, кальций, натрий, калий), общий белок и белковые фракции
 - 5) глюкоза крови, гликемическая кривая
 - 6) посев кала на микропейзаж
 - 7) ФГС с биопсией из дистальных отделов 12-перстной кишки
 - 8) флюорография
 - 9) УЗИ органов брюшной полости
3. Дифференциальная диагностика:
 - энтеропатии (глютеновая, кишечная липодистрофия, дисахаридазодефицитная)
 - опухоли кишечника
 - амилоидоз
4. Лечение:
 - 1) диета
 - 2) ферментативные средства
 - 3) антибактериальные средства в зависимости от посева
 - 4) лечение диареи (холиноблокаторы, антибрадикининные, нейролептики), вяжущие и обволакивающие средства
 - 5) купирование обменных нарушений:
 - 6) в\в смеси аминокислот
 - 7) витаминотерапия
 - 8) анаболические стероиды
 - 9) в\в введение солевых растворов
 - 10) биологические средства (бифидумбактерин и др.)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнян В.М., Григорян Э.Г., Акопян Г.С. Патогенез и особенности клинического течения неспецифического язвенного колита и болезни Крона в сочетании с периодической болезнью. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 2003.- №3.- С.71-74.
2. Богомолов А.Р., Волков А.И., Копейкин В.Н. и др. Клинико-эндоскопические особенности неспецифического язвенного колита и болезни Крона у детей. // Российский педиатрический журнал.- 2002.- №6.- С.4-5.
3. Головенко О.В., Капуллер Л.Л., Михайлова Т.Л. и др. Недифференцируемый неспецифический колит: диагностические и клинические аспекты. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 2001.- №5.- С.65-70.
4. Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для врачей. / Под редакцией А.И. Хазанова. – Т.2. Болезни органов пищеварения. – М.: Медицина, 2003.- 480с.
5. Златкина А.Р., Белоусова Е.А. Внекишечные системные проявления болезни Крона. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 2000.- №6.- С.60-64.
6. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Склянская О.А. Синдром диареи. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.- 168с.
7. Логинов А.С., Мягкова Л.П., Колосова О.Л. Об ошибках диагностики заболеваний органов пищеварения. // Тер. Архив.- 1978.- №1.- С.17-21.
8. Михайлова Т.Л., Румянцев В.Г., Киркин Б.В. и др. Определение активности воспалительного процесса у больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 1999.- №4.- С.52-59.
9. Померанцев В.П. Руководство по диагностике и лечению внутренних болезней.- М.: ГОУ ВУНМЦ РФ, 2001.- 528с.
- 10.Руководство по гастроэнтерологии. / Под редакцией Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева, А.А. Шептулина. Т.1. Болезни пищевода и желудка. – М.: Медицина, 1995.- 672с.
- 11.Рыс Е.С. Введение в гастроэнтерологию.- СПб.: СпецЛит, 2005.- 175с.
- 12.Фролькис А.В. Заболевания кишечника.- СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2003.- 192с.
13. Хили П.М., Джекобсон Э.Дж. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Алгоритмический подход. М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2002.- 280с.