

Веревищиков В.К.¹, Москалева Ю.Н.², Егоров А.Г.²

Дифференциальная диагностика синдрома диспепсии инфекционного и неинфекционного генеза

1 - ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург; 2 - МАУ «Городская клиническая больница № 40», г. Екатеринбург

Verevshchikov V.K., Moskaleva YU.N., Yegorov A.G.

Differential diagnostics of the syndrome of the dyspepsia of the infectious and noninfectious genesis

Резюме

Серьезной междисциплинарной проблемой была и остается своевременная и правильная дифференциальная диагностика диспепсического синдрома. Наибольшие сложности возникают при выявлении причин развития диареи и абдоминальной боли у больных с коморбидной патологией. Понимание механизмов, лежащих в основе формирования диарейного синдрома, позволят в максимально короткие сроки выработать адекватную диагностическую тактику и определить необходимые лечебные мероприятия. В статье проанализированы типичные дефекты диагностики заболеваний, сопровождающихся синдромом диареи, на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи и предложены пути их предупреждения и исправления.

Ключевые слова: кишечные инфекции, синдром диспепсии, диарея, абдоминальная боль

Summary

Timely and correct differential diagnostics of dyspeptic syndrome was and remains serious interdisciplinary problem. The greatest complexities appear with the development of the reasons for the development of diarrhea and abdominal pain in patients with the komorbidnoy pathology. Understanding the mechanisms, which lie at the basis of the formation of syndrome of diarrhea, they will make it possible within maximally short times to manufacture adequate diagnostic tactics and to determine the necessary therapeutic measures. In the article the typical defects of diagnostics of the diseases, which are accompanied by the syndrome of diarrhea, are analyzed, in the prehospital and hospital stages of rendering to medical aid and they are proposed to the way of their warning and correction.

Keywords: intestinal infections, the syndrome of dyspepsia, diarrhea, abdominal pain

Введение

Кишечные инфекции по праву являются одними из самых распространенных инфекционных заболеваний. По данным Роспотребнадзора, за 2014 г. в России было официально зарегистрировано 517163 случая острых кишечных инфекций (ОКИ), вызванных неустановленными инфекционными возбудителями (показатель заболеваемости – 361,1 на 100 тыс. населения), 223316 случаев ОКИ, вызванных установленными бактериальными и вирусными возбудителями (155,9 на 100 тыс.), 41646 случаев заболевания сальмонеллезом (29,08 на 100 тыс.), 12 случаев брюшного тифа, 10744 случаев шигеллеза (7,5 на 100 тыс.) [1].

Одними из основных и первых по срокам появления клинических признаков ОКИ являются боль в животе и диарея. Вместе с тем, абдоминальная боль представляет собой типовой патологический процесс, который лишен патогномоничной нозологической принадлежности. Дать правильную оценку боли и выбрать тактику ведения пациента - не всегда простая задача для практического вра-

ча. От качества оценки боли зависит точность диагноза и своевременное начало лечения. Согласно отчету Всемирной организации гастроэнтерологов и эндоскопистов (OMGE), точность диагностики причин боли в животе к началу XXI века составила лишь 50%, а промежуток времени между появлением боли в животе и верификацией диагноза, включая злокачественные новообразования, составлял от 8 до 37 недель [2, 3]. При ОКИ боль имеет висцеральное происхождение и возникает при раздражении болевых рецепторов органов брюшной полости (ноцицепторов), иннервируемых вегетативной нервной системой. Висцеральные боли являются следствием нарушения, в первую очередь, моторной функции органов. Поскольку большинство органов пищеварения - это полые органы, механизм формирования боли в значительной степени связан с нарушением тонуса их гладкой мускулатуры с преобладанием гипертонуса, а так же с перистальтикой, качательными движениями, растяжением и спазмом кишечных петель [4, 6, 8]. Абдоминальная

Таблица 1. Типы диарейного синдрома при ОКИ

Тип диарей	Причина развития	Клинические симптомы	Характеристика испражнений	Инфекционные возбудители
Экссудативный	Воспалительный процесс в кишечнике с образованием экссудата	Интоксикация; спастические боли в животе, на высоте которых появляются позывы на дефекацию; частое развитие ложных позывов на дефекацию, тенезмов; болезненная при пальпации сигмовидная кишка	кратность дефекаций обычно более 5 раз/сут.; в течение первых 24-36 час. каждая последующая дефекация менее обильная, чем предыдущая; типичный объем стула – 50-80 мл («скудный»); появление патологических примесей (слизь, кровь)	Шигеллы, энтеронезависимые эшерихии, энтерогеморрагические эшерихии, сальмонеллы, хламидии, гонококки, балантидии, кампилобактер, амеба гистолитикум, иерсинии
Секреторный	Повышенная секреция воды и электролитов в просвет кишечника	Частое отсутствие в дебюте заболевания симптомов интоксикации; чувство дискомфорта, тяжести в животе, урчание; рвота; симптомы обезвоживания	Появление жидкого водянистого стула, объем которого за дефекацию составляет от 250-300 мл и более; в течение первых 24-36 час. объем испражнений при каждой последующей дефекации не меньше, чем при предыдущей; стул часто не имеет неприятного зловонного запаха	Холерные вибрионы, энтеротоксигенные эшерихии, ротавирусы, норовирусы, сальмонеллы, иерсинии, условно-патогенные бактерии при пищевых токсикоинфекциях
Гиперосмолярный	Повышение осмотического давления химуса в кишке, мальабсорция и мальдигестия	Боли в животе слабо выражены, либо отсутствуют; непродолжительность диарейного синдрома (чаще 3-5 дней), но в ряде случаев может приобретать хронический характер	Умеренный объем стула за одну дефекацию – 150-300 мл; императивный характер позывов к дефекации; кратность дефекаций – как правило, до 5 раз/сут.; стул зловонный, пенистый, содержит остатки непереваренной пищи	Ротавирусы, норовирусы, астровирусы, калицивирусы, аденовирусы, лямблии

боль при ОКИ преимущественно связана с актом дефекации (до, во время, после), а её локализация и характер зависят от уровня поражения и степени распространенности патологического (воспалительного) процесса в кишечнике. В месте локализации боли как характерной жалобы больного отмечается в ходе объективного осмотра болезненность при пальпации.

Диарей – это изменение нормальных характеристик испражнений, проявляющееся увеличением содержания жидкости (разжиженные каловые массы), объема или частоты опорожнения до трех и более раз в сутки. Для ОКИ выделяют три основных механизма развития диарей: экс-

судативный (обусловлен воспалительной реакцией слизистой оболочки кишки, сопровождающейся усилением моторики с основной локализацией патологического процесса в толстом кишечнике), секреторный (связан с преобладанием секреции воды и электролитов в просвет кишки над всасыванием под действием энтеротоксинов инфекционных возбудителей с преимущественной локализацией в тонком кишечнике) и гиперосмолярный (объясняется нарушением полости и мембранного пищеварения и снижением всасывания в тонкой кишке) [5, 7]. Для каждого типа диарей описаны наиболее характерные клинические признаки (таблица 1).

Однако ориентирование только на абдоминальную боль и диарею как единственные признаки ОКИ является ошибочным, так как целый ряд других патологических состояний, не связанных напрямую с инфекционными патогенами, тоже имеют указанные симптомы. В дифференциальный диагноз включатся диареи, связанные с диетическими погрешностями (переедание; однообразное или недостаточное питание: пеллагра, бери-бери, квашноркор, спру); экзогенные (профессиональные, медикаментозные, бытовые отравления) и эндогенные (уремия, тиреотоксикоз, надпочечниковая недостаточность, сахарный диабет) интоксикации; опухоли желудочно-кишечного тракта; хронические неспецифические заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, энтерит, колит, панкреатит); острые хирургические и гинекологические заболевания (аппендицит, кишечная непроходимость, острая ишемия кишечника, аднексит, внематочная беременность и др.); антибиотик-ассоциированная диарея [5, 7]. В пользу ОКИ свидетельствует, как правило, наличие и одновременное возникновение симптомов интоксикации и признаков поражения желудочно-кишечного тракта.

Необходимо тщательно провести сбор эпидемиологического анамнеза, акцентируя внимание больного на употребление продуктов с просроченным сроком годности; условия приготовления, хранения блюд; питание в общественных учреждениях (рестораны, кафе, бары, столовые, доставка готовых блюд); употребление сырой воды; соблюдение правил личной гигиены; возможно групповой характер заболевания.

Верификация диагноза ОКИ проводится на основании результатов бактериологического исследования кала, рвотных масс, промывных вод желудка, подозрительных на инфицирование пищевых продуктов (в случаях пищевых токсикоинфекций); серологических реакций в парных сыворотках крови; выявления генетического материала возбудителей методом полимеразной цепной реакции.

Цель - провести сравнительный анализ случаев расхождения диагноза инфекционного и неинфекционного по генезу заболевания, сопровождающегося синдромом диспепсии, на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи.

Материалы и методы

В исследование ретроспективно включено 86 случаев заболеваний, диагностированных на этапе скорой медицинской помощи (СМП) как «кишечная инфекция неустановленной этиологии» или «острый гастроэнтерит/гастроэнтероколит». Все больные были доставлены СМП в приемное инфекционное отделение МАУ ГКБ № 40 в неотложном порядке в 2012-13 гг., мужчин – 65%, женщин – 35%, средний возраст – 42,5±1,5 лет. В ходе последующего расспроса жалоб, анамнезов заболевания и эпидемиологического, объективного осмотра, выполнения лабораторно-инструментальных методов обследования были диагностированы: острый аппендицит – 25 чел., острая кишечная непроходимость – 5 чел., неспе-

цифический язвенный колит (НЯК) – 17 чел., антибиотик-ассоциированная диарея (ААД) – 28 чел., опухоли кишечника – 3 чел., прочие урологические, гинекологические заболевания – 8 чел. Во всех случаях, за исключением больных с ААД, пациенты были переведены в профильные отделения, где и продолжали лечение.

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6,0».

Результаты и обсуждение

В группе больных с острым аппендицитом доминировали мужчины до 35 лет (75%), большая часть (60%) поступала в выходные или праздничные дни. Уже на этапе приемного отделения выявлялись типичные дефекты диагностики со стороны медперсонала СМП, носившие субъективный характер: неполноценно собранный анамнез заболевания, отсутствие сведений о перенесенной аппендэктомии в анамнезе жизни, недооценка объективного статуса больного при наличии типичных аппендикулярных симптомов. Особенности клиники заболевания были: субфебрильная температура тела, но не выше 37,50С; во всех случаях дебют болезни связан с появлением болей в правой подвздошной области; многократная рвота; стул нечастый (1-2 раза в сутки), кашицеобразной консистенции без патологических примесей или вообще отсутствие расстройств стула; в общем анализе крови (ОАК) – лейкоцитоз, незначительный палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы. Основным поводом для осмотра больных врачом-хирургом стационара были сохраняющиеся выраженные боли в животе.

В категории больных с острой кишечной непроходимостью преобладали женщины до 65 лет (60%), первой жалобой так же регистрировалась боль в животе, еще одной характерной жалобой была повторная рвота, не приносящая облегчения состояния (100%). Примечательной в анамнезе жизни больных является информация о проведенных в прошлом оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и наличии периодических хронических запоров длительностью в несколько дней.

При выявлении пациентов с НЯК внимание на себя обратили мужчины (65%), с длительным и нетипичным для большинства ОКИ в случае амбулаторного лечения анамнезом заболевания в 7-14 дней (88%). Так как во всех случаях в испражнениях присутствовала примесь крови, то предварительным диагнозом врача стационара были определены дизентерия/острый гемоколит. При более детальном дополнительном расспросе установлено, что у 50% больных в прошлом так же отмечались эпизоды выделения крови в стуле, но этому поводу пациенты ранее не обращались за медицинской помощью и не обследовались. Подозрение на неспецифическое воспаление кишечника возникало в результате отсутствия положительного эффекта от стандартной антибактериальной терапии по поводу ОКИ в инфекционном отделении на протяжении 5-7 дней. Гемограмма характеризовалась умеренным лейкоцитозом и анемией. Перевод больных в профильное хирургическое отделение осуществлялся

после проведения дополнительных инструментальных исследований (ректороманоскопия, ирригоскопия, фиброколоноскопия).

Группа больных с острой ишемией кишечника была представлена лицами старше 60 лет (100%). Первоначальным клиническим признаком была абдоминальная боль. Обращает на себя внимание наличие в анамнезе жизни больных сопутствующей патологии: гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, атеросклероза. Непосредственно за несколько часов до катастрофы в сосудах кишечника у больных развивались гипертонический криз (50%), приступы стенокардии (50%), перелом шейки бедренной кости (в 1 случае), но уже при госпитализации в инфекционное отделение отмечалось снижение артериального давления по сравнению с привычным «рабочим». Экстренный ОАК регистрировал выраженный лейкоцитоз (до $25 \times 10^9/\text{л}$). В течение ближайших часов с момента госпитализации отмечалось резкое прогрессивное ухудшение состояния с развитием сосудистой недостаточности и летальным исходом (85%).

Наиболее разнообразной в возрастном диапазоне была группа больных с ААД: от 25 до 90 лет, среди них преобладали женщины, причем старше 60 лет (60%). В анамнезе заболевания всегда имелись четкие сведения об использовании до появления диспепсических расстройств антибактериальных препаратов: цефалоспоринов (68%) и макролидов (32%) продолжительностью от 5 до 10 дней. Коморбидность патологии была представлена хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (100%), перенесенными хирургическими операциями на тонком или толстом кишечнике (46%), онкологическими заболеваниями (30%). Начиналось заболевание всегда с диареи (стул частый, водянистый, без патологических примесей, кратностью от 5 до 10 раз в сутки), температура тела при этом была нормальной или субфебрильной, продолжительностью в 2-4 дня. В случае диагноза ААД на госпитальном этапе антибиотики из терапии исключались.

Таким образом, при относительной схожести таких клинических признаков, как диарея и боль в животе при инфекционных и неинфекционных по этиологии заболе-

ваниях, в случаях их дифференциальной диагностики со стороны врача требуется внимательность, беспристрастность и объективность при осмотре, установление правильных и логичных причинно-следственных связей в оценке клинической картины в целом, а так же наблюдение за больным в динамике.

Выводы

1. Ошибки диагностики диарей неинфекционного генеза у больных с тяжелым состоянием являются основной причиной досуточной летальности в инфекционном отделении, профильном для лечения больных ОКИ.

2. Больные с расхождением направительного и предварительно-го/заключительного диагнозов ОКИ транспортируются в инфекционный стационар скорой медицинской помощью, и основные дефекты диагностики возникают по субъективным причинам со стороны врачей/фельдшеров как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах: неполный/некачественный сбор жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза; недостаточный объективный осмотр и, как следствие, неправильная оценка клинических признаков заболевания.

3. Улучшению дифференциальной диагностики и уменьшению количества дефектов при её проведении помимо разработки и внедрения экспресс-методов лабораторно-инструментального обследования больных может способствовать совершенствование квалификации медицинских работников в рамках системы непрерывного медицинского образования в течение всей профессиональной деятельности. ■

Веревицков В.К., к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава РФ, г. Екатеринбург; Москалева Ю.Н., врач-инфекционист инфекционного отделения № 2 МАУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург; Егоров А.Г., заведующий инфекционным отделением № 2 МАУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку – Веревицков Владислав Константинович, 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189, e-mail: kib_ugma@mail.ru

Литература:

1. Данные об инфекционной и паразитарной заболеваемости в Российской Федерации за январь-декабрь 2014г. ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fcgie.ru/5/inform/index.htm/>
2. Баранская Е.К. Нельзя допускать, чтобы больные терпели боль в животе // Российские аптеки. Спецвыпуск. - 2008. - С. 2-7.
3. Баранская Е.К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения. Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли // Фарматека. - 2005. - ц 14 (109).
4. Белоусова Е.А. Абдоминальная боль в практике терапевта // Врач. - 2002. ц 2. - С. 16-20.
5. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Склянская О.А. Синдром диареи – М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. – 168 с.
6. Мишушкин О.Н., Елизаветина Г.А. Патофизиология абдоминальной боли. Современные подходы к терапии моторных нарушений // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. – 2012. - ц 3.
7. Шипилов М.В. Диарея: руководство для врачей – СПб.: Гиппократ, 2011. – 392 с.
8. Шульпекова Ю.В., Ивашкин В.Т. Симптом висцеральной боли при патологии органов пищеварения // Врач. - 2008. - ц 9.