

АО «Медицинский Университет
Астана»

Тема: Дифференциальная –
диагностика диарей.

Выполнила:
Мухатаева. Д
Проверила:

Астана
-2014 г.

□ Диарея — учащенное или однократное опорожнение кишечника с выделением разжиженных каловых масс. Понос может быть проявлением заболеваний кишечника или других органов и систем

□ Среди заболеваний кишечника, в клинической картине которых диарея является ведущим симптомом, выделяют следующие группы 1) инфекционные: а) острые (дизентерия, холера, сальмонеллез и др.), б) хронические (туберкулез, сифилис кишечника); 2) неспецифические воспалительные процессы (энтерит, энтероколит, язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулит и др.); 3) дис-бактериоз (осложнение антибактериальной терапии, микозы, бродильная и гнилостная диспепсия); 4) дистрофические изменения кишечной стенки (амилоидоз, кишечная липодистрофия, целиакия-спру, экссудативная энтеропатия, коллагенозы и др.); 5) токсические воздействия (уремия, отравление солями тяжелых металлов, алкоголизм, медикаментозная интоксикация); 6) новообразования (рак и диффузный полипоз толстой кишки, лимфогранулематоз, лимфосаркома кишечника); 7) состояния, приводящие к уменьшению всасывательной поверхности кишечника (резекция толстой кишки, желудочно-толстокишечные и тонко-толстокишечные фистулы); 8) функциональные расстройства кишечника (синдром раздраженной кишки, дискинезия кишечника, состояние после стволовой ваготомии); 9) кишечные энзимопатии (врожденное или приобретенное нарушение переваривания и всасывания дисахаридов, лактазная или дисахаридазная недостаточность).

- Основные патогенетические механизмы диареи сводятся к двум основным факторам: это ускоренный пассаж содержимого по кишечнику вследствие нервных и гуморальных воздействий (раздражения интрамуральных нервных сплетений или нарушения центральной регуляции кишечной моторики) и замедленное всасывание жидкости из просвета кишки вследствие нарушения проницаемости кишечной стенки и резких сдвигов в регуляции осмотических процессов в кишечнике.
- При поносе всасывание воды и электролитов обычно снижено, секреторная функция кишечника может быть повышена, моторная активность его, особенно дистальных отделов толстой кишки, чаще снижена. В ряде случаев понос обусловлен усилением пропульсивной кишечной моторики (при воздействии некоторых психогенных факторов). При диарее опорожнение кишечника может быть однократным или многократным в течение суток, обильным или скудным в зависимости от причины, вызвавшей понос, а также от локализации основного патологического процесса в кишечнике.

- С целью уточнения причины поноса необходимо выяснить частоту и характер стула, время позывов к дефекации, наличие тенезмов, возраст, в котором возникла диарея, частоту и длительность ремиссий, влияние болезни на работоспособность и массу тела больного, перенесенные в прошлом операции и заболевания.
- Внезапно начавшийся бурный понос с частым стулом, тенезмами прежде всего подозрителен на острые кишечные инфекции. В ряде случаев остро начавшийся понос может быть обусловлен изменениями пищевого режима или приемом раздражающих кишечник средств (в том числе слабительных) или же является первым признаком хронических неспецифических заболеваний кишки и ее функциональных расстройств. Нередко дифференциально-диагностическое значение имеет уточнение времени суток, в которое у больного возникает понос. Ночная диарея почти всегда оказывается органической, а диарея в утренние часы может быть чаще функциональной.

Виды диареи и ее основные причины

Осмотическая диарея

1. Ротавирусная инфекция, лямблиоз, кокцидиоз, дисбактериоз

2. Синдром мальабсорбции (дефицит дисахаридов, энтерокиназы, панкреатическая недостаточность), в том числе перенесенной кишечной инфекции

3. Тиреотоксикоз, надпочечниковая недостаточность; белково-энергетическая недостаточность; синдром короткого кишечника и т. д.

4. Поражение лимфатических сосудов кишечника (лимфома, лимфоангиоэктазия, амилоидоз, болезнь Уиппла)

5. Прием слабительных средств и антацидов, Мд+2, лекарственных препаратов (холестирамин, неомицин, ПАСК, левулеза и др.)

Секреторная диарея

1. Токсины Staph, aureus, Clostridium, Bac. cereus, Vibrio cholerae, токсигенные кишечные палочки, кампилобактер, иерсинии, клебсиеллы

2. Металлы тяжелые, мышьяк, токсины грибов, ФОС

3. Прием слабительных средств (фенолфталеин, бисакодил, сenna, касторовое масло, алоэ и др.)

4. Прием лекарственных препаратов (фуросемид, тиазиды, теофиллин, холиномиметики, ингибиторы холинэстеразы, хинин, хинидин, простагландины и др.)

5. Некоторые гормонпродуцирующие опухоли

Экссудативная диарея

1. Дизентерия, сальмонеллез (реже), туберкулез кишечника и др.

2. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона

3. Злокачественные новообразования, ишемическая болезнь кишечника

- Экссудативная диарея развивается вследствие нарушения проницаемости кишечной стенки, пропотевания белка и «сброса» воды и электролитов в просвет кишечника. Это механизм доминирует при острых бактериальных инфекциях с инвазированием энтероцитов. Классические примеры — острая дизентерия Флекснера, эшерихиоз O-124, а также неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. Стул у больных с экссудативной диареей жидкий, частый, как правило, с примесью слизи, гноя, крови.
- Важность разграничения основных патогенетических типов диареи очевидна, прежде всего, для терапии. В особой степени это относится к распознаванию секреторной диареи, которая очень быстро приводит к дегидратации и деминерализации и требует, следовательно, незамедлительного и адекватного восполнения воды и электролитов.

□ Синдром острого гастрита характеризуется периодическими болями и чувством тяжести в эпигастральной области, тошнотой, повторной рвотой. При глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастрии.

□ Синдром острого энтерита выражается урчанием, периодическими схваткообразными болями по всему животу, обильным жидким стулом. Испражнения водянистые, с комочками непереваренной пищи, часто пенистые, имеют светлую желтоватую или желтовато-зеленоватую окраску. Пальпация живота выявляет урчание, шум плеска. Отмечается болезненность в проекции тонкой кишки. Толстая кишка не изменена. Следствием энтерита является обезвоживание.

□

□ Синдром острого колита проявляется периодическими схваткообразными болями в нижней части живота, чаще в левой подвздошной области, ложными позывами к дефекации, тенезмами, ощущением неполного опорожнения кишечника после дефекации. Стул частый, скудный, при тяжелом патологическом процессе принимает некаловый, состоящий из одних продуктов воспаления толстой кишки (слизи, крови) характер. Пальпаторно наблюдается спазм, уплотнение и болезненность пораженных отделов толстой кишки. При заболеваниях, протекающих с синдромом колита и выраженной интоксикацией, может развиваться инфекционно-токсический шок или инфекционно-токсическая энцефалопатия

□ С синдромами гастроэнтерита протекают ботулизм, дизентерия, сальмонеллез, эшерихиоз, стафилококковое пищевое отравление, ротавирусная инфекция, холера, а также ряд неинфекционных болезней: отравление ядовитыми грибами, рыбой, моллюсками, солями тяжелых металлов. В группе инфекционных гастроэнтеритов часть заболеваний протекает с лихорадкой и выраженными симптомами общей интоксикации, свойственными многим инфекционным болезням. Именно эти два признака и позволяют дифференцировать их от неинфекционных заболеваний. К таким гастроэнтеритам относят дизентерию Зонне, гастроинтестинальные формы сальмонеллез, эшерихиозов. Однако другая группа инфекционных гастроэнтеритов достаточно часто протекает без выраженного повышения температуры тела. К таким заболеваниям относятся отравления бактериальными токсинами (ботулизм, отравление стафилококковым энтеротоксином) и холера. Поэтому в таких ситуациях достаточно трудно провести дифференциальную диагностику между инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

□ В группу заболеваний, протекающих с симптомами энтероколита (без рвоты и крови в испражнениях), входят сальмонеллез (гастроэнтеритическая форма), дизентерия, эшерихиоз, иерсиниоз, кампилобактериоз. Иногда явления энтероколита могут наблюдаться при лептоспирозе, ротавирусной инфекции.

□ Наличие крови в испражнениях привлекает внимание как пациентов, так и медицинского персонала. Данная группа диарейных заболеваний четко выделяется из других. Кровь в испражнениях может наблюдаться при болезнях, вызванных простейшими (амебиаз, балантидиаз), бактериями (дизентерия, кампилобактериоз, сальмонеллез, эшерихиоз), гельминтами (шистосомоз, анкилостомидоз), а также при некоторых неинфекционных заболеваниях (неспецифический язвенный колит, новообразование кишечника, болезнь Крона, дивертикулярная болезнь, пеллагра и др.)

- Синдром диареи может иметь и неинфекционное происхождение, причем достаточно часто он становится преобладающим в клинической картине. Боль в животе, жидкий стул с примесью крови и слизи могут быть проявлением абдоминального синдрома при болезни Шенлейна — Геноха, реже наблюдаются другие причины (туберкулез кишечника, диффузный семейный полипоз, гемангиома толстой кишки и др.).
- В клинической практике от острых кишечных инфекций прежде всего приходится дифференцировать отравление грибами, острый алкогольный гастроэнтероколит, неспецифический язвенный колит, рак прямой кишки, острый аппендицит, острый тромбоз брыжеечных сосудов, острую кишечную непроходимость

□ — при отравлении ядовитыми грибами — острое начало и быстро прогрессирующее тяжелое течение с развитием интенсивных болей в животе и характерной внекишечной симптоматикой. Например, при отравлении мухоморами — «мускариновый синдром» (чувство жара, потоотделение, саливация, слюнотечение), при отравлении бледной поганкой — острая печеночно-почечная недостаточность, нейропсихические расстройства.

□ Тяжелые острые алкогольные опьянения также часто сопровождаются симптомокомплексом острого гастроэнтерита. Нередко такому состоянию сопутствует еще и температурная реакция. Поэтому зачастую врачи первичного звена без должной оценки всей совокупности клинических данных диагностируют у таких пациентов пищевую токсикоинфекцию и направляют их в инфекционный стационар. Опорно-диагностическими признаками острого алкогольного гастроэнтерита являются:

- — связь заболевания с употреблением алкоголя;
- — наличие признаков опьянения;
- — запах алкоголя изо рта;
- — отсутствие признаков гастроэнтерита у лиц, контактных с пациентом, употреблявших те же продукты, но не выпивавших;
- — отдаленный алкогольный анамнез;
- — наличие объективных клинических признаков хронического алкоголизма;
- — преимущественная выраженность признаков гастрита (иногда эрозивного с примесью крови) в сравнении с проявлениями энтерита;
- — часто сочетается с признаками алкогольного гепатита.

Под неспецифическим язвенным колитом (НЯК) понимают некротическое поражение толстой кишки различной локализации и степени тяжести, чаще хронического, реже острого течения. Заболевание встречается преимущественно у лиц молодого возраста. На сегодняшний день показана высокая частота развития у лиц, склонных к аллергическим реакциям. В начальном периоде заболевание напоминает колитический вариант дизентерии, реже кишечный амебиоз. Это является ошибочным поводом для госпитализации пациентов в инфекционный стационар. Опорно-диагностическими признаками НЯК являются:

- отсутствие эпиданамнеза, характерного для дизентерии и амебиоза;
- часто отягощенный аллергоанамнез;
- начало болезни чаще постепенное, реже острое;
- при постепенном начале — учащение дефекации и примесь крови (без слизи) при сохраненном оформленном, реже кашицеобразном стуле;
- при остром начале — частый обильный каловый жидкий стул с примесью крови и слизи. Примесь крови увеличивается в конце дефекации. Частота стула варьирует в широких пределах в зависимости от тяжести болезни;
- боль в животе носит периодический характер, развивается преимущественно при тяжелом течении, усиливается при дефекации;
- при проктосигмоидите возможны тенезмы;
- при тяжелом течении возможны зияние ануса с недержанием кала, вздутие живота, болезненность по ходу кишечника, кишечные кровотечения (объем 50-100 мл);
- общетоксический синдром выражен только при остром течении;
- воспалительные изменения в крови выражены только при тяжелом течении;
- характерно постепенное развитие анемии, нередко наблюдается эозинофилия;

□ Достаточно часто у больных с раком прямой кишки имеет место учащенный стул с примесью слизи и крови, схваткообразные боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией, императивные, а иногда и ложные позывы. У пациентов отмечается болезненная спазмированная сигмовидная кишка. Наличие этих симптомов требует дифференцировать рак прямой кишки от дизентерии. Для дифференциальной диагностики обязательно требуется консультация онколога, пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопия. Опорно-диагностическими признаками рака прямой кишки являются:

- — отсутствие эпиданамнеза;
- — постепенное начало заболевания давностью в несколько месяцев (снижение массы тела, ухудшение аппетита, кишечный дискомфорт, ощущение неполноты опорожнения кишечника);
- — развитие тяжелого гемоколита при слабой выраженности общетоксического синдрома, протекающего на фоне нормальной или субфебрильной температуры тела;
- — сравнительно небольшая частота дефекаций с сохранением в отдельных порциях густого кашицеобразного кала;
- — отсутствие выраженного лейкоцитоза, нейтрофилеза, сдвига лейкоцитарной формулы влево при увеличенной СОЭ и некотором снижении количества эритроцитов.
-

□ Необходимость в дифференциальном диагнозе острого аппендицита с острыми кишечными инфекциями возникает при атипичном расположении отростка (ретроцекальном, ретроперитонеальном, тазовом). Основным поводом для диагностических ошибок служит появление у больных жидкого стула, иногда с примесью слизи. В сочетании с болями в животе, особенно схваткообразными, температурной реакцией, лейкоцитозом диарею рассматривают как инфекционную и больных госпитализируют с дизентерией. Такая маска чаще других возникает у лиц пожилого возраста. Другая причина диагностических ошибок при дизентерии — запаздывание диареи. В таких ситуациях в клинической картине заболевания с первых часов доминируют признаки общетоксического и абдоминального синдромов. Опорно-диагностическими признаками острого аппендицита являются:

- — отсутствие эпиданамнеза;
- — умеренная выраженность диареи (частота стула не больше 3-4 раз в сутки);
- — постоянные боли в животе с преимущественной локализацией в правой подвздошной области;
- — отсутствие уплотненности, болезненности сигмовидной кишки;
- — классические симптомы острого аппендицита, нередко на фоне слабовыраженных симптомов раздражения брюшины.

□

□ Поводом для диагностических ошибок при диагностике острого тромбоза брыжеечных сосудов является наличие жидкого стула с кровью. Опорно-диагностическими признаками острого тромбоза брыжеечных сосудов являются:

- — отсутствие эпиданамнеза;
- — наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы (декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь, тромбангиит);
- — приступообразные боли в животе в анамнезе;
- — внезапное начало с резкими болями в животе при отсутствии или же при незначительной температурной реакции;
- — кровь при едва разжиженном кале с небольшим учащением дефекации;
- — признаки сосудистой недостаточности (тахикардия, похолодание кожных покровов, одышка, цианоз);
- — отсутствие или слабая выраженность воспалительных изменений крови.

□ До 3% больных с острой кишечной непроходимостью первично направляются в инфекционный стационар, чаще всего по поводу дизентерии или пищевой токсикоинфекции. Иногда при острой кишечной непроходимости могут наблюдаться повторные позывы к дефекации со скудным отделяемым, нередко ложные позывы, что и позволяет предположить дизентерию. Основной причиной врачебных ошибок является отсутствие хирургической настороженности, переоценка интоксикационного синдрома и недооценка локальных симптомов. Чаще других необходимо дифференцировать паралитическую динамическую кишечную непроходимость. Опорно-диагностическими признаками острой кишечной непроходимости являются:

- — отсутствие эпиданамнеза;
- — в анамнезе операции на органах брюшной полости;
- — отсутствие или малая выраженность температурной реакции;
- — отсутствие стула и отхождения газов;
- — характерна повторная рвота, особенно при высокой кишечной непроходимости;
- — вздутие живота разной интенсивности, сопровождающееся схваткообразными распирающими болями и разлитой болезненностью при пальпации;
- — возможен слабopоложительный симптом Щеткина — Блюмберга (в связи с резким вздутием петель кишечника);
- — отсутствие кишечных шумов при аускультации живота.

