

Дифференциальная диагностика и лечение кишечной диспепсии.

Мирзам Б.Ш

Кишечная диспепсия-

- симптомокомплекс, характеризующийся нарушением кишечного пищеварения и проявляющийся повышенным газообразованием, вздутием, урчанием или переливанием в животе.



Виды

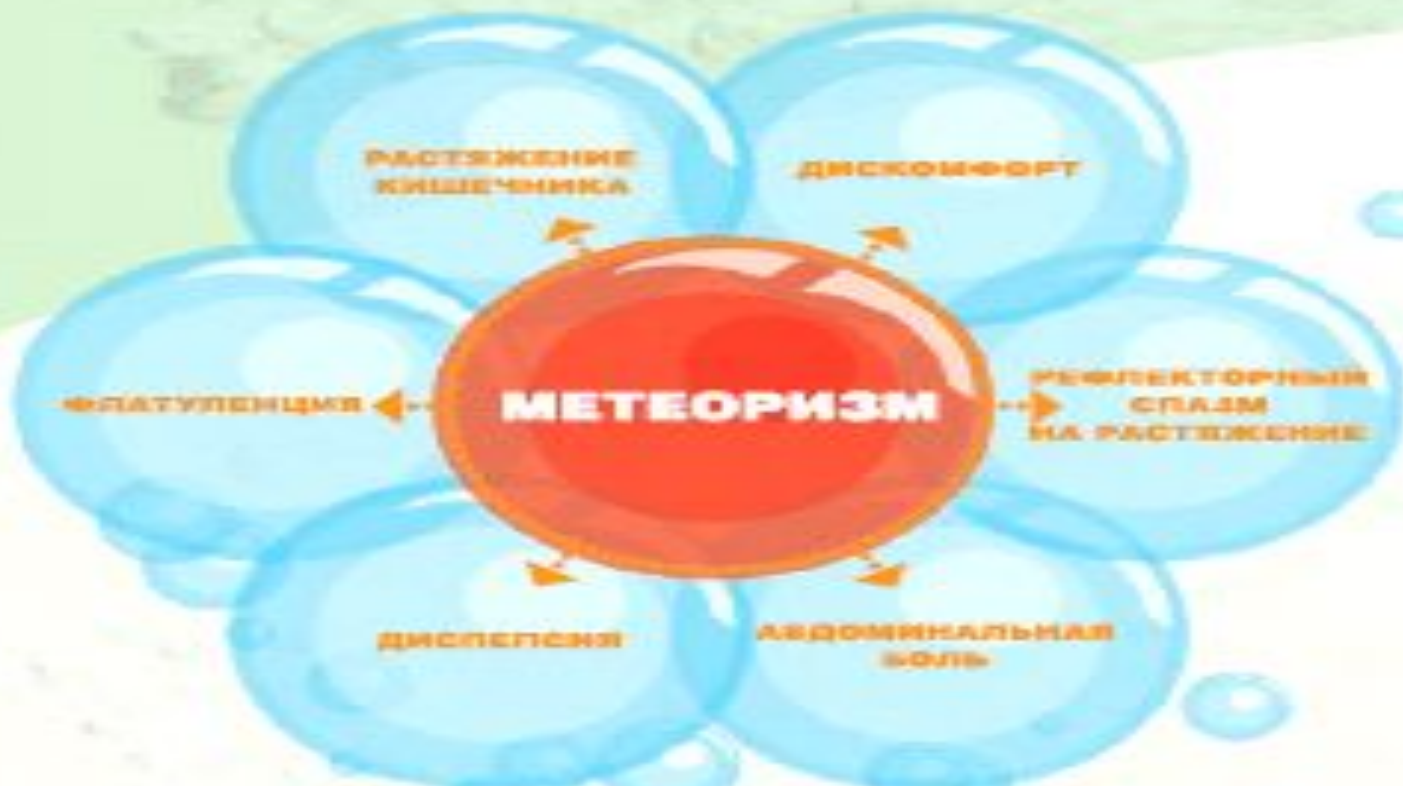
: Алиментарная

**Жировая,
гнилостная,
бродильная**

**При длительном
приеме продуктов
одного вида**

ферментативная

**При нарушении
выделения
необходимых для
пищеварения
ферментов**



Дисбиоз толстой кишки

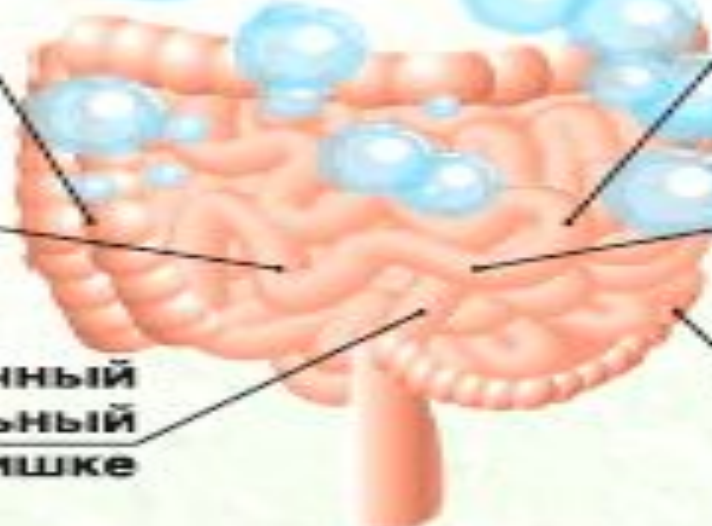
Нарушения всасывания газов

Нарушения пищеварения

Замедление транзита

Избыточный бактериальный рост в тонкой кишке

Спастические состояния



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ТАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КАК:

1. Сальмонеллез
2. Холера
3. Дизентерия
4. Болезнь Крона
5. Неспецифический язвенный колит
6. Синдром раздраженной кишки

Синдром раздраженной кишки

Причины не известны. Роль типа личности, режима и характера питания

Боль внизу живота, в боковых отделах, в правом или левом подреберье. Характер боли- тупая, давящая ,распирающая, схваткообразная.

Возникновение боли связано с приемом пищи, стрессом, физической нагрузкой. Возникает днем, стихает ночью. Нарушение стула в виде чередования запоров и поносов

Наличие фрагментированного «овечий кал», ощущение неполного опорожнения кишечника. Метеоризм. Отсутствие прогрессирования заболевания

Личностные особенности больного: замкнутость, мнительность, недоверчивость,. При пальпации болезненность толстого кишечника, вздутие

ОАК и биохимический анализ в норме, при исследовании кала признаки дисбактериоза. Ирригоскопия- неравномерное заполнение и опорожнение, чередование участков сужения и расширения. Колоноскопия- умеренные воспалительные изменения или их отсутствие

Таблица 3. Симптомы, исключающие диагноз синдрома раздраженного кишечника

Жалобы и анамнез:

- немотивированная потеря массы тела
- ночная симптоматика
- постоянные интенсивные боли в животе, как единственный ведущий симптом поражения ЖКТ
- начало в пожилом возрасте
- рак толстой кишки у родственников

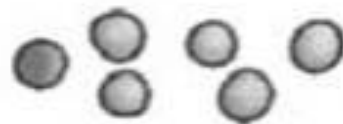
Физикальное обследование:

- лихорадка
- изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия)

Лабораторные показатели:

- кровь в кале
- лейкоцитоз
- анемия
- увеличение СОЭ
- изменения в биохимии крови

Тип 1 Отдельные твердые комки, как орехи (труднопроходящие)



Тип 2 Колбасовидный, но комковатый



Тип 3 Колбасовидный, но с трещинами на поверхности



Тип 4 Колбасовидный или змеевидный, гладкий и мягкий



Тип 5 Мягкие комочки с четкими краями (легкопроходящий)



Тип 6 Пушистые рваные кусочки, пористый кал



Тип 7 Водянистый, без твердых кусочков, целиком жидкость

Болезнь

Этиология неизвестна, значение инфекции, пищевой аллергии, генетическая предрасположенность.
Локализация боли зависит от формы- энтерит, колит, энтероколит.

нарастающая боль внизу живота справа или слева., тошнота, рвота, лихорадка с ознобом (часто субфебрильная), понос с примесью крови, метеоризм. слабость, повышенная утомляемость, падение массы тела.

Внекишечный проявления: узловая эритема, конъюнктивит, кератит, ирит, увеит, артриты крупных суставов, вторичный амилоидоз. При локализации в толстом кишечнике боль возникает после еды или перед дефекацией, тенезмы

ОАК- лейкоцитоз и ускоренное СОЭ. При пальпации опухолевидное образование. При ректороманоскопии с биопсией – гранулемы. При рентгенологическом обследовании- стриктуры, свищи, дилатации, сужения, деформация слепой кишки, опухолевые образования, язвы, «бульжная мостовая» гранулемы туберкулоидного типа

Пищевод
Желудок
Двенадцати-
перстная кишка
3–5%

Тонкая
и толстая
кишка
40–55%

Поражение
прямой кишки
11–26%



Только тонкая
кишка
25–30%

Только толстая
кишка
20–25%

Аноректальные поражения
(анальные фистулы, анальные трещины,
абсцессы в результате перипроктита и др.)
30–40%

Неспецифический язвенный

Этиология не известна, роль инфекции, лекарств. пищевая аллергия, стресс

- Диарея. Частота стула зависит от тяжести заболевания, чаще наблюдается ночью или утром. Может быть примесь крови, слизи, гноем.

боль- в животе- постоянный симптом НЯК, схваткообразная преимущественно в области сигмовидной, поперечно- ободочной, прямой кишки

- Боли усиливаются перед дефекацией и успокаиваются или ослабевают после стула, иногда усиливаются после еды.

Похудание, бледность, сухость кожи, выпадение волос, общая слабость, повышение температуры тела, снижение аппетита, эмоциональная неустойчивость

- ОАК- железодефицитная анемия, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Биохимический анализ крови- снижение общего белка, альбумина. Копрограмма- каловые массы с примесью крови, слизи, гноя., большое количество эпителия

Неспецифический язвенный КОЛИТ

Легкая степень

- Диффузная гиперемия слизистой, нет сосудистого рисунка
- Эрозии и поверхностные язвы

Средняя степень

- «зернистая» слизистая оболочка, легкая кровоточивость
- Множественные язвы покрытые слизью, фибрином, гноем

Тяжелая степень

- Некротизирующее воспаление слизистой оболочки, выраженная гнойная экссудация
- Кровоизлияния, микроабсцессы, псевдополипы

При гистологическом исследовании биоптата- воспалительные инфильтраты в пределах слизистой оболочки и подслизистого слоя. При ирригоскопии- отек, зернистость слизистой оболочки, ригидность, отсутствие гаустрации, язвенные дефекты, сужения

Таблица 3. Дифференциальная диагностика Крона и болезни Крона

Данные	НЯК	Болезнь Крона
Острое начало	Часто	Редко
Молниеносное течение	Встречается	Нет
Клинические признаки		
Кишечные кровотечения	Постоянно	Редко, при вовлечении в процесс прямой кишки
Диарея	Ночная, выраженная	4-6 раз в дневное время
Запоры	Редко, при проктите	Присущи
Боль в животе	Второстепенный симптом, связанный с дефекацией	Интенсивная
Инфильтрат	Отсутствует	Часто, в проекции слепой кишки
Перфорации	На фоне токсической дилатации кишки в брюшную полость	Скрытые перфорации
Внутренние свищи	Не встречаются	Частые
Поверхностные свищи	Не встречаются	На коже передней брюшной стенки
Кишечная непроходимость	Не встречаются	Часто, типична для илеоколита
Клиническая ремиссия	Может быть частичной или полной	Полной ремиссии не бывает
Раковое перерождение	Частота увеличивается при тотальном поражении и длительности болезни более 10 лет	Редко
Характер обострений	Те же признаки, что и в начале болезни	Рецидивы частые, но и без них больные не ощущают себя здоровыми
Поражения анальной зоны	20% – экскориации кожи или отдельные анальные трещины	75% – абсцессы, трещины, язвы
Распространение процесса	Начинается с прямой кишки	Сегментарный характер поражения, чаще – илеоцекальная зона
Стриктуры	Нетипичные, подозрительные на малигнизацию	Частые В терминальном отделе подвздошной кишки
Рецидивы после операции	Нет	В 50% случаев
Эндоскопические изменения		
Ректороманоскопия, колоноскопия в период обострения	Контактная кровоточивость, язвы, отек, псевдополипы	В 50% случаев – проктит. Правая половина – с линейными язвами. Сужение кишки
Ректороманоскопия, колоноскопия в период ремиссии	Слизистая бледная, нормальная, кишка сужена	Отек, ригидность, сужение, линейные язвы в стадии рубцевания
Рентгенологические признаки		
Поражение прямой кишки	Постоянное	В половине случаев, часто со свищами
Сужение просвета кишки	Равномерное, без закупорки	Локальные стриктуры, тонкокишечная непроходимость
Эвакуация бария	Нормальная или ускоренная	Ослаблена
Кишечная стенка	Эластичная	Ригидная
Вид слизистой оболочки	Равномерно зернистая с псевдополипами	Имеет вид «бульжной мостовой»
Язвы	Многочисленные	В виде глубоких трещин
Укорочение кишки	Часто, дает начало «водопроводной трубе»	Сегментарное, часто со свищами
Просвет кишки	Диффузно суженный	Симптом «шнура»
Гистологические признаки		
Данные биопсии	Инфильтрация лейкоцитами, крипт-абсцессы, снижение количества бокаловидных клеток	Преобладание макрофагов в инфильтрате, эпителиальноклеточная гранулема с клетками Пирогова-Ланганса в подслизистом слое

Дизентерия:

Этиология- шигелла дизентерии, Зонне, Флекснера, Бойда.
Передается через грязные руки, воду и при контакте с больным
Инкубационный период 1-7 дней. Начало остро с симптомов интоксикации- лихорадка, снижение аппетита, головная боль, адинамия., снижение артериального давления.

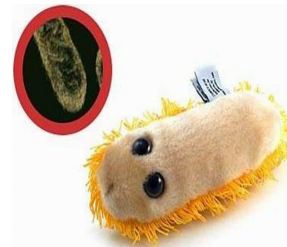
Боль в животе сначала тупая, разлитая, затем становится схваткообразной, в нижних отделах живота, усиливается перед дефекацией. Тенезмы возникают во время дефекации и продолжаются 15 мин после нее. Учащенный стул.

При пальпации живота спазм и болезненность толстого кишечника, испражнения вначале каловые, потом затем примесь крови и слизи

При ректороманоскопии- геморрагические и эрозивные изменения на фоне гиперемии слизистой оболочки



Доказательством служит обнаружение шигелл в испражнениях серологически и бактериологически (ИФА, РИФ, ПЦР)



Сальмонелле

1.

- Возбудители из рода сальмонелла.
- Факторы передачи- яйца, молоко и молочные продукты. Инкубационный период от 6 ч. до 2-3 суток.

2.

- Вначале возникает озноб, повышение температуры до 38-39, головная боль, слабость, бледность кожи, иногда сыпь на туловище.
- Схваткообразные боли в животе, тошнота , рвота. Стул жидкий, водянистый, пенистый, зловонный, зеленоватый 5-10 раз в сутки

3.

- На 2-3 день в испражнениях появляются примесь слизи и реже крови.
- Для подтверждения диагноза необходимо бактериологическое и серологическое подтверждение. При эндоскопии-гиперемия, отек, складки широкие и утолщенные ,Рентгенологически – наличие газов, жидкости ,усиление моторки

Холера

Развивается после попадания в организм воды или пищи зараженной бактериями из семейства *Vibrio Cholerae*.

Инкубационный период до 6 д.

- Начало острое,
- Диарея, усиливающаяся в ночные и утренние часы. Стул водянистый, без запаха, со временем становится в виде «рисового отвара»

Обильная фонтанная рвота, нарушение деятельности основных систем органов.

Отсутствие аппетита. Снижение массы тела и постоянная жажда

- Для подтверждения бактериологические исследования.
- Электролитные нарушения. дегидратация.

Лечение:

- Диетотерапия (№ 4-4а, б), ацидофильное молоко, препараты пищеварительных ферментов, эубиотики, производные оксихинолина (энеросептол, интестопан, мексаза).
- Определение характера кишечной диспепсии (гнилостная или бродильная) является решающим при назначении диеты.

Синдром бродильной кишечной диспепсии включает:

- схваткообразные боли, ослабевающие после стула или отхождения газов;
- вздутие живота, ощущение распираания в кишечнике, урчание, переливание (кишечный дискомфорт);
- ухудшение после употребления углеводов, клетчатки, молока;
- понос;
- обильное отхождение газов с кислым запахом;
- стул обильный, жидкий или кашицеобразный, пенистый; реакция кала кислая;
- при копромикроскопии - много крахмальных зерен, йодофильной флоры.

Для синдрома гнилостной кишечной диспепсии характерны следующие проявления:

- боли в животе выражены слабо, постоянные, реже - коликообразные;
- кишечный дискомфорт проявляется умеренно;
- понос, чередующийся с запором;
- газы необильные, с запахом сероводорода;
- ухудшение после белковой пищи;
- стул необильный, жидкий или кашицеобразный, темно-коричневый, с гнилостным запахом, реакция щелочная;
- при копромикроскопии - много мышечных волокон, соединительной ткани.