

ИНФЕКЦИОННЫЕ МАСКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА: ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ

Веревщиков В.К., Москалева Ю.Н., Егоров А.Г.

г. Екатеринбург, 22 мая 2015 г.

Острые кишечные инфекции -

группа заболеваний бактериальной, вирусной, протозойной, грибковой и паразитарной этиологии, характеризующиеся поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта и проявляющиеся лихорадкой, симптомами общей интоксикации, диспепсическими расстройствами (тошнота, рвота, диарея, боль в животе), приводящими к обезвоживанию.

Заболееваемость кишечными инфекциями в России в 2014 г.

- ОКИ неустановл. этиологии – 517 163 (361,1 / 00000)
- ОКИ установл. этиологии – 223 316 (155,9 / 00000)
- Сальмонеллез – **41 646** (29,08 / 00000)
- Брюшной тиф – **12** (0,05 / 00000)
- Дизентерия – **10 744** (7,5 / 00000)

*ФБГУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии», 2014

Заболеваемость кишечными инфекциями в Свердловской области в 2013 г.

Нозологические формы	2013	Показ заб.
Сумма ОКИ, в том числе:	30 259	722,7
Брюшной тиф	0/1 бн	0
Паратифы	1	0,02
Холера	0	0
Сальмонеллез	1493	35,66
Дизентерия	394	9,41
Флекснера	136	3,25
Зонне	230	5,49
Другие ОКИ установленной этиологии:	15 424	368,4
Ротавирусная инфекция	5309	126,8
Норовирусная инфекция	406	9,7
Эшерихиозы (ЭПКП)	970	23,1
Иерсиниозы	26	0,62
ОКИ неустановленной этиологии	14 441	344,9

СИНДРОМ ДИСПЕПСИИ -

**ощущение боли или дискомфорта
(чувство тяжести, переполнения,
раннего насыщения), локализованное в
подложечной области ближе к
срединной линии**

Международная рабочая группа по совершенствованию
диагностических критериев функциональных заболеваний ЖКТ
(Римские критерии II, 1999)

Симптомы, входящие в синдром диспепсии

Симптом	Определение
Боль, локализованная в подложечной области по срединной линии	Боль субъективно воспринимается как неприятные ощущения, некоторые пациенты могут чувствовать как бы повреждение тканей.
Дискомфорт, локализованный в подложечной области по срединной линии	Субъективно неприятное ощущение, которое интерпретируется пациентом как боль и при более детальной оценке может включать в себя симптомы указанные ниже.
Раннее насыщение	Чувство, что желудок переполняется сразу после начала еды независимо от объема принятой пищи.
Переполнение	Неприятное ощущение задержки пищи в желудке (может быть связано или не связано с приемом пищи)
Вздутие в эпигастральной области	Чувство распираания в подложечной области (отличать от видимого вздутия)
Тошнота	Ощущение дурноты и приближающейся рвоты

Боль в животе -

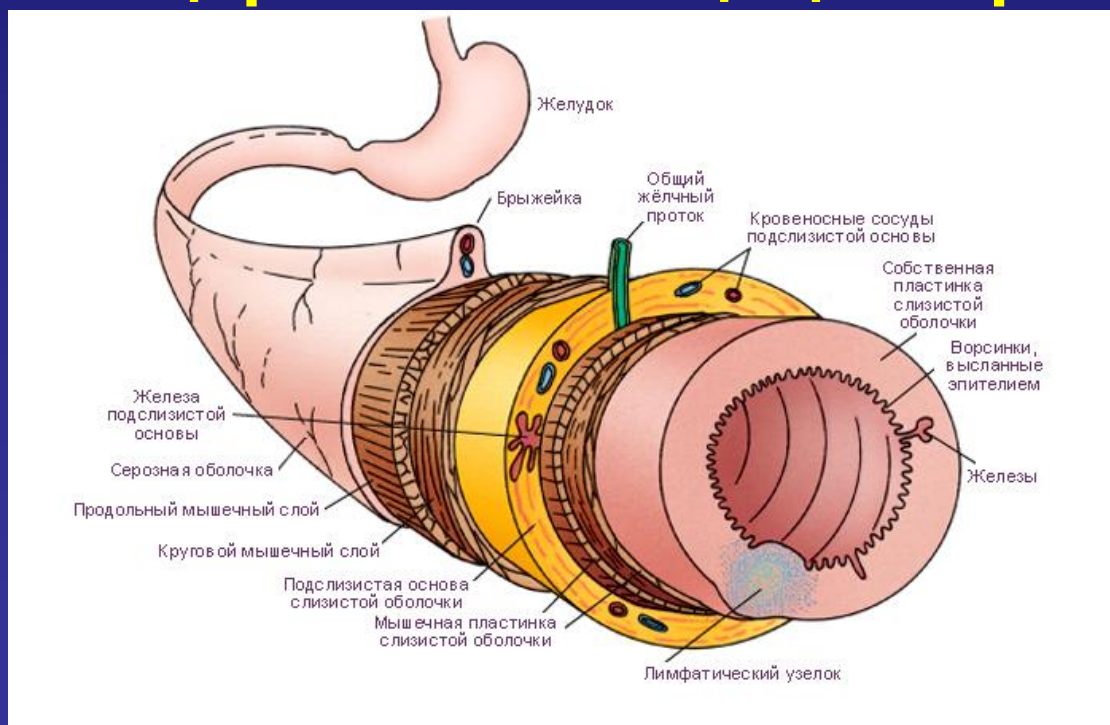
один из основных симптомов острых кишечных инфекций, преимущественно связана с дефекацией (до, во время, после).

Локализация и ее характер зависят от преимущественной локализации и распространенности патологического (воспалительного) процесса в кишечнике.

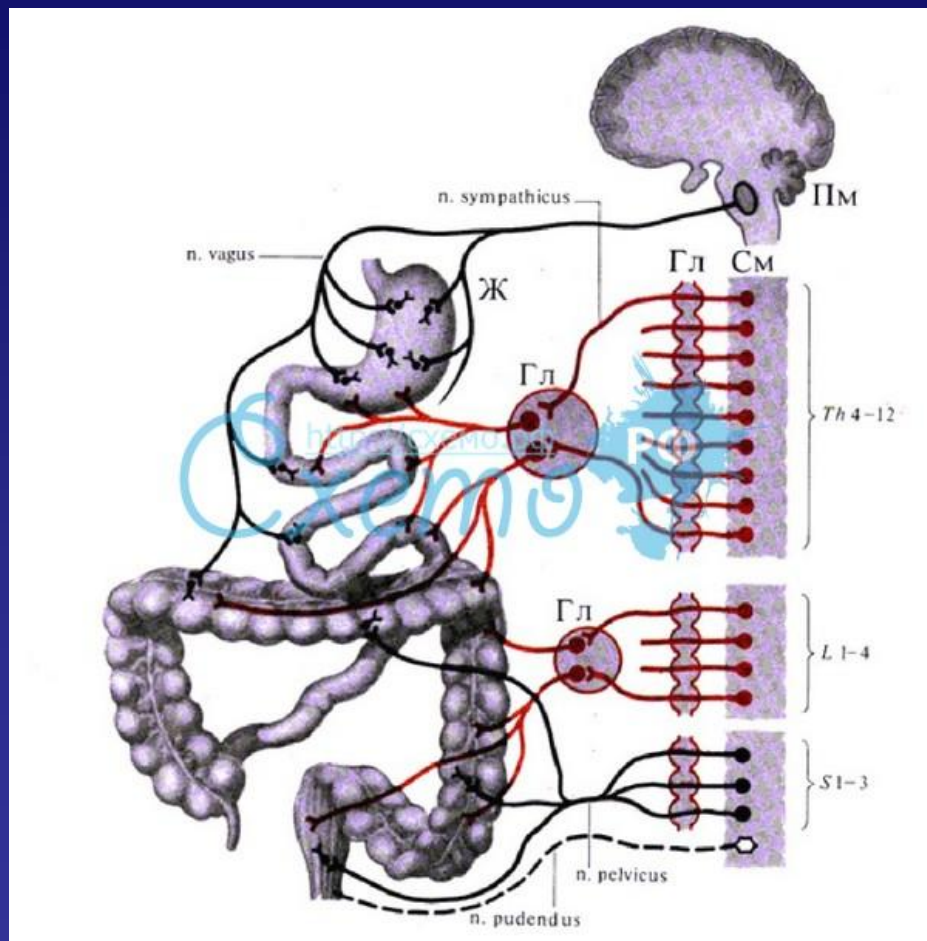
Механизм возникновения абдоминальной боли

Изменение кишечной моторики: тонус, перистальтика, качательные движения, растяжение и спазмы кишечных петель.

Висцеральные ноцицепторы



Висцеральная боль



Болевые раздражения передаются от висцеральных нервов и сплетений через соединительные симпатические ветви на задние спинномозговые корешки, поднимаясь центростремительно до головного мозга и затем центробежно проецируясь на брюшную стенку. Болевые раздражения, исходящие из дистальных кишечных петель, непосредственно передаются в спинной мозг по спинальным нервам.

Диарея -

это изменение нормальных характеристик испражнений, проявляющееся увеличением содержания жидкости (разжиженные каловые массы), объема или частоты до трех и более раз в сутки

Внебольничная диарея

Бактериальные агенты

Salmonella spp.

Shigella spp.

патогенные *E.coli*

Campylobacter spp.

Yersinia enterocolitica

Y.pseudotuberculosis

Паразитарные агенты

Giardia intestinalis

Cryptosporidium parvum

Isospora belli

Cyclospora cayetanensis

Вирусы

Ротавирусы

Норовирусы

Астровирусы

Калицивирусы

Аденовирусы

Энтеровирусы

Редкие патогены

Cryptosporidium cayetanensis

Dientamoeba fragilis

Balantidium coli

Entamoeba histolytica

Strongyloides stercoralis

Внебольничная диарея

Бактериальные агенты

Европа

Campylobacter spp.

S. agona – 27%

S. enteritidis – 23%

S. typhimurium – 12%

Россия

S. enteritidis – 83%

S. typhimurium – 10-14%

S. infantis – 1,8-2,1%

В 2012 г. - 102 очага

***групповой
заболеваемости***

Sh. flexneri – 50%

Sh. Sonnei – 47%

Ежегодно – 40-60 вспышек

Диарея путешественников

20-50% эпизодов диареи путешественников остаются не расшифрованы

Бактериальные агенты

патогенные *E.coli* (чаще ETEC,
в т.ч. *E.coli* O157:H7)
Shigella spp. – до 20%
Salmonella spp.
Campylobacter spp.
вибрионы (*Vibrio*
parahaemolyticus)

Вирусы

Ротавирусы – до 36%
Норовирусы – 10-15%
~ в 50% микст с бактериями

Паразитарные агенты

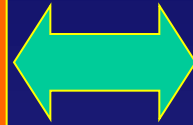
Giardia intestinalis
Entamoeba histolytica
Cryptosporidium parvum
Cyclospora cayetanensis
суммарно 0-12%

Редкие патогены

Cryptosporidium cayetanensis
Dientamoeba fragilis
Isospora belli
Balantidium coli
Strongyloides stercoralis

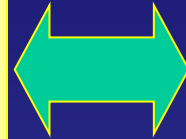
Патогенетические механизмы диареи

Экссудативный



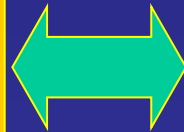
Шигеллы, ЭГКП,
ЭИКП, хламидии, гонококки,
балантидии,
амебы гистолитические

Секреторный



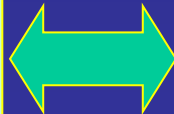
Вибрионы холеры,
ЭТКП, ЭАКП,
ротавирусы, норовирусы,
УПФ при ПТИ

Смешанный
секреторно-экссудативный



Сальмонеллы,
иерсинии,
кампилобактер

Гиперосмолярный



Вирусы, простейшие

Стратегия и тактика диагностики острых кишечных инфекций

1. Установить наличие или отсутствие признаков острой кишечной инфекции

- ✓ В пользу ОКИ свидетельствует: **наличие и одновременное возникновение симптомов интоксикации и признаков поражения ЖКТ.**
- ✓ **Данные эпидемиологического анамнеза!**

2. Определить уровень поражения ЖКТ (преобладание «тонкокишечной» или «толстокишечной» диареи, т.е. синдромов энтерита или колита)

Характерные клинические признаки диарей	ТОНКОКИШЕЧНАЯ	ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ
- схватко-образные боли	в мезогастрии	в гипогастрии
- тенезмы	отсутствуют	могут быть
- характер стула	жидко-водянистый, обильный (в среднем 250-300 мл), желто-зеленоватый, зловонный, пенистый, без патологических примесей	жидко-кашицеобразный, необильный или скудный, коричневый, с каловым запахом, с патологическими примесями слизи и крови
- обезвоживание	часто наблюдается	реже

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

- С мая 2012 г. по ноябрь 2013 г. (19 мес.): 86 случаев, диагностированных на этапе СМП как «кишечная инфекция неустановленной этиологии» или «острый гастроэнтерит/гастроэнтероколит».
- Мужчин – 65%, женщин – 35%
- Средний возраст – $42,5 \pm 1,5$ лет

Острый аппендицит – 25 чел.

- 60% - госпитализация в выходные и праздничные дни.
- 75% - мужчины в возрасте до 35 лет.
- Дефекты догоспитального этапа: неполноценно собранный анамнез заболевания и анамнез жизни, недооценка объективного статуса больного при наличии типичных аппендикулярных симптомов.
- В клинике: температура тела субфебрильная, но не выше 37,5 С; у всех начало заболевания с болей в правой подвздошной области; многократная рвота; кол-во дефекаций - 1-2 раз/сут, кашицеобразной консистенции без патологических примесей или вообще отсутствие стула; в ОАК –лейкоцитоз, незначительный палочкоядерный сдвиг влево.
- Основной повод для консультации хирурга в инфекционном отделении - выраженный, сохраняющийся болевой синдром.
- Преобладание флегмонозного аппендицита с местным или разлитым перитонитом.

Острая кишечная непроходимость – 5 чел.

- Преобладают (60%) женщины до 65 лет.
- Дебют заболевания - всегда с болей в животе.
- Характерная жалоба – повторная рвота, не приносящая облегчение.
- В анамнезе жизни: указания на перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и наличие хронических периодических запоров в несколько дней.

История болезни

Б-ная К., 27 лет, обратилась в приемный покой инфекционного корпуса самостоятельно 18.02.2015 г. в 9 ч. с жалобами на боль в животе, многократную рвоту, неприносящую облегчение, кашицеобразный стул без патологических примесей 1-2 раза, повышение температуры тела до 37.1 С.

Заболела остро, 17.02.15 г. с перечисленных симптомов.

В анамнезе жизни - оперативные гинекологические операции (кисты полости матки, внематочная беременность).

18.02.2015 в 11 ч. осмотрена лечащим врачом и зав. отделением выставлен диагноз: Динамическая кишечная непроходимость? Спаечная кишечная непроходимость? Приглашен хирург.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа бледная, чистая. Язык сухой. Дыхание проводится по всем легочным путям, везикулярное, с частотой 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 в минуту. АД: 110/70 мм. рт.ст. Живот вздут, мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При аускультации кишечника - кишечные шумы выслушиваются слабо.

В 11.30 осмотрена хирургом: назначено дообследование (обзорная рентгенография брюшной полости с барием) и рекомендован повторный осмотр хирурга. 19.02.15 г. выполнена рентгенография кишечника, по результатам которой переведена в 1 хирургическое отделение с диагнозом: О. тонкокишечная непроходимость.

ОАК: лейкоцитоз - 11.5, с нарастанием до 13.0.

Больная выписана 24.02.15 г. с выздоровлением.

Неспецифический язвенный колит – 17 чел.

- Преобладали (65%) мужчины.
- Длительный и нетипичный для ОКИ анамнез заболевания – от 7 до 14 дней.
- В испражнениях – примесь крови.
- У 50% больных в анамнезе жизни были эпизоды гемоколита.
- Предварительный диагноз приемного отделения: Острый энтероколит или острая дизентерия?
- Подозрение на неспецифическое воспаление кишечника возникало в результате отсутствия эффекта от стандартной антибиотикотерапии длительностью 5-7 дней.
- Перевод больных осуществлялся после подтверждения диагноза дополнительными инструментальными методами (ректоскопия, ирригоскопия, ФКС).
- ОАК: лейкоцитоз, анемия, повышение СОЭ.

Острая ишемия кишечника – 3 чел.

- Все пациенты - старше 60 лет.
- Всегда острое начало заболевания с болей в животе.
- В анамнезе жизни фоновые заболевания: ИБС, гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов.
- В анамнезе болезни до катастрофы в сосудах кишечника - указание на гипертонический криз, приступы стенокардии, перелом шейки бедренной кости.
- При госпитализации - низкое АД (по сравнению с «рабочим» давлением).
- В ОАК всегда высокий лейкоцитоз.
- У пациентов в течении неск. часов развивается клиника сосудистой недостаточности.
- Лечение в условиях РАО, преобладал летальный исход.

История болезни

Б-ной С., 93 года. Поступал 18.09.2014 г. в 18.00, в первые сутки заболевания с жалобами на выраженную общую слабость, ноющую боль в эпигастрии, рвоту желчью, 4 кратный водянистый стул без патологических примесей. В августе 2014 г. - перелом шейки правой бедренной кости. При поступлении осмотрен дежурным хирургом, дежурным терапевтом, которыми исключена острая профильная патология.

При поступлении состояние средней степени тяжести, в ясном сознании. Кожа бледная, сухая. Дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, ЧСС 90 в мин., АД:130/70 мм. рт. ст. (рабочее давление не указано). Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Дизурии нет.

Предварительный диагноз: острый гастроэнтерит? Дежурный инфекционист повторно вызывает хирурга, который повторно исключает острую хирургическую патологию. В течении 3-х часов больной переводится в РАО. В РАО состояние прогрессивно ухудшается за счет прогрессирования СПОН (ОДН, ОССН, ОПН). 20.09.14 г. (2 сутки) констатирована биологическая смерть.

Патологоанатомический диагноз: Осн. Мезентериальный тромбоз; Осл. Гангрена тонкой кишки; Соп. Перелом шейки правого бедра; Расслаивающая аневризма дуги аорты; Атеросклероз сосудов внутренних органов; Хроническая ишемическая болезнь сердца; Хронический межуточный перипортальный гепатит с признаками активности.

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования

- В ОАК - лейкоцитоз до $26,1 \times 10^9/\text{л}$.
- В биохимическом анализе крови – билирубин 32,5 (за счет непрямого 24,6), АСТ- 157,6 и АЛТ - 57,0, креатинин - 143,0, мочевины - 15,9.
- Рентгенография орг. гр. клетки – нарушение гемодинамики по МКК, двухсторонний гидроторакс.
- УЗИ орг. брюшной полости – камни желчного пузыря. Отключенный желчный пузырь.
- Бактериологические посевы кала №3 - патогенная, условно-патогенная флора не обнаружена.

Антибиотик-ассоциированная диарея – 28 чел.

- Возрастная группа от 25 до 90 лет.
- Чаще болеют женщины, старше 60 лет.
- В анамнезе болезни - прием антибиотиков (чаще цефалоспорины 3 поколения внутривенно или внутримышечно, макролиды через рот), продолжительностью курса от 5 до 10 дней.
- В анамнезе жизни - указание на хронические заболевания ЖКТ, хронические запоры, оперативные вмешательства на тонком или толстом кишечнике.
- Сопутствуют иммунодефицитные состояния: онкологические заболевания, химиотерапия, ВИЧ-инфекция.
- Начало заболевания - с диареи (стул частый, водянистый без патологических примесей, кратность от 5 до 10 раз в сутки).
- Температура тела нормальная или субфебрильная (2-4 дня).
- В ОАК - значительный лейкоцитоз, требующий консультации хирурга.

ВЫВОДЫ

- Ошибки диагностики диарей неинфекционного генеза у больных с тяжелым состоянием - основная причина досуточной летальности во 2 инфекционном отделении (за 2014 г. - 12 человек).
- Все пациенты доставлены СМП.
- Дефекты диагностики отмечаются уже на догоспитальном этапе: неполный/некачественный сбор жалоб, эпид.анамнеза, недостаточный объективный осмотр.
- В приемном покое: дефекты сбора анамнеза, у молодых специалистов недооценка состояния больного (переводы в РАО в течении 2 -3 часов от момента поступления).
- Госпитализация чаще в выходные и праздничные дни.
- Снижение качества консультаций смежных специалистов.
- В анамнезе - частое необоснованное назначение антибиотиков врачами амбулаторно–поликлинической службы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Больные старших возрастных групп – преобладают органические поражения (исключить ишемию кишечника, опухоли ЖКТ).
- Больные молодого возраста – преобладают воспалительные поражения (аппендицит).
- Максимально полная информация о больном: полноценный сбор жалоб, анамнезов, объективный осмотр, динамическое наблюдение.