

**Д.д. Энтероколитов**

## **БОЛЕЗНИ, ПРОТЕКАЮЩИЕ С СИМПТОМАМИ ЭНТЕРОКОЛИТА (БЕЗ РВОТЫ И КРОВИ В ИСПРАЖНЕНИЯХ)**

- ✓ *В эту группу входят многие инфекционные болезни, в частности, уже рассматривавшиеся сальмонеллез (гастроэнтеритическая форма), дизентерия и эшерихиоз.*
- ✓ *Энтероколит может быть при иерсиниозе, кампилобактериозе, иногда при лептоспирозе, ротавирусных и некоторых других болезнях.*

□ **Сальмонеллез, дизентерия и эшерихиоз** могут протекать как в виде гастроинтестинальных форм, так и в виде колитических.

Принципы дифференциальной диагностики те же.

- 1) Сальмонеллез характеризуется более выраженной и длительной интоксикацией.
- 2) Эшерихиоз протекает наиболее легко.
- 3) Дизентерия занимает промежуточное положение.
  - При сальмонеллезе поражаются все отделы кишки.
  - При дизентерии и эшерихиозе лишь дистальные отделы.
  - Клинически дифференцировать легкие формы невозможно.
  - Решает вопрос бактериологическое исследование и эпидобстановка.

## □ Иерсиниоз.

- 1) Часто иерсиниоз протекает с диареей, которая отмечается при гастроэнтероколитической и аппендикулярной формах болезни. Могут быть признаки мезаденита.
- 2) Тошнота и рвота – редко, очень редко – примесь крови в испражнениях.
- 3) Характерны лихорадка (38-39°C и выше), общая интоксикация.
- 4) Боль – в нижних отделах живота, больше справа, очень сильная, нередко схваткообразная.
- 5) При аппендикулярной форме – выраженные признаки аппендицита.
- 6) Нет тенезмов, спазма сигмовидной кишки и ложных позывов к дефекации.
- 7) Стул жидкий со зловонным запахом до 10 раз в сутки.
  - В крови нейтрофильный лейкоцитоз (до  $15 \times 10^9/\text{л}$ ), повышение СОЭ.
- 1) Лабораторно – выделение возбудителя из испражнений (редко), серологические методы – основные (РА и РНГА, диагностический титр 1:160 и выше или нарастание титра антител в периоде реконвалесценции).

## □ Кампилобактериоз.

- 1) Может протекать с преобладанием признаков как гастроэнтерита, так и энтероколита.
- 2) У взрослых – редко, у детей – часто.
- 3) Начало острое. Повышается температура тела (38-39 °С).
- 4) Боли в эпигастральной области, иногда рвота.
- 5) Стул обильный, жидкий, пенистый, без примесей слизи и крови.
- 6) Может развиваться выраженное обезвоживание.
- 7) Иногда – хроническое течение (слабость, астенизация, субфебрилитет, снижение массы тела, аппетит снижен, поносы чередуются с запорами).
  - Кроме поражений ЖКТ, при хроническом течении развиваются поражения ряда органов и систем (конъюнктивит, кератит, эндокардит и пр.).
- 1) Окончательный диагноз – после выделения возбудителя из испражнений или крови, а также серологически (РСК, РПГА, реакция микроагглютинации).

## □ Лептоспироз

- в некоторых случаях может сопровождаться энтероколитом в разгаре болезни на фоне многообразных клинических проявлений, но в последние годы наблюдается редко.

## □ Лямблиоз.

- 1) В большинстве протекает легко. Температура тела в норме.
- 2) Иногда через 10-15 дней после инвазии появляются общее недомогание, умеренно выраженные боли в животе, преимущественно в эпигастральной области, урчание в животе и жидкий водянистый стул без примесей слизи и крови.
- 3) Без специфического противопаразитарного лечения через 1-2 мес. болезнь проходит.
- 4) Доказательство – только обнаружение лямблий в виде вегетативных форм (в дуоденальном содержимом и жидком стуле) или в виде цист (в оформленном стуле).
- 5) При более тяжелом течении возможно сочетание инвазии с др. инфекционным заболеванием.

## □ Ротавирусное заболевание.

- 1) Поражаются преимущественно дети. Инкубационный период короткий (чаще 1-2 дня), начало острое.
- 2) Температура субфебрильная и умеренно выраженные признаки общей интоксикации.
- 3) Стул обильный жидкий водянистый, без примесей слизи и крови, рота – редко.
- 4) Громкое урчание в животе, позывы к дефекации императивного характера, тенезмов нет.
- 5) Болезненность в эпигастральной и пупочной областях, грубое урчание в правой подвздошной области.
- 6) Учитываются зимняя сезонность, групповой характер заболеваний, отрицательные результаты обычных бактериологических исследований.
- 7) Диагноз подтверждается обнаружением ротавирусов в испражнениях (электронная микроскопия, иммунофлюоресцентный метод и др.).

## □ Брюшной тиф, паратифы А и В.

- 1) В периоде разгара могут протекать с расстройством стула при более тяжелом течении (примерно 20%).
- 2) Стул в виде кашицы темно-зеленого цвета 3-5 раз за сутки без выраженных болей, тенезмов и ложных позывов.
- 3) Диагностика – бактериологическая, серологическая и наличие других патогномичных симптомов брюшного тифа в периоде разгара болезни (лихорадка, розеолезная сыпь, гепатолиенальный синдром и др.).

## **БОЛЕЗНИ, ПРОТЕКАЮЩИЕ С ПРИЗНАКАМИ КОЛИТА И С КРОВЬЮ В ИСПРАЖНЕНИЯХ**

***□ Этот признак может наблюдаться при болезнях, вызванных:***

- 1) простейшими (амебиаз, балантидиаз),
- 2) бактериями (дизентерия, кампилобактериоз, сальмонеллез, эшерихиоз),
- 3) Клостридиозный псевдомембранозный колит,
- 4) гельминтами (шистосомоз, анкилостомидоз).

***□ неинфекционными болезнями:***

- 1) неспецифический язвенный колит,
- 2) болезнь Крона,
  - новообразование кишечника,
  - дивертикулярная болезнь,
- 1) пеллагра и др..

## □ Клостридиозный псевдомембранозный колит.

- 1) Болезнь обусловлена чрезмерным размножением *Clostridium difficile*.
  - 2) Наблюдается при дисбактериозе, обусловленном длительным (от 1 до 6 нед.) применением антибиотиков широкого спектра действия (чаще всего это клиндамицин, ампициллин, цефалоспорины, аминогликозиды).
  - 3) Острое начало, лихорадка, диарея – обильный жидкий водянистый зеленоватого цвета стул с резким гнилостным запахом и кровью.
  - 4) Возможен гиповолемический шок, тромбогеморрагический синдром.
  - 5) Токсическое расширение толстой кишки, перфорация слепой кишки.
  - 6) При пальпации отмечаются спазм и болезненность толстого кишечника.
  - 7) RRS: гиперемия, отечность и легкая ранимость слизистой оболочки, поверхность зернистая, отмечаются геморрагии и слизистые псевдомембраны, моторика кишки повышена.
    - При отсутствии адекватного лечения – гибель больного.
- 1) Около 5% здоровых людей – носители токсигенных клостридий.
  - 2) Диагностическое значение имеет улучшение после отмены антибиотиков и назначения метронидазола.

## □ Амебиаз.

- 1) Распространена в странах с жарким климатом. Максимум – в августе.
- 2) Инкубационный период длительный (чаще 36 нед.).
- 3) Болезнь начинается остро: общая слабость, головная боль, умеренно выраженные боли в животе, температура тела субфебрильная.
- 4) Затем присоединяется диарея с примесью стекловидной слизи и крови.
- 5) Стул типа «малинового желе» бывает редко.
- 6) При пальпации – выраженная болезненность в области слепой и восходящей кишки (левая подвздошная область).
- 7) В отличие от дизентерии – слабая интоксикация и большая продолжительность кишечных расстройств.
  - Примесь крови в стуле – при более тяжелых формах болезни.
- 1) При отсутствии противоамебной терапии после непродолжительной ремиссии наступает обострение, и далее – хроническая форма, которая имеет рецидивирующее течение.
- 2) Нередко – внекишечные осложнения (абсцессы печени, легких и др.).
- 3) RRS: в период кишечных расстройств характерные язвенные изменения слизистой оболочки толстой кишки, различного возраста (в отличие от шигеллеза).
- 4) Лабораторно – обнаружение большой вегетативной (тканевой) формы амебы с фагоцитированными эритроцитами.
- 5) Испражнения для анализа – «в теплом виде» (в течение 20 мин).
- 6) Серология – малое диагностическое значение.

## □ Балантидиаз.

- 1) Протозойная болезнь, при которой так же, как и при амебиазе, развивается язвенное поражение толстой кишки.
  - 2) При поздно начатом лечении – летальность до 10%.
  - 3) Встречается спорадически, при контакте со свиньями.
  - 4) Начинается остро, с признаками общей интоксикации: слабость, головная боль, снижение аппетита, повышается температура тела (у некоторых – субфебрильная).
  - 5) Поражение кишечника в виде болей в животе, метеоризма, диареи, могут быть тенезмы.
  - 6) Испражнения жидкие, с примесью слизи и крови, до 20 раз за сутки с гнилостным запахом.
  - 7) При пальпации: утолщение, уплотнение, спазм и болезненность толстой кишки на отдельных участках.
    - Печень увеличена и болезненна.
- 1) RRS: очаговые воспалительные изменения и язвы кишки.
  - 2) Больные быстро теряют вес, развивается гипохромная анемия.
  - 3) Подтверждается обнаружением балантидий в испражнениях (в теплом виде).

## □ Дизентерия (шигеллез).

- 1) Короткий инкубационный период, интоксикационный синдром, примесь крови в кале при более тяжелых формах с четко выраженной клиникой и признаками дистального колита (ложные позывы, тенезмы, геморрагические изменения при RRS и др.), в крови – нейтрофильный лейкоцитоз.
- 2) Клинический диагноз не вызывает существенных трудностей.
- 3) Лабораторно подтверждается бактериологически, серологически.

## □ Сальмонеллез.

- 1) Колитическая форма болезни протекает с высокой и более длительной интоксикацией, лихорадкой (до 4-5 дней), примесь крови в стуле отмечается у 15-20% больных.
- 2) Иногда – гепатоспленомегалия.
- 3) Поражены все отделы толстой кишки.
  - RRS – изменения, сходные с шигеллезом.

- 1) В крови – нейтрофильный лейкоцитоз (иногда – лейкопения).
- 2) Лабораторно подтверждается бактериологически, серологически.

## 3) Эшерихиоз.

- Колитическая форма эшерихиоза редко сопровождается кровянистым стулом.
- 1) Клинически трудно отличить от легкой формы дизентерии.

## □ Кампилобактериоз.

- 1) Клинически – водянистый пенистый стул, иногда с примесью слизи и крови.
- 2) Испражнения более обильные, чем при шигеллезе, колитических формах сальмонеллеза и эшерихиозе.
- 3) Более выраженные синдромы общей интоксикации и обезвоживания, что не характерно для колитических форм бактериальных инфекций.
- 4) Чаще развивается у детей.
- 5) Подтверждается специфическими лабораторными исследованиями.

## □ Анкилостомидозы.

- 1) Два гельминтоза: анкилостомоз и некатороз, клиника которых очень сходна.
  - Распространены в странах с влажным тропическим и субтропическим климатом.
- 1) Яйца и личинки гельминтов длительно сохраняются во внешней среде (в почве).
- 2) Проникают в организм перорально или перкутанно (через кожу – дерматит в виде зуда, жжения, отека тканей, эритемы, папуло-везикулезные элементы).
- 3) В ранней фазе (миграция личинок) – сухой кашель, приступы удушья, эозинофильный инфильтрат в легких, в крови эозинофилия (до 30-60%).
- 4) Боли в животе, диарея у части больных с примесью слизи и крови.
- 5) Важен эпиданамнез (пребывание в эндемичных по гельминтозу районах).
  - Подтверждается обнаружением яиц гельминтов в испражнениях.

## □ Шистосомозы.

- 1) Кишечный и японский протекают с поражением толстой кишки.
- 2) Широко распространены в странах Африки, Азии и Южной Америки.
- 3) Заражение – при купании в пресноводных водоемах, во время которого личинки гельминта (церкарии) проникают через кожу.
- 4) Острая стадия развивается в течение 3 мес. после инвазии.
- 5) Кашель с мокротой, одышка. Печень и селезенка умеренно увеличены.
- 6) Лихорадка, снижение аппетита, частый жидкий стул с примесью слизи и крови, могут быть тенезмы, у некоторых больных – тошнота и рвота; выраженная эозинофилия.
- 7) В хроническом периоде – поражение органов пищеварения (преимущественно дистальные отделы толстой кишки), значительное увеличение печени и селезенки (портальная гипертензия).
  - При обострениях – дизентериеподобный симптомокомплекс: стул учащен, с примесью слизи и крови, тенезмы, в периоде ремиссии — чаще запоры.
- 1) RRS – воспалительные изменения: отек и гиперемия слизистой оболочки, геморрагические изменения, язвы, полипы.
- 2) Учитывают эпидемиологические данные (увеличение печени и селезенки, эозинофилию, длительное течение).
- 11) Подтверждение диагноза – обнаружение яиц гельминта в испражнениях или в тканях кишки (эндобιοпсия); серология (РСК, РФА, РЭМА) имеет малое диагностическое значение.

□ **Неинфекционные болезни, протекающие с кишечными кровотечениями** (воспаление ограничивается слизистой оболочкой и носит диффузный характер).

□ **Неспецифический язвенный колит (НЯК).**

- 1) Хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки.
- 2) Поражает **ТОЛЬКО** толстую кишку и никогда не распространяется на тонкую кишку. (Исключение – ретроградный илеит) с обязательным вовлечением прямой кишки.
- 3) Может иметь острое дизентериеподобное начало.
- 4) В дальнейшем длительное прогрессирующее течение – диареи, тенезмы и ложные позывы к дефекации, боли в животе.
- 5) Снижается масса тела, умеренно повышается температура тела, развивается анемия.
- 6) Диагностика – используются рентгенологическое исследование и RRS, фиброколоноскопия.

## □ **Болезнь Крона.**

- 1) хроническое рецидивирующее заболевание ЖКТ неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.
- 2) Часто – у лиц в возрасте 15-21 года. Клинически сходен с НЯК.
- 3) Боли в животе, диарея, снижение массы тела, лихорадка и ректальные кровотечения.
- 4) Нередко – различные внекишечные проявления (артриты, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, стоматит, афтозные язвы в полости рта).
- 5) Могут развиваться трещины заднего прохода, ректальные свищи.
- 6) Для диагностики – контрастная рентгеноскопия, эндоскопия (в т.ч. капсульная), МРТ, КТ, балонная энтероскопия, фистулография, а также гистологические исследования биоптатов прямой кишки.

### ***7) Рентгенологически:***

- Регионарное, прерывистое поражение.

- 1) Стриктуры.
- 2) «Булыжная мостовая» – мозаичная картина с мелкими дефектами наполнения за счет отека и линейных язв.
- 3) Свищи.
- 4) Межкишечные абсцессы.
- 5) Ригидность пораженных петель кишечника.
- 6) «Симптом струны» (резкое сужение просвета конечного отдела подвздошной кишки).

## Лабораторная дифференциальная диагностика НЯК и БК

□ **ASCA** (антитела к *Saccharomyces cerevisiae*) направлены против олигоманнозных эпитопов на клеточной стенке дрожжей *Saccharomyces cerevisiae*.

- 1) Для болезни Крона специфичность ASCA IgG и IgA-антител — 95-100%  
чувствительность — 60-75%.
- 2) Для НЯК: IgG — 5%, а IgA-класса ASCA — 7%.

□ **аANCA** (атипичные антинейтрофильные цитоплазматические антитела)

- 1) При НЯК — 50-90%,
- 2) При болезни Крона — 10-20%.

□ **Комбинация ANCA и ASCA** делает возможным быстрый и неинвазивный дифференциальный диагноз между БК и НЯК.

- 1) Один из современных маркеров диагностики воспалительных заболеваний кишечника является **фекальный кальпротектин** — белок, продуцируемый нейтрофилами слизистой оболочки кишечника (ФК).

- 1) *При обострении его уровень повышается (выше 100—150).*
- 2) *Коррелирует с гистологической и эндоскопической активностью.*
- 3) *Стойко повышенный уровень ФК — неэффективность терапии.*
- 4) *Повышение ФК в динамике наблюдения — вероятность*

## □ Дивертикулярная болезнь.

- 1) Широко распространена в развитых странах, часто у лиц старше 50-60 лет, до 30 лет – редко.
- 2) Обусловлена характером питания (длительный дефицит растительной клетчатки).
- 3) Кишечные возникают периодически в виде небольших потерь крови с калом или более массивных острых кровотечений.
- 4) Для диагностики имеют значение: нарушение кишечной проходимости, образование свищей, расширение толстой кишки, перфорации дивертикулов и пр.
- 5) Решающее значение – рентгенологическое исследование.

## □ Пеллагра.

- 1) Возникает вследствие дефицита никотиновой кислоты, что обусловлено длительным приемом пищи с малым содержанием этого витамина или триптофана, который в организме метаболизируется в никотиновую кислоту.
  - Проявления: диарея с примесью крови в стуле, болезненности толстой кишки при пальпации. Болезнь развивается преимущественно в тропических странах.

- 1) **Эндометриоз толстой кишки** (обычно поражается сигмовидная кишка): боли и кишечные кровотечения появляются только во время менструаций.

## □ Новообразования кишечника.

- 1) Протекают с кишечными кровотечениями, иногда – расстройства стула.
- 2) Рак толстой кишки чаще локализуется в области прямой, сигмовидной и нисходящей кишки. Отсутствие лихорадки (до периода распада) и выраженной интоксикации, преобладание кровотечения над диареей.
- 3) 50% обнаруживаются при RRS, при более высоких локализациях – фиброколоноскопия и рентгенологическое исследование.
- 4) Могут наблюдаться злокачественная лимфома толстой кишки, лимфогранулематоз кишечника, при которых чаще поражается область слепой кишки.

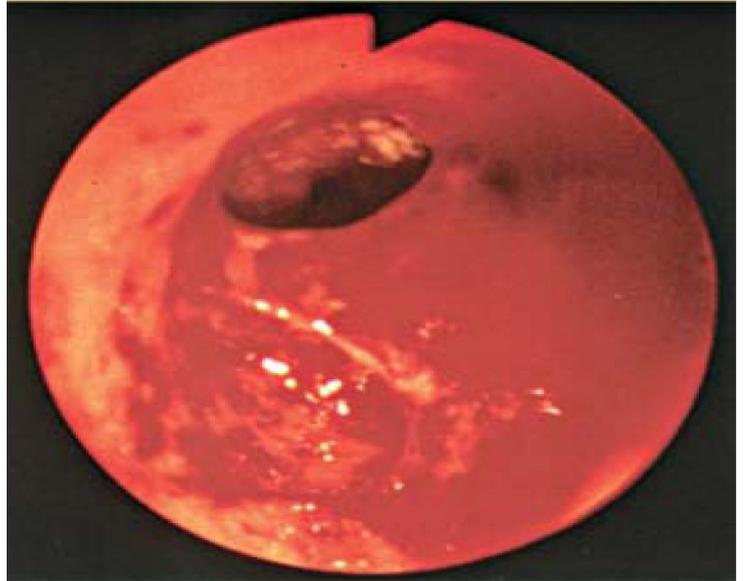
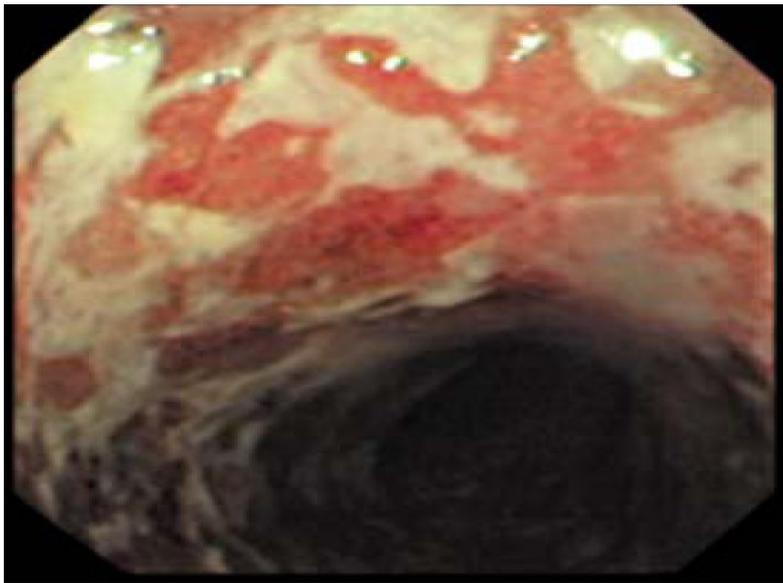
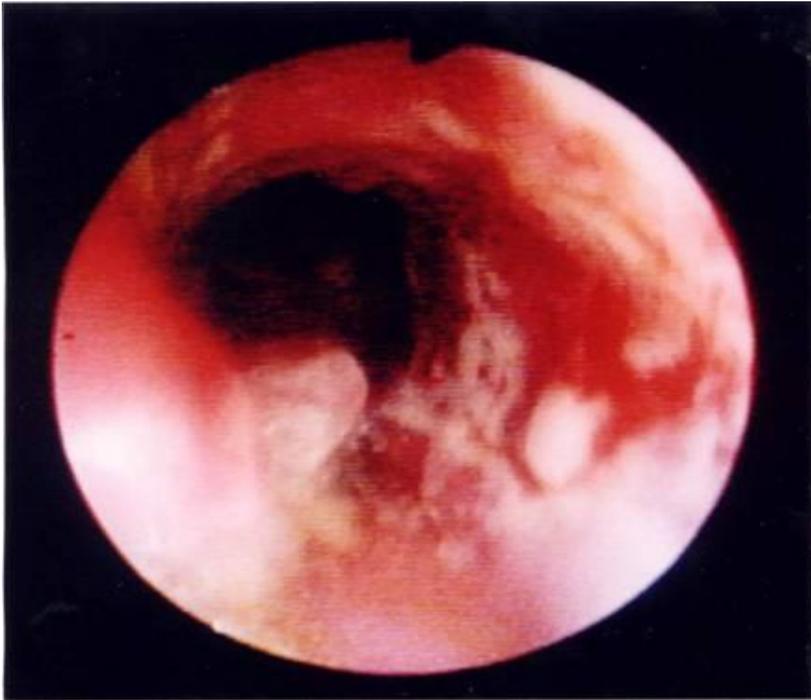
□ **Абдоминальный синдром при болезни Шенлейна–Геноха:** боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови.

□ **Реже наблюдаются другие причины:** туберкулез кишечника, диффузный семейный полипоз, гемангиома толстой кишки и др..

# ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЯК

- 1) Отек, гиперемия слизистой.
- 2) Появление грануляций на ее поверхности,
- 3) Отсутствие сосудистого рисунка.
- 4) Слизистая оболочка легко ранимая, кровоточит.
- 5) Язвы на фоне воспалительно измененной слизистой оболочки покрыты фибрином, гнойным экссудатом.



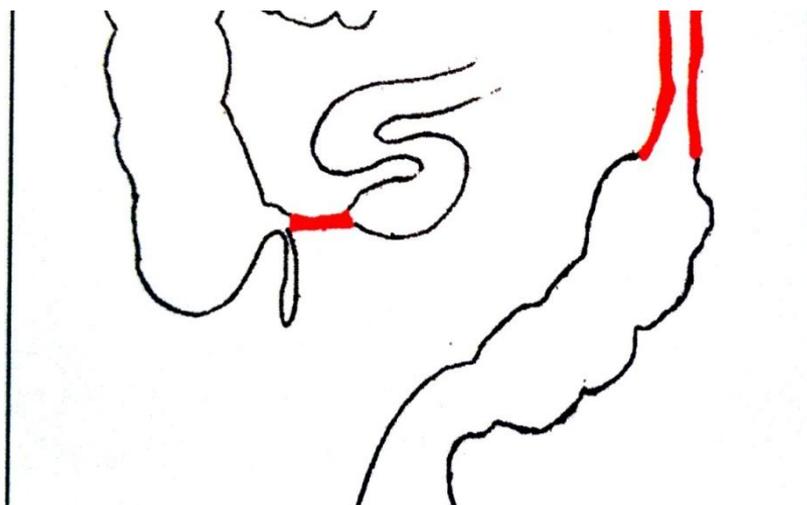
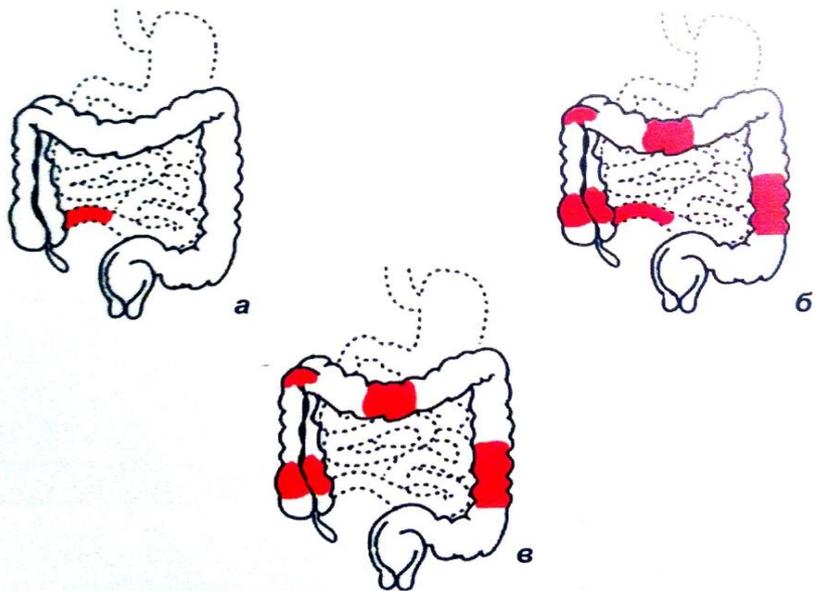


**НЯК: Симптом "водосточной трубы". Ирригограмма.**



# БОЛЕЗНЬ КРОНА

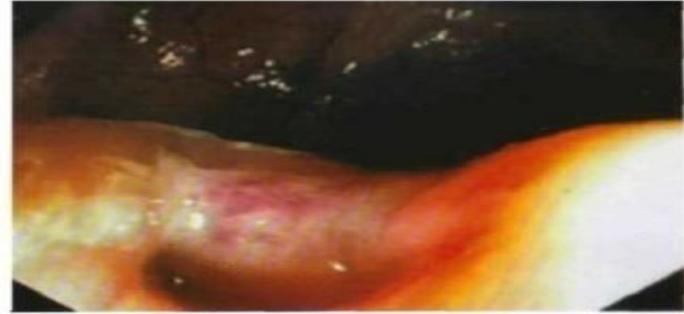
(гранулематозный колит, гранулематозный энтерит)



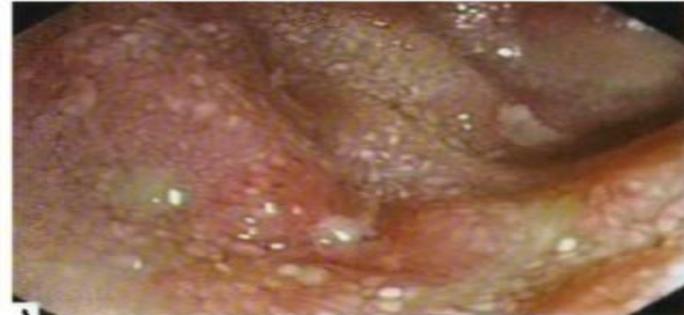
Поражение кишечника,  
аноректальной зоны по типу  
«чемоданной ручки»



**Рис. 1. Афты в ободочной кишке при болезни Крона**



**Рис. 2. Болезнь Крона в илеоцекальном клапане**



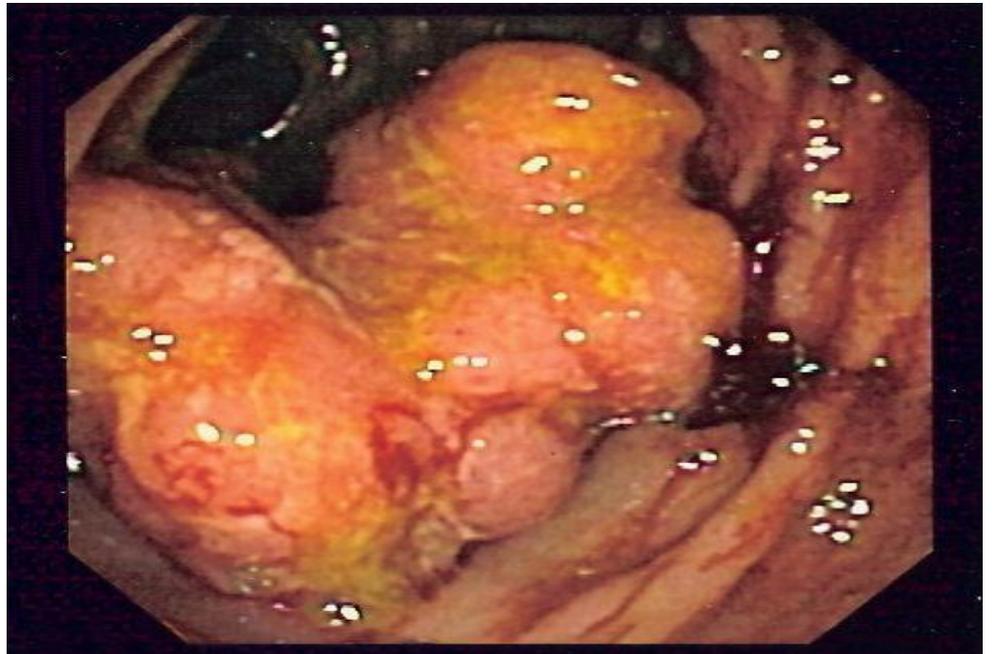
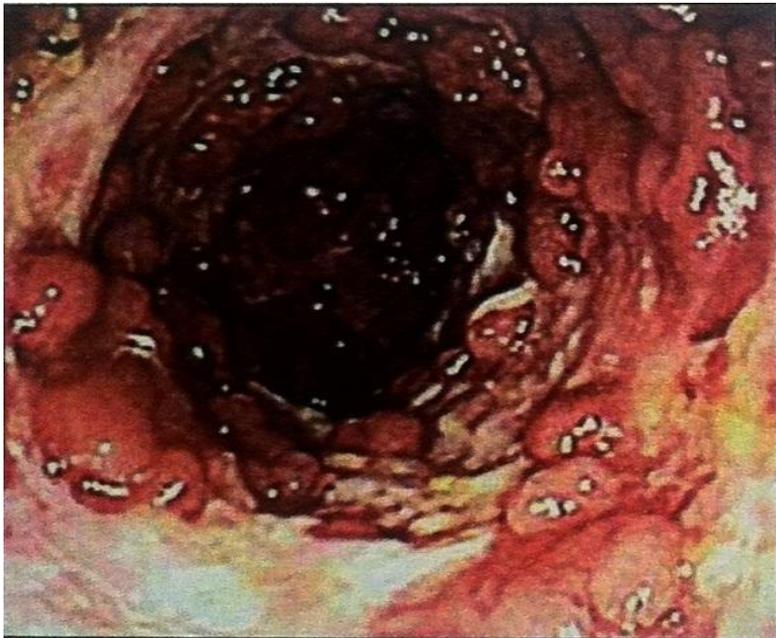
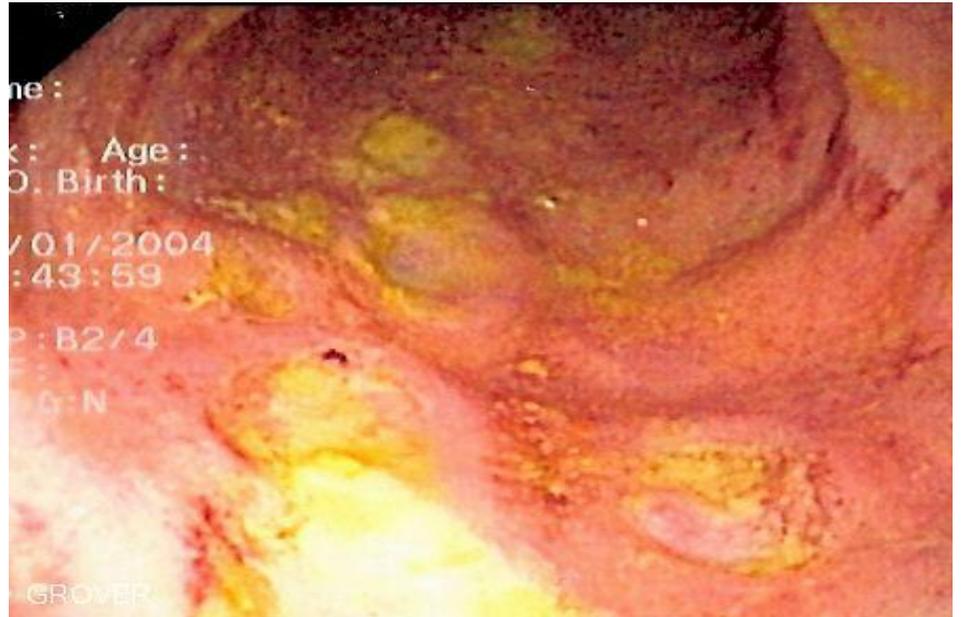
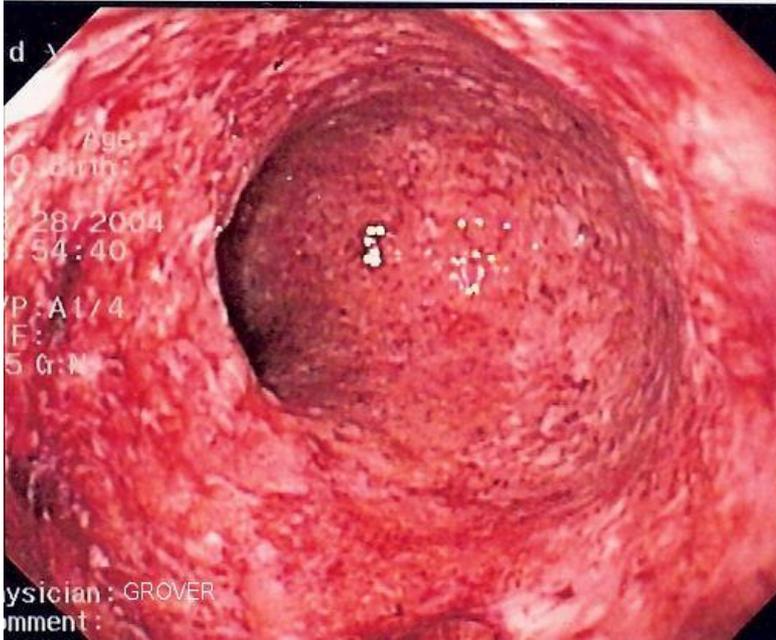
**Рис. 3. Болезнь Крона в подвздошной кишке (а, б)**



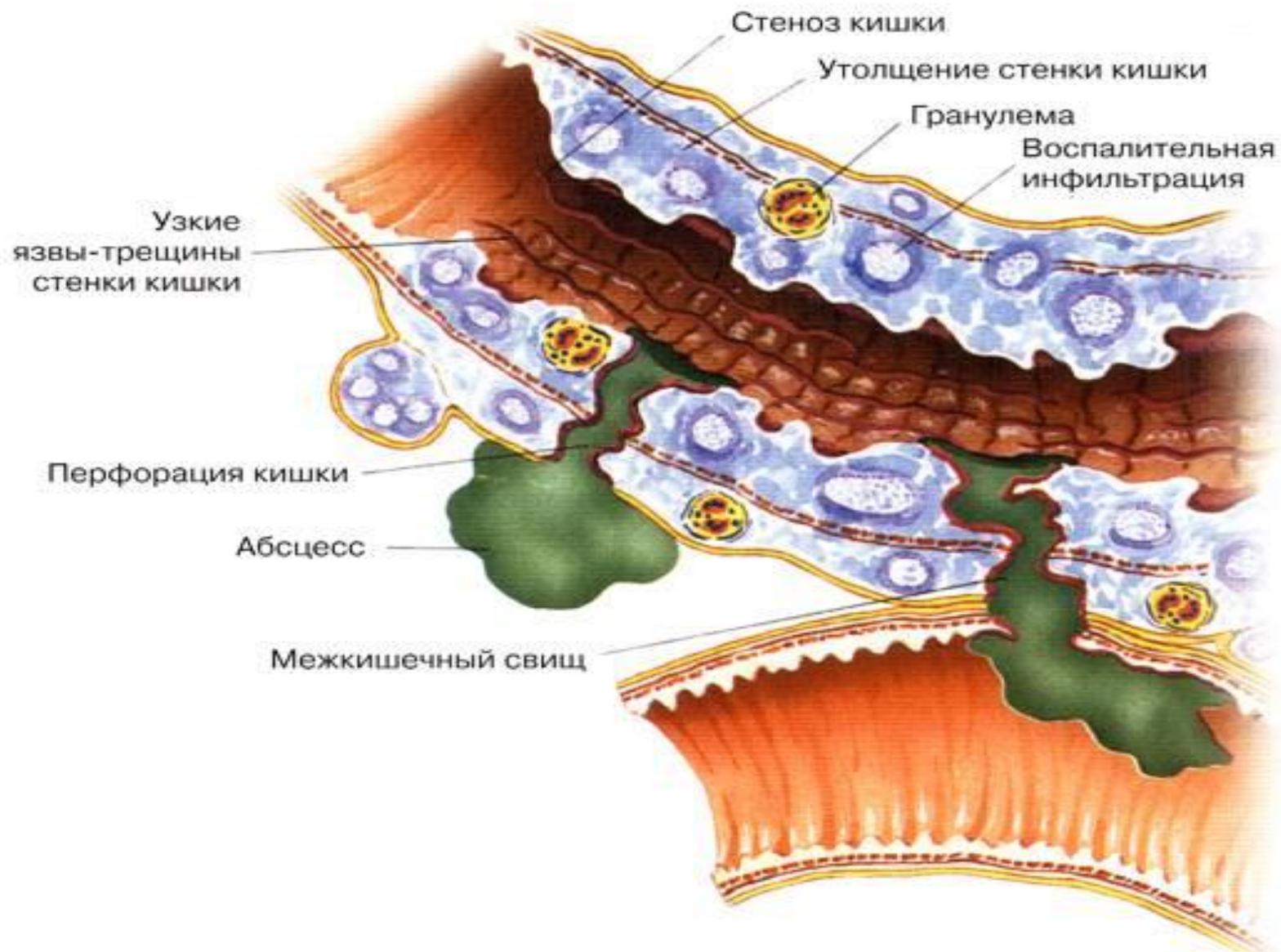
**Рис. 4. Воспалительные полипы, язвенный колит**



**Рис. 5. Рубец после язвенного колита**

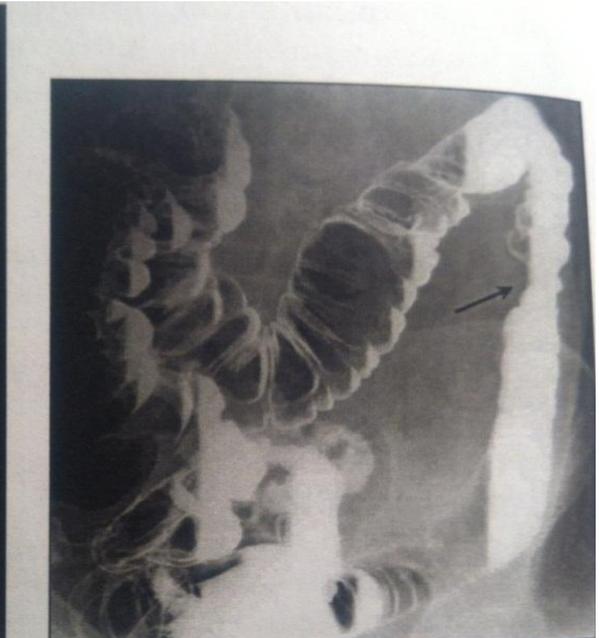


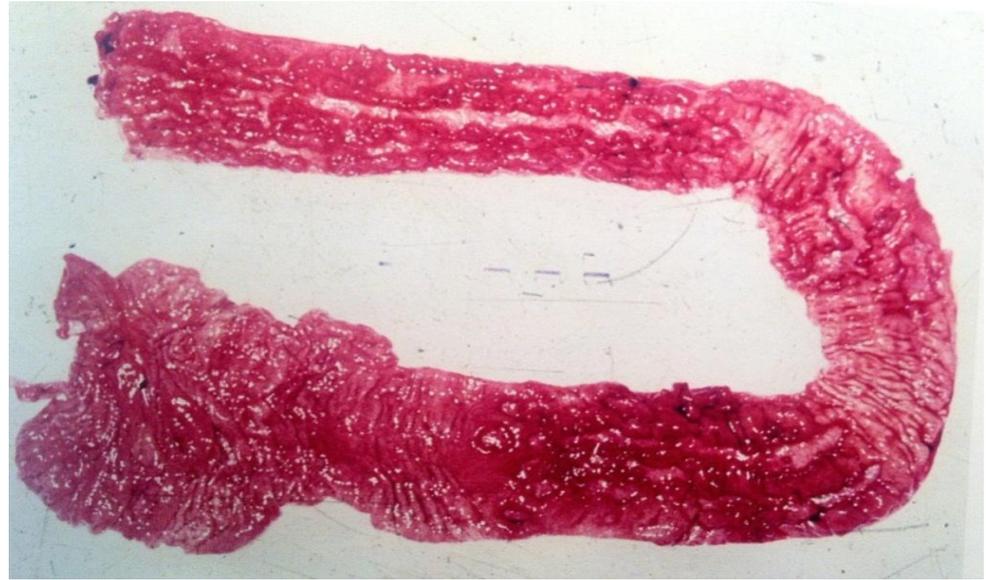
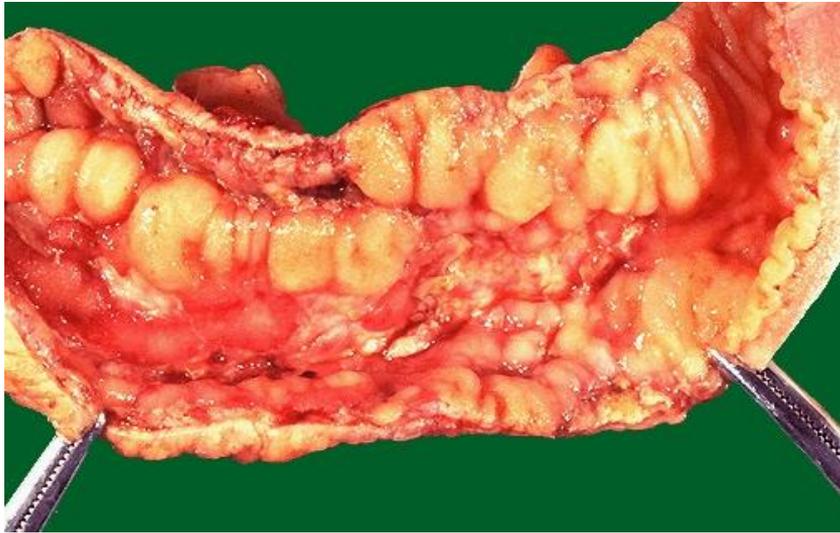
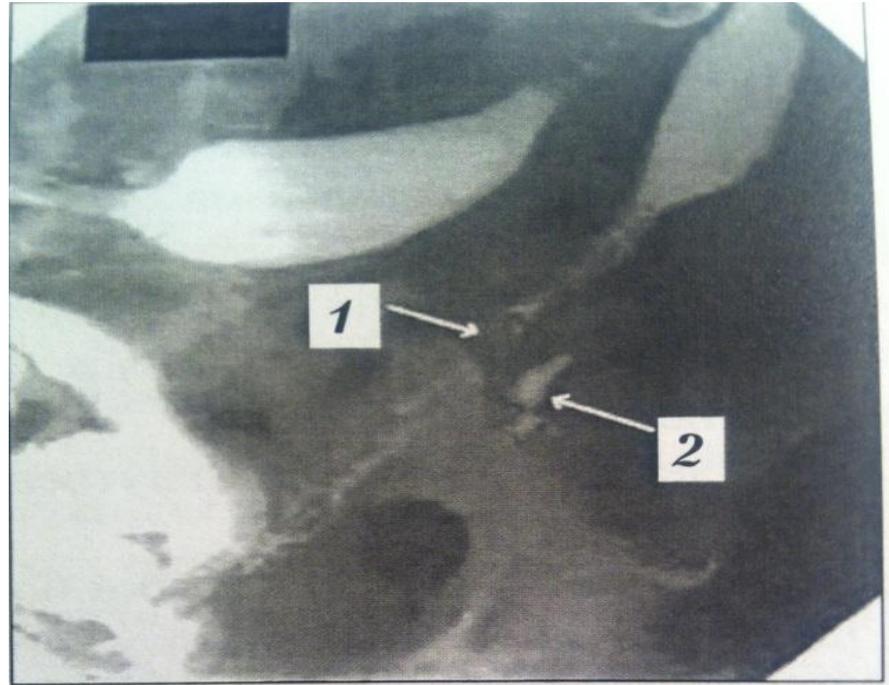
Б. Схема кишечных осложнений БК.



## Рентгенологические проявления Болезни Крона:

- 1) Регионарное, прерывистое поражение.
- 2) Стриктуры.
- 3) «Булыжная мостовая» - мозаичная картина с мелкими дефектами наполнения за счет отека и линейных язв.
- 4) Свищи.
- 5) Межкишечные абсцессы.
- 6) Ригидность пораженных петель кишечника.
- 7) «Симптом струны» (резкое сужение просвета конечного отдела подвздошной кишки).





БОЛЕЗНЬ  
КРОНА

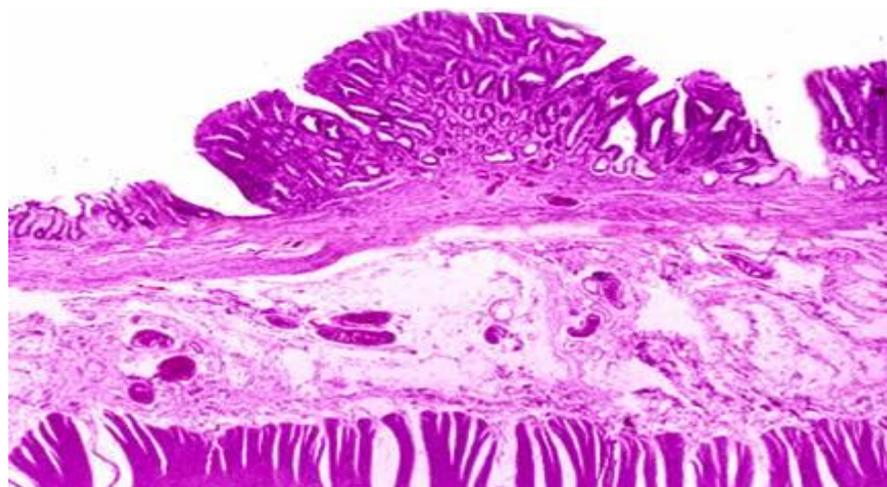
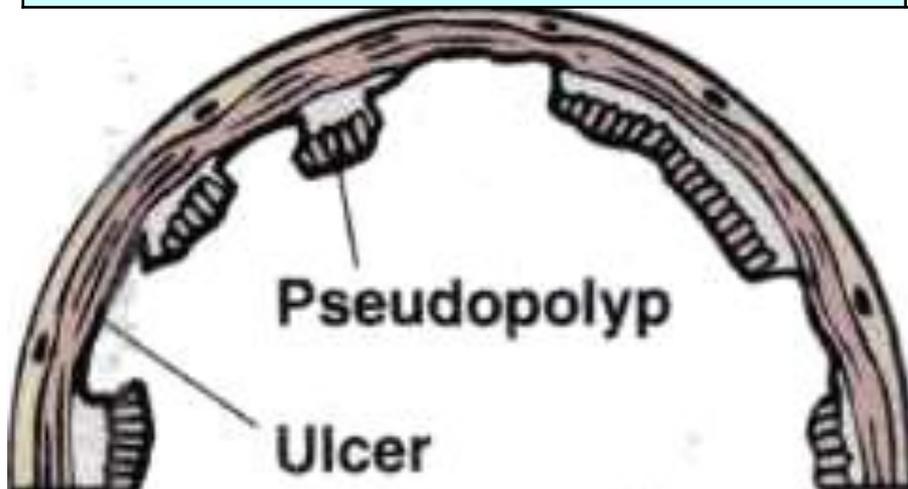


ЯЗВЕННЫЙ  
КОЛИТ



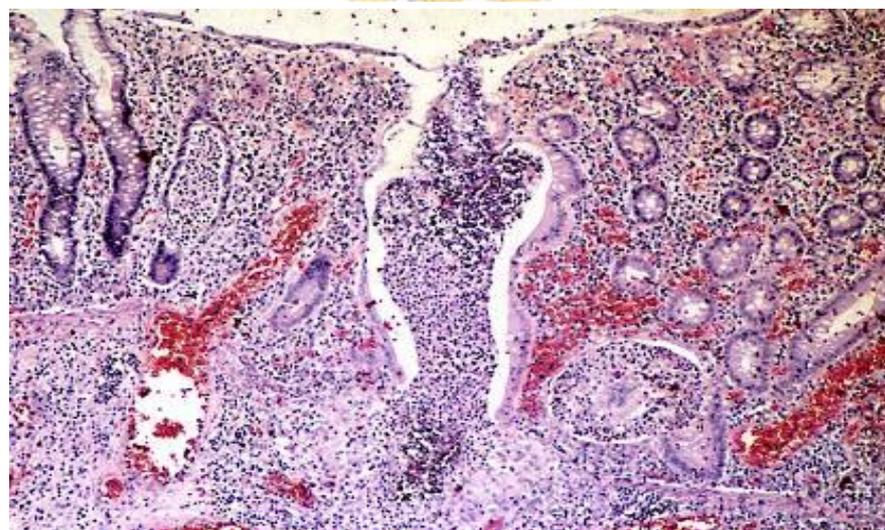
## НЯК

Обширные, плоские язвы,  
разделенные псевдополипами



## Болезнь Крона

Щелевидные, продольные и  
поперечные, слизистая в виде  
"булыжной мостовой"



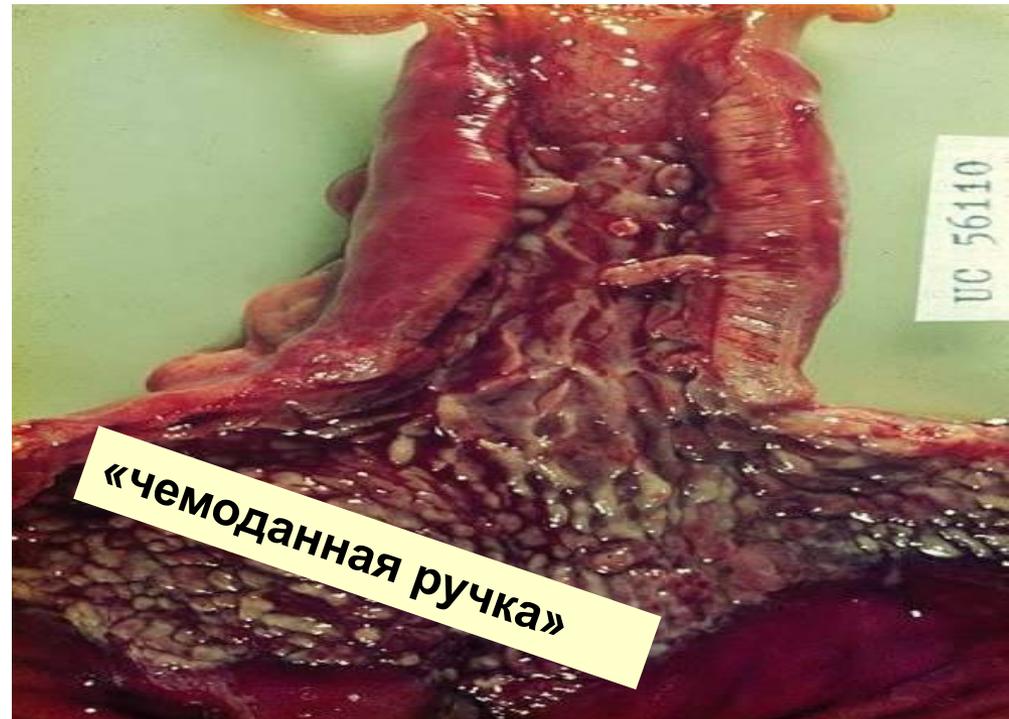
## НЯК

Воспалительные полипы часто



## Болезнь Крона

Воспалительные полипы редко



Сероза не изменена

Анальные изменения редко, в основном острые фиссуры.

Локальный перитонит, спайки

Множественные изъязвления, анальной зоны, часто хронические фиссуры (75%)

**АФТЫ**

**СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ**

**АНЕМИЯ, УВЕИТ, ЛИХОРАДКА, ПОТЛИВОСТЬ, ЖЕЛТУХА**

**БОЛЬ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ**

**БОЛЬ В ЖИВОТЕ**

**АРТРАЛГИИ**

**ПОТЕРЯ ВЕСА**

**УЗЛОВАЯ ЭРИТЕМА**

**ДИАРЕЯ, С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ, СЛИЗИ**

**ВИД БОЛЬНОГО**

# Ulcerative colitis and Crohn's disease

**РОТОВАЯ ПОЛОСТЬ:**  
СТОМАТИТЫ, АФТОЗНЫЕ ЯЗВЫ

**ГЛАЗА:**  
ЭПИСКЛЕРОЗ, УВЕИТ

**СТРЕАТОЗ ПЕЧЕНИ**

**ЖКБ, СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ**

**ПОЧКИ:**  
КАМНИ  
НЕФРОЛИТИАЗ  
ГИДРОНЕФРОЗ  
ФИСТУЛЫ  
ИНФЕКЦИИ  
МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

**СУСТАВЫ:**  
СПОНДИЛИТЫ  
САКРОИЛЕИТЫ, АРТРИТЫ

**КОЖА:**  
УЗЛОВАЯ ЭРИТЕМА  
ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ

**ФЛЕБИТЫ**