

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Челябинск
2023

МИНЗДРАВ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России)

Кафедра госпитальной терапии

А. И. Долгушина, А. А. Саенко, А. С. Кузнецова, Н. В. Смагина, Г. М. Хусаинова

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано ученым советом ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
в качестве учебно-методического пособия для студентов образовательных организаций
высшего образования, обучающихся по специальностям 31.05.01 Лечебное дело,
31.05.02 Педиатрия

Челябинск

2023

УДК 616.3-079(075.8)
ББК 54.132я7
Д50

Рецензенты:

Ж. Г. Симонова, зав. кафедрой госпитальной терапии
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, д-р мед. наук, доцент;
О. В. Хлынова, зав. кафедрой госпитальной терапии и кардиологии
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России,
профессор, д-р мед. наук, член-корреспондент РАН;
И. И. Шапошник, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, профессор, д-р мед. наук

Авторы:

А. И. Долгушина, зав. кафедрой госпитальной терапии
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, д-р мед. наук, доцент;
А. А. Саенко, ассистент кафедры госпитальной терапии
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России;
А. С. Кузнецова, доцент кафедры госпитальной терапии
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, канд. мед. наук;
Н. В. Смагина, доцент кафедры госпитальной терапии
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, канд. мед. наук, доцент;
Г. М. Хусаинова, ассистент кафедры госпитальной терапии
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Д50

Дифференциальный диагноз в гастроэнтерологии : учебно-методическое пособие / А. И. Долгушина, А. А. Саенко, А. С. Кузнецова, Н. В. Смагина, Г. М. Хусаинова. – Челябинск : Издательский центр «Титул», 2023. – 152 с. : ил.

ISBN 978-5-6050048-2-0

Учебно-методическое пособие предназначено для аудиторных занятий и самостоятельной работы по дисциплине «Госпитальная терапия». В удобной и наглядной форме представлены варианты и алгоритмы поэтапного диагностического поиска при основных синдромах и симптомах при патологии органов пищеварения. Пособие составлено в соответствии с рабочей программой дисциплины «Госпитальная терапия», разработанной с учетом требований федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования: по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.02.2016 № 95; по направлению подготовки 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.08.2015 № 853.

Научная специальность — 3.1.18. Внутренние болезни.

УДК 616.3-079(075.8)
ББК 54.132я7

Учебно-методическому пособию присвоен гриф ученого совета ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России (протокол № 17 от 22.06.2023).

ISBN 978-5-6050048-2-0

© Долгушина А. И., Саенко А. А.,
Кузнецова А. С., Смагина Н. В.,
Хусаинова Г. М., 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ (АБДОМИНАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ)	7
1.1. Абдоминальная боль: определение, типы	7
1.2. Дифференциальный диагноз при абдоминальной боли (абдоминальном болевом синдроме)	7
Тестовые задания для самоконтроля к главе 1	21
2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	22
2.1. Дифференциальный диагноз при заболеваниях пищевода	22
2.1.1. Клинические симптомы при патологии пищевода	22
2.1.2. Дифференциальный диагноз изжоги	23
2.1.3. Дифференциальный диагноз дисфагии	27
2.2. Дифференциальный диагноз при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки	34
2.2.1. Клинические симптомы и синдромы при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки	34
2.2.2. Дифференциальный диагноз при синдроме желудочной диспепсии	34
2.2.3. Диагностика хронического гастрита	38
2.2.4. Дифференциальный диагноз при наличии дефекта(ов) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки по данным эзофагогастродуоденоскопии	40
2.3. Дифференциальный диагноз других симптомов при поражении пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	44
2.3.1. Дифференциальный диагноз при отрыжке	44
2.3.2. Дифференциальный диагноз при синдроме тошноты и рвоты	45
2.3.3. Дифференциальный диагноз при икоте	47
Тестовые задания для самоконтроля к главе 2	49
3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ	50
3.1. Основные клинические симптомы и синдромы при заболеваниях кишечника	50
3.2. Дифференциальный диагноз при диарее	51
3.3. Дифференциальный диагноз воспалительных заболеваний кишечника	68
3.4. Дифференциальный диагноз при запоре	73
3.5. Дифференциальный диагноз при вздутии живота (синдром метеоризма)	74
Тестовые задания для самоконтроля к главе 3	76
4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЬАБСОРБЦИИ	77
4.1. Мальабсорбция: ключевые понятия	77
4.2. Дифференциальный диагноз мальабсорбции	78
Тестовые задания для самоконтроля к главе 4	83

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ.....	84
5.1. Основные синдромы при заболеваниях печени	85
5.2. Дифференциальный диагноз синдрома желтухи	88
5.3. Дифференциальный диагноз цитолитического синдрома (синдрома цитолиза)	93
5.4. Дифференциальный диагноз синдрома холестаза	102
5.5. Дифференциальный диагноз синдрома печеночной недостаточности (гепатодепрессии)	109
5.5.1. Острая печеночная недостаточность	110
5.5.2. Хроническая печеночная недостаточность.....	110
5.6. Дифференциальный диагноз синдрома гепатомегалии	111
5.7. Дифференциальный диагноз синдрома портальной гипертензии	112
5.8. Дифференциальный диагноз при очаговых образованиях печени.....	117
Тестовые задания для самоконтроля к главе 5.....	121
6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА	122
6.1. Дифференциальный диагноз билиарной боли	122
Тестовые задания для самоконтроля к главе 6.....	127
7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	128
7.1. Диагностика хронического панкреатита	128
7.2. Дифференциальный диагноз внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы	135
7.3. Дифференциальный диагноз гиперамилаземии	137
Тестовые задания для самоконтроля к главе 7.....	138
8. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....	139
Тестовые задания для самоконтроля к главе 8.....	146
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ	147
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	148

ПРЕДИСЛОВИЕ

Дифференциальный диагноз при заболеваниях внутренних органов традиционно осуществляется на основании выделения наиболее характерных синдромов — совокупности симптомов с общей этиологией и единым патогенезом. Однако в ряде случаев первым проявлением патологии может быть единственный клинический симптом, отклонение в результатах лабораторных и/или инструментальных исследований. Задачей врача является своевременное обнаружение и правильная интерпретация начальных признаков заболевания, что и является основой дифференциального диагноза. В учебно-методическом пособии приведены варианты поэтапного диагностического поиска при основных синдромах и симптомах при патологии органов пищеварения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД — артериальное давление	НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени
АКТГ — адренокортикотропный гормон	НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты
АЛТ — аланинаминотрансфераза	НЭРБ — неэрозивная рефлюксная болезнь
АМА — антимиохондриальные антитела	ОАК — общий анализ крови
АНФ — антинуклеарный фактор	ОБП — органы брюшной полости
АСТ — аспартатаминотрансфераза	ОЖСС — общая железосвязывающая способность сыворотки
БК — болезнь Крона	ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения
ВЗК — воспалительные заболевания кишечника	ПТИ — протромбиновый индекс
ВИП — вазоактивный интестинальный пептид	ПЩР — полимеразная цепная реакция
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека	СИБР — синдром избыточного бактериального роста
ВРВ — варикозное расширение вен	СОЭ — скорость оседания эритроцитов
ВРВП — варикозное расширение вен пищевода	СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита
ГБ — гипертоническая болезнь	СРБ — С-реактивный белок
ГБУЗ ЧОКБ — государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница»	СРК — синдром раздраженного кишечника
ГГТ — гамма-глутамилтрансфераза	ТТГ — тиреотропный гормон
ГКС — глюкокортикостероиды	УЗДГ — ультразвуковая доплерография
ГПОД — грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	УЗИ — ультразвуковое исследование
ГЦА — гепатоцеллюлярная аденома	ФНГ — фокальная нодулярная гиперплазия
ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	ХВГС — хронический вирусный гепатит С
ДПК — двенадцатиперстная кишка	ЦМВ — цитомегаловирус
ЖКБ — желчнокаменная болезнь	ЦНС — центральная нервная система
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт	ЧП-ЭхоКГ — чреспищеводная эхокардиография
ЗНО — злокачественное новообразование	ЩФ — щелочная фосфатаза
ИБС — ишемическая болезнь сердца	ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия
ИМТ — индекс массы тела	ЭКГ — электрокардиография (электрокардиограмма)
ИПП — ингибиторы протонной помпы	ЭНПЖ — экзокринная недостаточность поджелудочной железы
КРР — колоректальный рак	ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
КТ — компьютерная томография	ЭхоКГ — эхокардиография
КУ — контрастное усиление	ЯБДПК — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
КФК — креатинфосфокиназа	ЯБЖ — язвенная болезнь желудка
ЛДГ — лактатдегидрогеназа	ЯК — язвенный колит
ЛПП — лекарственные повреждения печени	АЕТ — acid exposure time (время закисления пищевода)
МНО — международное нормализованное отношение	
МРТ — магнитно-резонансная томография	
МРХПГ — магнитно-резонансная холангиопанкреатография	
МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография	

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ (АБДОМИНАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ)

Key points

- В первую очередь определитесь с продолжительностью боли: при острой боли исключите ситуации, требующие неотложной помощи. При длительности боли более 2–7 суток уменьшается вероятность ургентной ситуации.
- Если вы исключили ургентную ситуацию или боль длится более трех месяцев, определите ее локализацию и приступайте к дифференциальному диагнозу.
- При отсутствии органической патологии помните о критериях функциональных расстройств ЖКТ (*это одна из самых частых причин абдоминальной боли!*)
- Уточняйте сопутствующие абдоминальной боли симптомы, чтобы не пропустить патологию других органов и передней брюшной стенки.
- В клинических ситуациях, не соответствующих критериям органических и функциональных заболеваний ЖКТ, необходимо вспомнить о редких болезнях и центрально-опосредованной абдоминальной боли.

1.1. Абдоминальная боль: определение, типы

Абдоминальная боль — один из наиболее частых симптомов при патологии органов пищеварительной системы. Правомочность термина «абдоминальный болевой синдром» является предметом дискуссий, поскольку, по сути, он состоит из одного симптома.

По *механизму развития* выделяют 4 типа абдоминальной боли:

1. Висцеральная — связана с растяжением, нарушением кровоснабжения и повышением давления во внутренних органах.

2. Париетальная — возникает из-за вовлечения в патологический процесс брюшины.

3. Иррадиирующая — отражение болевых ощущений при интенсивном висцеральном импульсе в области проекции других органов, иннервируемых тем же сегментом спинного мозга, что и вовлеченный орган.

4. Психогенная — возникает при отсутствии соматических причин, связана с дефектом ингибирующих факторов, усилением нормальных входящих афферентных сигналов, снижением синтеза биологически активных субстанций.

В зависимости от продолжительности абдоминальной боли выделяют: острую (от нескольких часов до нескольких суток, как правило, 48 часов) и хроническую (3 месяца и более) абдоминальную боль.

Широко используемый термин «колика» является одним из вариантов течения острой абдоминальной боли, связанной с преходящим спазмом и растяжением полого органа вследствие патологического процесса органов ЖКТ (желчная, кишечная) или мочевыделительной системы (почечная).

1.2. Дифференциальный диагноз при абдоминальной боли (абдоминальном болевом синдроме)

I этап дифференциального диагноза абдоминальной боли — определение ее продолжительности и исключение причин, требующих экстренной помощи, в случае острой абдоми-

нальной боли (табл. 1). К ним относятся как ситуации, получившие название «острый живот» — собирательное понятие, объединяющее различные заболевания органов брюшной полости, угрожающие жизни; так и тяжелые поражения других органов, сопровождающиеся абдоминальной болью.

Таблица 1 — Причины острой абдоминальной боли

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Патология органов брюшной полости	
<p>Острый холецистит (калькулезный, бескаменный, паразитарный)</p>	<p>1. Клинические проявления. <i>Жалобы:</i> - схваткообразная или постоянная боль, которая локализуется в правом подреберье и эпигастрии, иррадирует в межлопаточную область, правую лопатку или плечо; - возможны рвота, вздутие живота и одышка вследствие вынужденного ограничения глубины вдоха, лихорадка; - при обструкции желчевыводящих путей — механическая желтуха, потемнение мочи, ахолия кала, кожный зуд. <i>Физикальное обследование:</i> - при пальпации живота локальное мышечное напряжение в правом подреберье, возможно — увеличенный и болезненный желчный пузырь; - положительные физикальные (пузырные) симптомы: Мерфи, Боаса, Ортнера — Грекова, Мюсси — Георгиевского, Кера, Щёткина — Блюмберга.</p> <p>2. Анамнестические данные: приступы желчной колики после употребления жирной пищи, голодания.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: - лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение уровня СРБ; - при механической желтухе — повышение уровня общего билирубина за счет прямой фракции, ахолия кала, повышение уровня ЩФ, возможен цитолитический синдром.</p> <p>4. Инструментальная диагностика: - УЗ-признаки: увеличение размеров желчного пузыря; утолщение стенки более 3 мм с признаками ее отека и нарушением эхоструктуры; наличие блокирующего конкремента в шейке желчного пузыря в случае калькулезного холецистита; наличие перивезикального жидкостного скопления, положительный УЗИ-симптом Мерфи; - КТ с КУ, МРТ, эндоУЗИ при нетипичной клинической картине или наличии осложнений.</p> <p><i>Примечание: используется шкала оценки вероятности наличия острого холецистита и его тяжести, представленная в Токийских рекомендациях</i></p>
<p>Острый аппендицит</p>	<p>1. Клинические проявления. <i>Жалобы:</i> - боль без четкой локализации (чаще в околопупочной или эпигастральной областях), которая в течение нескольких часов смещается в правый нижний квадрант живота (симптом Кохера — Волковича,</p>

Продолжение таблицы 1

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>Кюммеля), при атипичной локализации аппендикса — возможно в правое подреберье, гипогастрий;</p> <p>- анорексия, тошнота, однократная рвота, повышение температуры.</p> <p><i>Физикальное обследование:</i></p> <p>- вынужденное положение на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями (поза эмбриона), отставание в акте дыхания брюшной стенки;</p> <p>- положительные физикальные симптомы: Мак-Берни (Мак-Бернея), Щёткина — Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга, псоас-синдром.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение уровня СРБ.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <p>- визуализация (УЗИ, МРТ, метод выбора — КТ) на основе предварительной оценки вероятности (шкала Альворадо, шкала AIRS, шкала RIPASA и шкала AAS);</p> <p>- диагностическая лапароскопия</p>
Острый панкреатит	<p>1. Клинические проявления.</p> <p><i>Жалобы:</i></p> <p>- опоясывающие боли в эпигастрии, правом и левом подреберьях, с иррадиацией в спину, интенсивные, стойкие, не купируются при приеме спазмолитиков и анальгетиков;</p> <p>- возможны тошнота, рвота, вздутие живота, лихорадка.</p> <p><i>Физикальное обследование:</i></p> <p>- положительные физикальные симптомы: Гейнеке, Мейо-Робсона, Чухриенко, Кёрте, Френкеля, Лагерлефа, Мондора, Грея Тернера, Куллена.</p> <p>2. Анамнестические данные: характерны пищевая нагрузка, прием алкоголя, наличие ЖКБ.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение уровня СРБ, амилазы и липазы крови, диастазы (амилазы) мочи в три раза и более, прокальцитонина (при гнойно-септических осложнениях).</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <p>- УЗ-признаки: увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости;</p> <p>- КТ или МРТ (в 72–96 часов от начала заболевания);</p> <p>- диагностическая лапароскопия</p>
Острая кишечная непроходимость	<p>1. Клинические проявления.</p> <p><i>Жалобы:</i></p> <p>- интенсивная схваткообразная боль, со временем становится постоянной и может стихать («период мнимого благополучия»);</p> <p>- многократная рвота, не приносящая облегчения, которая может иметь застойный, каловый характер (может отсутствовать при «низкой» кишечной непроходимости);</p>

Продолжение таблицы 1

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>- задержка отхождения газов и стула;</p> <p>- «низкая» кишечная непроходимость может сопровождаться поносами, пустой ампулой прямой кишки (симптом Грекова, или симптом Обуховской больницы).</p> <p><i>Физикальное обследование:</i></p> <p>- при осмотре живот вздут, асимметричен, выслушивается «шум падающей капли», перистальтика в начале заболевания может быть усилена, позднее — ослаблена;</p> <p>- положительные физикальные симптомы: Мондора, «гробовой тишины», Спасокукоцкого, Склярова.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: электролитные нарушения, гипопротеинемия, возможен лейкоцитоз, ацидоз.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <p>- обзорная рентгенография органов брюшной полости стоя или в латеропозиции (чаши Клойбера);</p> <p>- рентгенография тонкой кишки с контрастированием (энтерография) с последующим динамическим рентгенологическим контролем каждые 6 часов с целью оценки пассажа контрастного вещества;</p> <p>- визуализация с целью исключения других причин абдоминальной боли (УЗИ и КТ органов брюшной полости);</p> <p>- диагностическая лапароскопия</p>
<p>Прободная язва желудка (перфорация полого органа)</p>	<p>1. Клинические проявления.</p> <p><i>Жалобы:</i></p> <p>- острая интенсивная «кинжальная боль» в эпигастральной области, с иррадиацией в правое плечо, надключичную область и правую лопатку.</p> <p><i>Физикальное обследование:</i></p> <p>- «доскообразный живот», положительные физикальные симптомы: Щёткина — Блюмберга, Чугаева, Жобера, Бейли, Бруннера, Квервена, Кулленкампа.</p> <p>2. Инструментальная диагностика:</p> <p>- обзорная рентгенография органов брюшной полости (газ в виде серповидной прослойки между диафрагмой и печенью);</p> <p>- при отрицательном результате обзорной рентгенографии — пероральное (или через назогастральный зонд) введение водорастворимого контрастного препарата с проведением повторного рентгенологического исследования или КТ органов брюшной полости с целью выявления затеков;</p> <p>- эзофагогастродуоденоскопия;</p> <p>- визуализация с целью исключения других причин абдоминальной боли (УЗИ и КТ органов брюшной полости)</p>
<p>Синдром Бурхаве (спонтанный разрыв пищевода)</p>	<p>1. Клинические проявления: триада Маклера (рвота, подкожная эмфизема в шейно-грудной области, сильная боль в грудной клетке), одышка, гипотония, боли в эпигастральной области.</p> <p>2. Анамнестические данные: появление симптомов после интенсивной рвоты, обильного приема пищи, алкоголя, поднятия тяжестей</p>

Продолжение таблицы 1

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лучевые методы диагностики (обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полостей, исследование пищевода с водорастворимым контрастным веществом, КТ грудной клетки); - эзофагогастродуоденоскопия
Ущемленная грыжа	<p>1. Клинические проявления.</p> <p><i>Жалобы:</i> боль в области грыжевого выпячивания, невозможность вправления грыжи, увеличение грыжевого выпячивания.</p> <p><i>Физикальное обследование:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - напряжение и болезненность при пальпации в области грыжевого выпячивания, отсутствие симптома «кашлевого толчка», присоединение клиники кишечной непроходимости, «шум плеска» при отсутствии симптомов перитонита. <p>2. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - визуализация с целью исключения других причин абдоминальной боли (УЗИ и КТ органов брюшной полости)
Острый дивертикулит	<p>1. Клинические проявления.</p> <p><i>Жалобы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - постоянная боль в левой подвздошной области, гипогастрии, повышение температуры тела; - возможны нарушения стула, гематохезия; - при осложненной форме — пальпируемый инфильтрат в брюшной полости, образование свищей. <p>2. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение уровня СРБ.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - УЗИ органов брюшной полости и кишечника; - КТ органов брюшной полости. <p><i>При подозрении на острый дивертикулит колоноскопия и ирригоскопия нецелесообразны из-за высокого риска перфорации!</i></p>
Перекрут и некроз жировых структур брюшной полости (жировых подвесок толстой кишки, прядей большого сальника)	<p>1. Клинические проявления.</p> <p><i>Жалобы:</i> постоянная боль в проекции перекрученного сальникового отростка (чаще сигмовидная кишка), возможны субфебрильная температура, тошнота.</p> <p><i>Физикальное обследование:</i> пальпаторно определяются локальная болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в проекции перекрученного сальникового отростка, иногда там же пальпируется опухолевидное образование и наблюдаются симптомы раздражения брюшины.</p> <p>2. Анамнестические данные: появление симптомов после физических нагрузок, чаще у людей с ожирением.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - визуализация с целью исключения других причин абдоминальной боли (УЗИ и КТ органов брюшной полости); - лапароскопия

Продолжение таблицы 1

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Острая мезентериальная ишемия	<p>1. Клинические проявления. <i>Жалобы:</i> внезапная интенсивная разлитая абдоминальная боль, вздутие живота, возможны рвота, диарея и гематохезия. <i>Физикальное обследование:</i> - несоответствие интенсивности боли и физикальных данных при осмотре живота (отсутствие симптомов раздражения брюшины).</p> <p>2. Анамнестические данные: - сердечно-сосудистые заболевания (фибриляция предсердий, ГБ, ИБС) и предшествующие симптомы хронической мезентериальной ишемии; - возникновение симптомов вследствие резкого падения АД на фоне шока, тяжелых оперативных вмешательств (неокклюзионная мезентериальная ишемия).</p> <p>3. Инструментальная диагностика: - КТ-ангиография; - лапароскопия</p>
Перитонит	<p>1. Клинические проявления. <i>Жалобы:</i> симптомы основного заболевания в сочетании с нарастанием абдоминальной боли, слабости, рвотой, явлениями эндогенной интоксикации. <i>Физикальное обследование:</i> «доскообразный живот», положительные физикальные симптомы Щёткина — Блюмберга, Дзельфауа, Жобера, Бейли, Раздольского, Менделя, Гефтера — Шипицына, Розанова, Воскресенского, Бернштейна, «лицо Гиппократова».</p> <p>2. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, увеличение СОЭ и уровня СРБ, прокальцитонина, электролитные нарушения.</p> <p>3. Инструментальная диагностика: - УЗИ и рентгенография органов брюшной полости</p>
Патология других органов	
Инфаркт миокарда (абдоминальный вариант)	<p>1. Клинические проявления: боль, чувство жжения, давления или тяжести, локализованные в эпигастрии, возможна иррадиация в левую руку, левое плечо, горло, нижнюю челюсть, эпигастрий; потливость, тошнота, одышка, удушье, потеря сознания продолжительностью от 20 мин до нескольких часов; боль возникает в покое, не устраняется приемом нитроглицерина.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: определение динамики уровня сердечных тропонинов I или T.</p> <p>3. Инструментальная диагностика: ЭКГ в покое в 12 стандартных отведениях, ЭхоКГ, коронароангиография</p>
Острое расслоение аневризмы аорты	<p>1. Клинические проявления: резкое (как удар кинжала) начало болей в грудной клетке, спине и животе, возможно мигрирующего характера по ходу расслоения, головокружение, повышение АД, затем гипотония, дефицит пульса.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: анемия в общем анализе крови.</p> <p>3. Инструментальная диагностика: КТ, МРТ и ЧП-ЭхоКГ</p>

Окончание таблицы 1

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Почечная колика	<p>1. Клинические проявления.</p> <p><i>Жалобы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - внезапная приступообразная боль в поясничной области и/или в под-реберьях с периодами затишья, боль заставляет пациента метаться, принимать вынужденное положение тела; - учащенное мочеиспускание, боли в уретре. <p><i>Физикальное обследование:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - учащение пульса, повышение АД; - отсутствуют напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. <p>2. Анамнестические данные: мочекаменная болезнь, подагра, аномалии развития мочевыводящих путей, стриктуры мочеточников, новообразования почек, мочеточников.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: гематурия в общем анализе мочи.</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - УЗИ почек и обзорная урография; - КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
Заболевания женской репродуктивной системы	<p>1. Клинические проявления, характерные для заболеваний женской репродуктивной системы (внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки опухоли яичника, нарушение питания фиброматозного узла, острые гнойные заболевания внутренних половых органов, синдром гиперстимуляции яичников).</p> <p>2. Гинекологическое исследование и соответствующие методы лабораторной и инструментальной диагностики</p>

При исключении urgentных ситуаций, при длительности болей более 48 часов дифференциальный диагноз проводится по алгоритмам, принятым для хронической абдоминальной боли.

II этап дифференциального диагноза абдоминальной боли. Чаще всего врач-терапевт сталкивается с дифференциальным диагнозом *хронической абдоминальной боли*, алгоритм диагностики которой можно представить в виде схемы (рис. 1).



Рисунок 1 — Алгоритм дифференциального диагноза хронической абдоминальной боли

При проведении дифференциального диагноза хронической абдоминальной боли необходимо учитывать множество факторов:

- локализацию боли;
- характер боли, ее интенсивность;
- иррадиацию;
- условия возникновения: связь с приемом пищи, дефекацией, физической нагрузкой, стрессом, сменой положения тела, приемом препаратов;
- способы купирования боли: голод или прием пищи, спазмолитиков, антисекреторных препаратов, изменение положения тела;
- наличие сопутствующих жалоб (тошнота, рвота, изжога, нарушения стула).

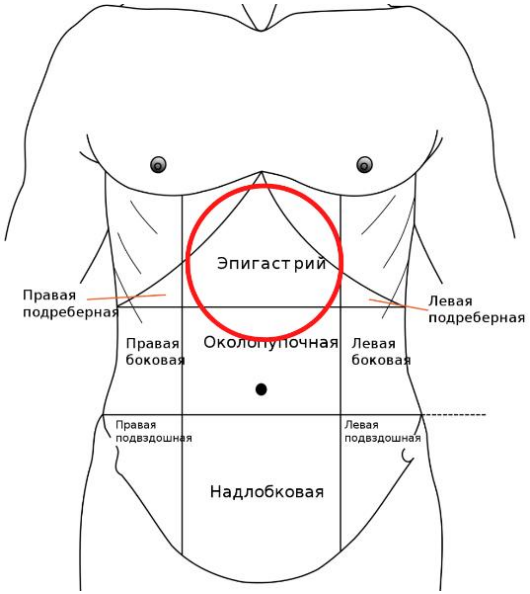
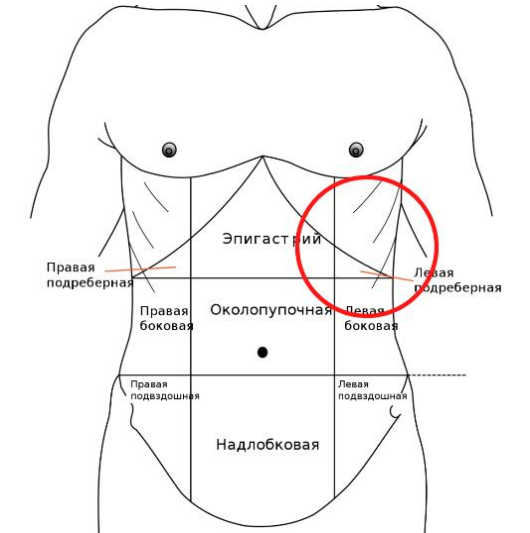
Универсальным подходом принято считать дифференциальный диагноз в зависимости от *локализации боли* с последующим учетом других характерных признаков, представленных в таблице 2.

Nota bene!
 Помните о том, что локализация боли не всегда соответствует локализации пораженного органа!

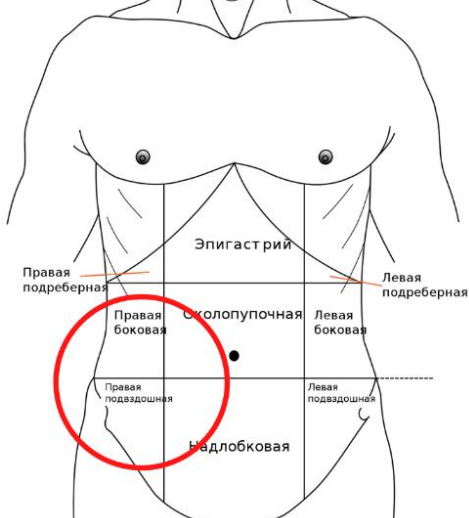
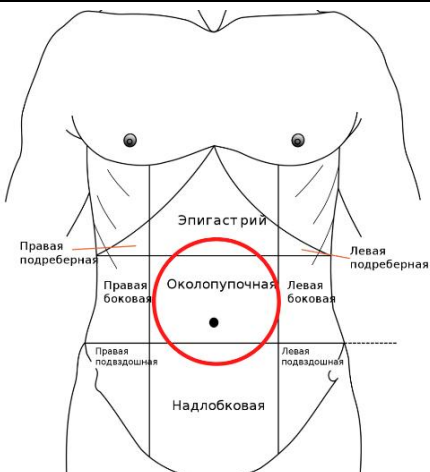
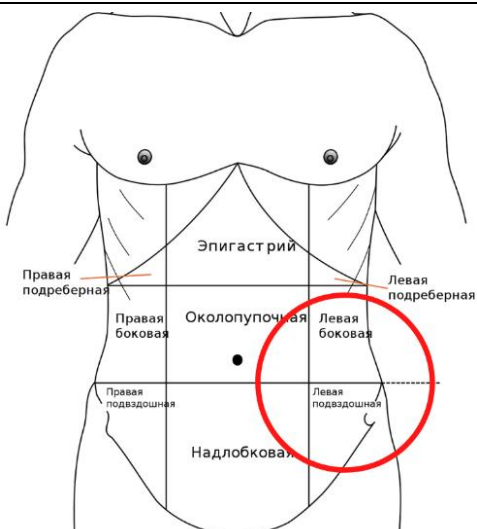
Таблица 2 — Дифференциальный диагноз хронической абдоминальной боли в зависимости от ее локализации

Локализация	Заболевания ЖКТ
Боль в правом подреберье	
	<ul style="list-style-type: none"> - Желчнокаменная болезнь, холангит, дискинезии желчевыводящих путей (дискинезия желчного пузыря, дисфункция сфинктера Одди по билиарному типу, функциональная билиарная боль), рак желчного пузыря (диагностические критерии представлены в главе 6); - хронический панкреатит, рак поджелудочной железы (диагностические критерии представлены в главе 7); - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (диагностические критерии представлены в главе 2); - болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника (диагностические критерии представлены в главе 3); - хроническая мезентериальная ишемия (диагностические критерии представлены в главе 1)

Продолжение таблицы 2

Локализация	Заболевания ЖКТ
Боль в эпигастральной области	
	<ul style="list-style-type: none"> - Функциональная диспепсия и диспепсия, ассоциированная с <i>H. pylori</i>, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рак желудка, гастропарез, синдромы оперированного желудка (диагностические критерии представлены в главе 2); - желчнокаменная болезнь, холангит, дискинезии желчевыводящих путей [дискинезия желчного пузыря, дисфункция сфинктера Одди (билиарный и панкреатический типы), функциональная билиарная боль], рак желчного пузыря (диагностические критерии представлены в главе 6); - хронический панкреатит, рак поджелудочной железы (диагностические критерии представлены в главе 7); - болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника (диагностические критерии представлены в главе 3); - хроническая мезентериальная ишемия (диагностические критерии представлены в главе 1)
Боль в левом подреберье	
	<ul style="list-style-type: none"> - Хронический панкреатит, рак поджелудочной железы (диагностические критерии представлены в главе 7); - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастропарез, рак желудка, синдромы оперированного желудка (диагностические критерии представлены в главе 2); - болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника (диагностические критерии представлены в главе 3); - хроническая мезентериальная ишемия (диагностические критерии представлены в главе 1)

Окончание таблицы 2

Локализация	Заболевания ЖКТ
<p data-bbox="215 302 1300 336" style="text-align: center;">Боль в правой фланковой и подвздошной областях (боль в правом нижнем квадранте)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Синдром раздраженного кишечника, болезнь Крона, колоректальный рак, язвенный колит (диагностические критерии представлены в главе 3); - хроническая мезентериальная ишемия (диагностические критерии представлены в главе 1)
<p data-bbox="558 907 957 940" style="text-align: center;">Боль в околопупочной области</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Целиакия, болезнь Крона, колоректальный рак, иерсиниоз, туберкулез кишечника, синдром раздраженного кишечника (диагностические критерии представлены в главе 3)
<p data-bbox="231 1456 1284 1489" style="text-align: center;">Боль в левом нижнем квадранте (боль в левой фланковой и подвздошной областях)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Колоректальный рак, иерсиниоз, туберкулез кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулярная болезнь, инфекционные колиты, лучевой колит, <i>C. difficile</i> — ассоциированный колит, синдром раздраженного кишечника (диагностические критерии представлены в главе 3); - хроническая мезентериальная ишемия (диагностические критерии представлены в главе 1)

При отсутствии признаков патологии пищеварительной системы и несоответствии критериям функциональных расстройств **III этап дифференциального диагноза абдоминальной боли** включает в себя поиск заболеваний других органов и редкие причины абдоминальной боли (рис. 2).



Рисунок 2 — Диагностический алгоритм при неуточненной причине абдоминальной боли

Спектр причин абдоминальной боли включает в себя различные заболевания других органов и систем (табл. 3).

Таблица 3 — Заболевания других органов, сопровождающиеся абдоминальной болью

Заболевания органов грудной клетки	Пневмония, плеврит, стенокардия, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии, пневмоторакс
Заболевания органов брюшинного пространства	Почечная колика, пиелонефрит, рак почки, рак надпочечников
Неврогенные заболевания	Поражения корешков и спинного мозга на грудном уровне (<i>Herpes zoster</i> , сдавление грыжей диска, опухоль корешка и др.), миофасциальные синдромы, очаговые поражения спинного мозга, мигрень
Метаболические нарушения	Кетоацидоз, надпочечниковая недостаточность, токсический зоб, терминальная почечная недостаточность
Ревматические заболевания	Системные васкулиты, системная красная волчанка
Воздействие токсинов и укусов насекомых	Отравление ядами (свинцом), укусы пауков и насекомых

Так, при болях в верхних отделах живота, связанных с глубоким дыханием и кашлем, можно заподозрить заболевания бронхолегочной системы; если боли усиливаются при физиче-

ской нагрузке (подъеме по лестнице) и стихают в покое, в дифференциальный диагноз стоит внести заболевания сердечно-сосудистой системы; заболевания опорно-двигательной системы зачастую связаны с изменением положения тела; а при болезнях нервной системы часто присутствует неврологическая симптоматика. Наиболее вероятными причинами болей в нижних отделах живота, помимо гастроэнтерологических, являются заболевания мочеполовой системы, которые могут сопровождаться дизурией и мочевым синдромом.

Патология передней брюшной стенки является одной из частых причин абдоминальной боли. К ней относятся: синдром ущемления переднего кожного нерва, синдром илеоингвинального нерва. Помимо этого, причиной как хронической, так и острой боли могут быть грыжа (эпигастральная, пупочная, спигелиевой линии, паховая, послеоперационная), повреждение/гематома мышц передней брюшной стенки, эндометриоз передней брюшной стенки, болезнь Деркума, опухоли и инфекции передней брюшной стенки.

Заподозрить патологию передней брюшной стенки как причину абдоминальной боли помогает:

1. Наличие локализованной боли в животе (область менее 2 см в диаметре), связанной с изменением положения тела.

2. Положительный симптом Карнетта (рис. 3).

3. Эффект от локальной инъекции анестетика.

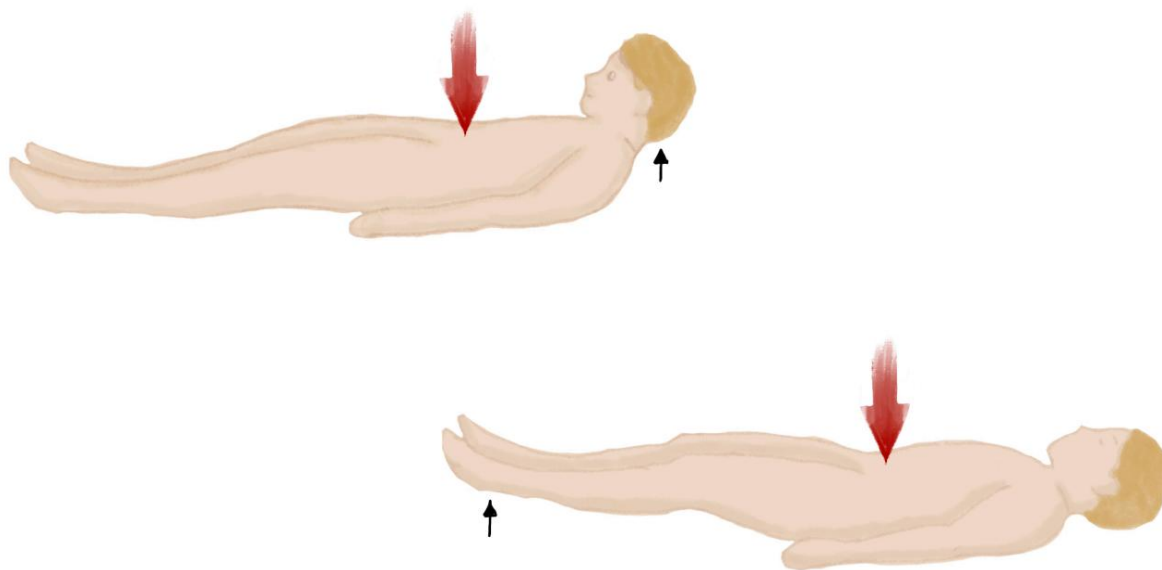


Рисунок 3 — Методика определения симптома Карнетта

Методика определения симптома Карнетта

1. Сначала определяют точку максимальной болезненности на животе.
2. Затем, оказывая давление на точку максимальной болезненности, пациента просят сократить мышцы живота двумя возможными способами:
 - привести голову к груди (или приподнять ее);
 - свести и поднять ноги вместе.

Интерпретация: тест положительный, если болезненность становится более выраженной или не изменяется. Тест отрицательный, если болезненность уменьшается.

В случае обнаружения диффузной абдоминальной боли и несоответствия критериям других заболеваний, представленных выше, в круг для дифференциального диагноза также стоит внести редкие причины абдоминальной боли, краткая характеристика которых представлена в таблице 4.

Таблица 4 — Особенности редких причин абдоминальной боли

Заболевание	Особенности
Семейная средиземноморская лихорадка (периодическая болезнь)	<ul style="list-style-type: none"> - Эпизоды лихорадки, острой боли в животе (перитонит), моноартрит (тазобедренного, коленного, голеностопного суставов), плеврит, перикардит, сыпь на голенях и стопах, мышечные проявления и поражение мочеполовой системы (критерии Тель-Хашомер); - этническая принадлежность (евреи, турки, армяне и арабы), дебют у лиц моложе 20 лет, наличие случаев семейной средиземноморской лихорадки в семейном анамнезе; - лабораторная диагностика: исследование мутаций гена <i>MEFV</i>
Хроническая мезентериальная ишемия	<ul style="list-style-type: none"> - Постпрандиальная абдоминальная боль, похудание, расстройства стула, систолический шум в проекции брюшной аорты; - инструментальная диагностика: УЗДГ, МСКТ висцеральных ветвей брюшной аорты — гемодинамически значимый стеноз одной мезентериальной артерии > 70 % или стеноз двух и более мезентериальных артерий > 50 %
Склерозирующий мезентерит (мезентериальный панникулит)	<ul style="list-style-type: none"> - Абдоминальная боль, тошнота, рвота, потеря веса, лихорадка; - в анамнезе абдоминальная хирургия, аутоиммунные заболевания, первичный склерозирующий холангит, IgG4-ассоциированная болезнь, рак (паранеопластический синдром); - инструментальная диагностика: КТ, МРТ органов брюшной полости — отграниченный участок диффузно неомогенной жировой клетчатки («гуманная брыжейка»), лимфаденопатия
Наследственный ангионевротический отек	<ul style="list-style-type: none"> - Асимметричный и болезненный отек мягких тканей (веки, губы, лицо, язык), тошнота, рвота, абдоминальная боль, отек гортани; характерно отсутствие зуда, гиперемии кожи, крапивницы; - наследственный анамнез, отсутствие эффекта от лечения системными глюкокортикостероидами и антигистаминными средствами, связь отеков с механическим воздействием (травмой, инвазивными манипуляциями и др.), физическим и эмоциональным напряжением, острыми респираторными заболеваниями; дебют заболевания в детском/молодом возрасте; - лабораторная диагностика: концентрация ингибитора C1-эстеразы, генетическое тестирование
Острая перемежающаяся порфирия	<ul style="list-style-type: none"> - Поведенческие расстройства, галлюцинации, тахикардия, абдоминальный болевой синдром, красный или бурый цвет мочи, запоры, тетрапарез/тетраплегия, тошнота, рвота, боли в ногах, руках, пояснице, грудной клетке; - лабораторная диагностика: гипонатриемия, анализ мочи на порфиблиноген

Окончание таблицы 4

Заболевание	Особенности
Системный мастоцитоз	- Симптомы активации тучных клеток (приливы, тахикардия, мышечно-скелетные боли, гипотензия, боли в животе, гиперемия кожи, зуд, диарея, анафилактические реакции на продукты питания, укусы насекомых, некоторые лекарства); - лабораторная диагностика: генетическое тестирование; - инструментальная диагностика: биопсия кожи, костного мозга
Синдром Элерса — Данлоса	- Гиперупругость кожи, гипермобильность суставов, хрупкость тканей
Эндометриоз	- Диспареуния, дисхезия, диарея во время менструации
Наркотический кишечный синдром	- Усиление абдоминальной боли при увеличении дозировки опиоидов

В случае несоответствия абдоминальной боли диагностическим критериям вышеперечисленных заболеваний выставляется диагноз **центрально-опосредованная абдоминальная боль**.

Диагноз *центрально-опосредованная абдоминальная боль* устанавливается при условии соответствия всем нижеперечисленным критериям в течение последних трех месяцев при общей продолжительности симптомов не менее чем шесть месяцев до постановки диагноза:

1. Постоянная или почти непрерывная боль в животе.
2. Связь боли с физиологическими событиями (например, приемом пищи, дефекацией или менструацией) отсутствует или встречается только изредка.
3. Боль ограничивает некоторые аспекты повседневной деятельности (работа, интимная жизнь, семейная жизнь и уход за собой).
4. Боль не притворная.
5. Боль не объясняется другим структурным или функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта или другим заболеванием.

Тестовые задания для самоконтроля к главе 1

Выберите один правильный ответ.

1. ВЫБЕРИТЕ УТВЕРЖДЕНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕ ПАРИЕТАЛЬНЫЙ ТИП АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

- 1) боль связана с растяжением, нарушением кровоснабжения и повышением давления во внутренних органах
- 2) возникает в результате отражения болевых ощущений при интенсивном висцеральном импульсе в области проекции других органов, иннервируемых тем же сегментом спинного мозга, что и вовлеченный орган
- 3) боль возникает при отсутствии соматических причин, связана с дефектом ингибирующих факторов, усилением нормальных входящих афферентных сигналов, снижением синтеза биологически активных субстанций
- 4) боль возникает из-за вовлечения в патологический процесс брюшины

2. ХРОНИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ

- 1) от нескольких суток до шести месяцев
- 2) от нескольких часов до нескольких суток
- 3) шесть месяцев и более
- 4) три месяца и более

3. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ КАРНЕТТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) при функциональной диспепсии
- 2) при патологии передней брюшной стенки
- 3) при семейной средиземноморской лихорадке
- 4) при хронической мезентериальной ишемии

4. НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА СИНДРОМА АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

- 1) уточняют локализацию абдоминальной боли
- 2) исключают органические причины хронической абдоминальной боли
- 3) исключают острую абдоминальную боль и причины, требующие экстренной помощи
- 4) рассматривают вероятность присутствия у пациента функциональных расстройств

5. К РЕДКОЙ ПРИЧИНЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ ОТНОСЯТ

- 1) функциональную диспепсию
- 2) семейную средиземноморскую лихорадку
- 3) дисфункцию сфинктера Одди по билиарному типу
- 4) язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

6. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ЦЕНТРАЛЬНО-ОПОСРЕДОВАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

- 1) диагноз устанавливается при условии общей продолжительности симптомов более двух лет
- 2) боль не связана с физиологическими событиями (приемом пищи, дефекацией или менструацией)
- 3) боль ограничивает повседневную деятельность (работа, интимная жизнь, семейная жизнь и уход за собой)
- 4) боль не объясняется другим структурным или функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта или другим заболеванием

2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

2.1. Дифференциальный диагноз при заболеваниях пищевода

Key points

- Изжога — наиболее частый симптом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, однако она может быть проявлением гиперсенситивного пищевода, функциональной изжоги или других заболеваний.
- Эзофагогастродуоденоскопия необходима для дифференциального диагноза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с эзофагитами другой этиологии (инфекционный, лекарственный и др.). Стоит помнить, что достоверными эндоскопическими признаками гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются только эрозивный рефлюкс-эзофагит стадии C и D по Лос-Анджелесской классификации, длинный сегмент пищевода Баррета и пептические стриктуры пищевода.
- Основным методом диагностики патологических гастроэзофагеальных рефлюксов является внутрипищеводная суточная рН-импедансометрия. (Эндоскопическое заключение «недостаточность кардиального жома» или признаки гастроэзофагеального рефлюкса по данным рентгеноскопии пищевода не подтверждают диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь»!)
- В первую очередь при дифференциальном диагнозе дисфагии необходимо определить ее уровень: ротоглоточная или пищеводная.
- Дифференциальный диагноз при пищеводной дисфагии включает в себя проведение рентгеноскопии пищевода, ЭГДС и (при подозрении на нейромышечные заболевания) манометрии пищевода.

2.1.1. Клинические симптомы при патологии пищевода

Основные клинические симптомы при заболеваниях пищевода нередко объединяют под термином «пищеводная диспепсия», однако этот термин не является общепризнанным и в современной литературе чаще проводят дифференциальный диагноз по преобладающему симптому поражения пищевода (табл. 5).

Таблица 5 — Симптомы при заболеваниях пищевода

Симптом	Определение
Изжога	Ощущение жжения за грудиной, распространяющееся вверх, вплоть до шеи
Регургитация	Срыгивание только что съеденной пищей или слюзы. Возможна пассивная регургитация вне приема пищи, обычно при наклонах и в горизонтальном положении
Пищеводная рвота	Рвота сразу после еды непереваренной пищей, возможна без предшествующей тошноты
Тошнота	Неприятное, тягостное ощущение приближения рвоты, сопровождающееся различными вегетативными расстройствами

Окончание таблицы 5

Симптом	Определение
Отрыжка и руминация	Непроизвольное выделение в полость рта газов (отрыжка) или небольшого количества пищи с последующим пережевыванием пищи (руминация или срыгивание)
Дисфагия	Ощущение препятствия нормальному прохождению проглатываемой пищи
Некардиальные боли в грудной клетке	Боли по ходу пищевода с или без связи с едой
Одинофагия	Боль в грудной клетке, возникает при прохождении пищи по пищеводу
Икота	Непроизвольное клоническое сокращение диафрагмы, ведущее к внезапному всасыванию воздуха в дыхательные пути, сопровождающееся сокращением голосовых связок
«Комок в горле» (globus pharyngeus) *	Ощущение инородного тела или сужения на уровне глотки
Галитоз *	Неприятный запах изо рта
Примечание: * — в большинстве случаев не связаны с патологией пищевода.	

Наиболее важным в клинической практике является дифференциальный диагноз при *изжоге и дисфагии*.

2.1.2. Дифференциальный диагноз изжоги

I этап дифференциального диагноза: необходимо убедиться, что жалобы пациента связаны именно с изжогой. Это подразумевает исключение других симптомов, которые пациент может расценить как изжогу. К ним относят стенокардию, мышечно-скелетные боли, боли при поражении плевры. Прежде всего необходимо различать синдром стенокардии и изжогу (табл. 6).

Таблица 6 — Дифференциальный диагноз изжоги и стенокардии

Признак	Изжога	Стенокардия
Характеристика	Ощущение жжения за грудной, распространяющееся вверх, вплоть до шеи	Боль (или дискомфорт) в области грудины, с иррадиацией в левую руку, спину, нижнюю челюсть, эпигастральную область
Триггеры	Связь с приемом пищи	Связь с физической нагрузкой, психоэмоциональным стрессом
Длительность	Различная	Длительностью от 2 до 5 (менее 20) мин
Прием нитратов	Без эффекта	Есть положительный эффект через 1–3 мин после приема нитроглицерина
Прием ИПП или антацидов	Есть положительный эффект	Без эффекта
Методы дообследования	ЭГДС 24-часовая рН-импедансометрия	ЭКГ, нагрузочная ЭКГ, стресс-ЭхоКГ, перфузионная двухмерная сцинтиграфия миокарда

II этап дифференциального диагноза — установление причины изжоги. Изжога может быть ведущим симптомом при патологии пищевода и входит в симптомокомплекс при заболеваниях других органов пищеварения (табл. 7). Изжога является ведущим симптомом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). При этом заболевании нарушение моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны приводит к регулярно повторяющимся рефлюксам в пищевод содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки. В ряде случаев это сопровождается внепищеводными проявлениями и изменениями слизистой оболочки пищевода при ЭГДС. В настоящее время достоверными эндоскопическими признаками ГЭРБ являются только эрозивный рефлюкс-эзофагит стадии С и D по Лос-Анджелесской классификации, длинный сегмент пищевода Баррета и пептические стриктуры пищевода.

Таблица 7 — Диагностические критерии и характеристика заболеваний, сопровождающихся изжогой

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Заболевания пищевода, являющиеся наиболее частыми причинами изжоги	
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	<p>1. Клинические проявления:</p> <ul style="list-style-type: none"> - изжога (ведущий симптом), отрыжка, возможна регургитация; - дисфагия, одиофагия, некардиальная боль в грудной клетке (при осложнениях ГЭРБ); - внепищеводные проявления: хронический кашель, хронический ларингит, бронхиальная астма и эрозии эмали зубов. <p>2. Анамнестические данные: уменьшение симптоматики после приема антацидов, антисекреторных лекарственных препаратов (ингибиторов протонной помпы).</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС — эрозивный рефлюкс-эзофагит стадии С и D по Лос-Анджелесской классификации (рис. 4), длинный сегмент пищевода Баррета (рис. 5) и пептические стриктуры пищевода; - суточная рН-импедансометрия: количество рефлюксов более 80, время закисления пищевода (АЕТ) > 6%, патологическое количество слабокислых и/или слабощелочных рефлюксов; - рентгеноскопия пищевода проводится для подтверждения наличия грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
Функциональная изжога	<p>1. Клинические проявления: изжога (ведущий симптом).</p> <p>2. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - суточная рН-импедансометрия — количество рефлюксов менее 40, АЕТ < 4%, нет связи между изжогой и рефлюксом [индекс симптома (SI) < 50%, вероятность ассоциации симптома (изжоги) с рефлюксом (SAP) < 95%]
Гиперчувствительность пищевода к рефлюксу (гиперсенситивный пищевод, гиперчувствительность пищевода)	<p>1. Клинические проявления: изжога (ведущий симптом).</p> <p>2. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - суточная рН-импедансометрия — количество рефлюксов менее 40, АЕТ < 4%, обнаружение связи между изжогой и рефлюксом (SI) ≤ 50%, вероятность ассоциации симптома (изжоги) с рефлюксом (SAP) ≥ 95%
Редкие причины изжоги	Инфекционный эзофагит (кандидозный, герпетический, цитомегаловирусный, туберкулезный), эозинофильный эзофагит, нарушения

Окончание таблицы 7

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	моторики пищевода, поражение пищевода при системной склеродермии, злокачественные новообразования пищевода и желудка (диагностические критерии представлены в разделе 2.1.3)
Другие заболевания органов пищеварения (изжога не является ведущим симптомом, заболевания могут сочетаться с ГЭРБ)	- Язвенная болезнь желудка и ДПК (диагностические критерии представлены в разделе 2.2); - дискинезии желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь (диагностические критерии представлены в главе 6); - хронический панкреатит (диагностические критерии представлены в главе 7)

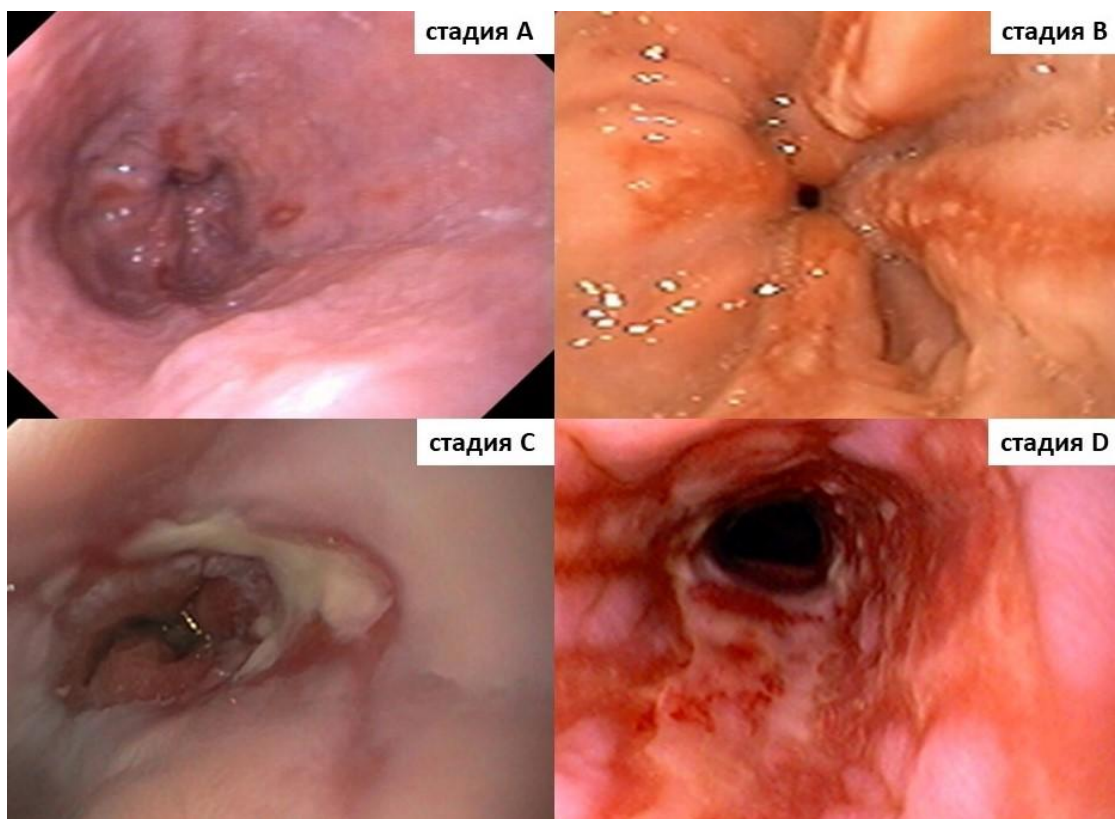
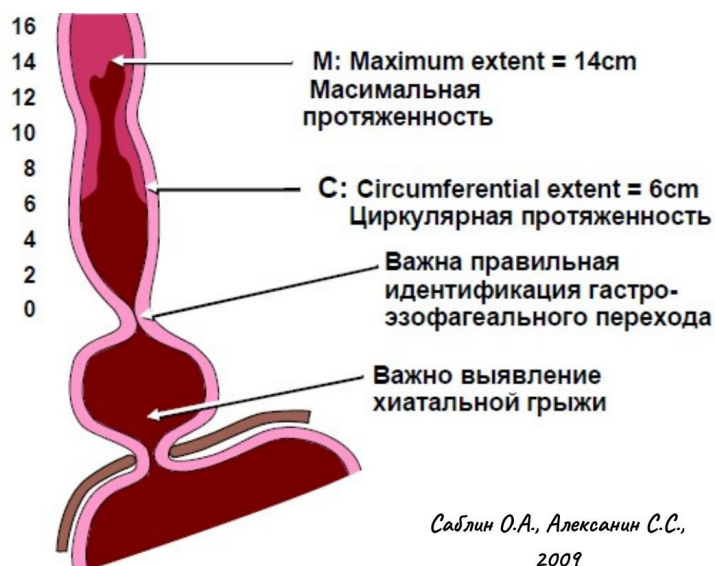


Рисунок 4 — Стадии эрозивного рефлюкс-эзофагита согласно Лос-Анджелесской классификации (источник: <https://www.endoscopy-campus.com/en/>)

Nota bene!

Пищевод Баррета — это метапластическая трансформация многослойного плоского неороговевающего эпителия слизистой оболочки дистальных отделов пищевода в цилиндрический эпителий кишечного типа.

- Длина участка цилиндрической метаплазии, расположенного проксимальнее зоны пищеводно-желудочного соединения, должна составлять не менее 1 см.
- Распространенность сегмента пищевода Баррета оценивают по Пражским критериям (рис. 5), где *M* — это расстояние от гастроэзофагеального перехода до верхней границы наибольшего по длине «языка» метаплазии; *C* — длина циркулярного сегмента метаплазии (циркулярная протяженность).



Саблин О.А., Алексанин С.С.,
2009

Рисунок 5 — Пражские критерии пищевода Баррета С & М (2004)
(источник: Саблин О. А., Алексанин С. С., Кондрашин А. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Баррета: диагностика и лечение : учебно-методическое пособие. Санкт-Петербург, 2009. 48 с.)

Nota bene!

Недостаточность кардиального жома при ЭГДС не свидетельствует о ГЭРБ!

Признаки гастроэзофагеального рефлюкса по данным рентгеноскопии пищевода не подтверждают диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь»!

Ведущим методом диагностики патологических гастроэзофагеальных рефлюксов является внутрипищеводная суточная рН-импедансометрия.

Внутрипищеводная суточная рН-импедансометрия — это метод регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанный на измерении сопротивления (импеданса), которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода (рис. 6).

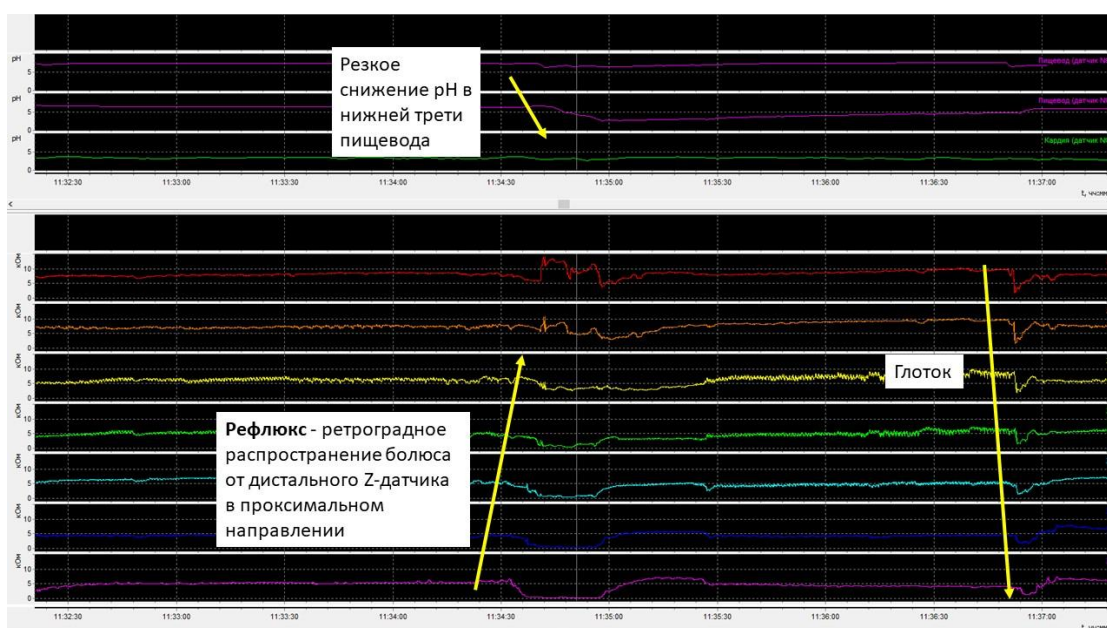
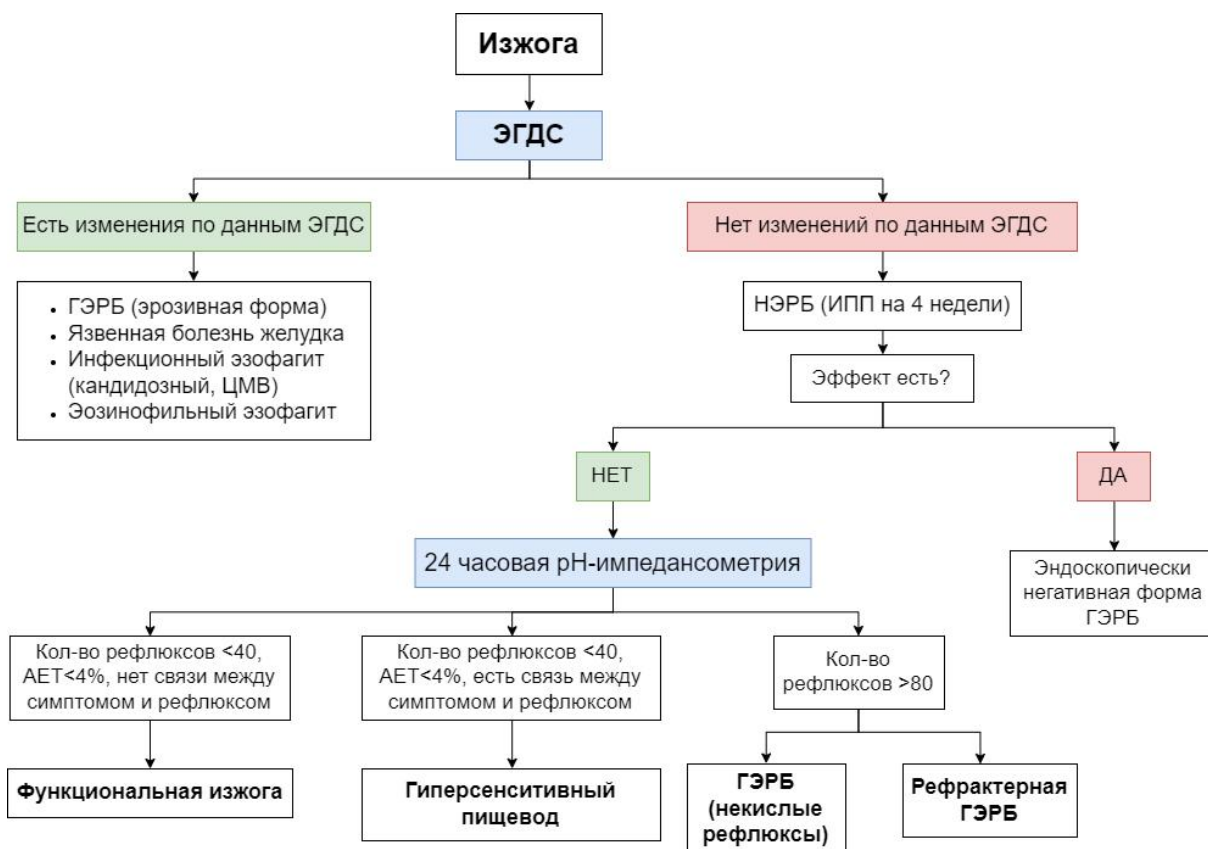


Рисунок 6 — Жидкий кислый рефлюкс по данным 24-часовой рН-импедансометрии

Основные заболевания, характеризующиеся симптомом изжоги, и алгоритм дифференциального диагноза при симптоме изжоге представлены в таблице 7 и на рисунке 7.



Примечание: ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия; ГЭРБ — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; ЦМВ — цитомегаловирусный; НЭРБ — неэрозивная форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; ИПП — ингибиторы протонной помпы; АЕТ — acid exposure time (время закисления пищевода).

Рисунок 7 — Алгоритм дифференциальной диагностики изжоги

2.1.3. Дифференциальный диагноз дисфагии

Термин «дисфагия» означает ощущение препятствия нормальному прохождению пищи.

I этап дифференциального диагноза: необходимо определить давность развития симптомов — острая или хроническая дисфагия. При подозрении на острую дисфагию в первую очередь надо исключить *обтурацию просвета пищевода инородным телом*, требующую неотложных мероприятий.

II этап дифференциального диагноза: определение уровня дисфагии.

Орофарингеальная (ротоглоточная, верхняя) дисфагия: пациент испытывает трудность во время первичных фаз глотания.

Симптомы ротоглоточной дисфагии: носовая регургитация, кашель, «носовая» речь, ослабленный кашлевой рефлекс, приступ удушья, дизартрия или диплопия (могут сопровождать неврологические расстройства).

Пищеводная (нижняя) дисфагия: ощущение того, что пища или жидкость каким-то образом блокируются во время прохождения от рта до желудка.

Nota bene!

Дополнительными вопросами, позволяющими провести дифференциальный диагноз, являются уточнение характера течения дисфагии (постоянная, интермиттирующая, прогрессирующая) и связь с характером пищи (жидкая, твердая).

При любом типе хронической дисфагии диагностический поиск следует начинать с проведения рентгеноскопии пищевода с бариевой взвесью и ЭГДС. Основные заболевания, сопровождающиеся ротоглоточной и пищеводной дисфагиями, представлены в таблицах 8 и 9.

Таблица 8 — Диагностические критерии и характеристика заболеваний, сопровождающихся ротоглоточной дисфагией

Заболевания	Характеристика и основные диагностические критерии
Механические и обструктивные причины	
Инфекции (ретрофарингеальные абсцессы)	1. Клинические проявления: дисфагия, одинофагия, интоксикация, боль в горле. 2. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, увеличение СОЭ и уровня СРБ. 3. Инструментальная диагностика: назоэндоскопия
Тиреомегалия	1. Клиника основного заболевания. 2. Инструментальная диагностика: лучевые методы диагностики (УЗИ, КТ)
Лимфаденопатия	
Злокачественное поражение головы и шеи	
Дивертикул Ценкера (фарингоэзофагеальный)	1. Клинические проявления: дисфагия (при наличии дивертикула малых размеров причиной дисфагии может служить дисфункция верхнего пищеводного сфинктера), срыгивание непереваренной пищей, галитоз. 2. Инструментальная диагностика: рентгеноскопия пищевода и желудка, ЭГДС
Заболевания нервной системы	
Миастения	1. Клинические проявления (<i>жалобы и неврологический осмотр</i>): дисфагия, двигательные и другие неврологические расстройства. 2. Лабораторная диагностика: КФК, иммунологическое и молекулярно-генетическое исследования. 3. Инструментальная диагностика: - нейрофизиологическое исследование (электромиография); - лучевые методы диагностики (визуализация ЦНС)
Заболевания ЦНС (инсульт, болезнь Паркинсона)	
Окулофарингеальная мышечная дистрофия	
Ларингеальная дистония	
Заболевания полости рта	
Неправильное расположение зубов	1. Клинические проявления. <i>Жалобы</i> : дисфагия, одинофагия, сухость во рту, галитоз. <i>Осмотр полости рта</i> : изменения, характерные для основного заболевания. 2. Анамнестические данные: синдром Шегрена, сахарный диабет, лучевая терапия, прием лекарственных препаратов, вызывающих уменьшение слюноотделения
Язвы полости рта	
Ксеростомия	

Таблица 9 — Диагностические критерии и характеристика заболеваний, сопровождающихся пищеводной дисфагией

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Сужение просвета пищевода вследствие воспаления, фиброза или неоплазии	
ГЭРБ с пептической стриктурой	<p>1. Клинические проявления:</p> <ul style="list-style-type: none"> - прогрессирующая дисфагия (чаще при проглатывании твердой пищи), одинофагия, длительная изжога (часто в анамнезе), регургитация, рвота съеденной пищей; - внепищеводные проявления: хронический кашель, хронический ларингит, бронхиальная астма и эрозии эмали зубов. <p>2. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС — формирование стриктуры в нижней трети пищевода; - суточная рН-импедансометрия — количество рефлюксов более 80, время закисления пищевода (АЕТ) > 6%, патологическое количество слабокислых и/или слабощелочных рефлюксов
Химическое/лекарственное поражение пищевода	<p>1. Клинические проявления: дисфагия, одинофагия, рвота, гиперсаливация.</p> <p>2. Анамнестические данные: проглатывание едких жидкостей, прием лекарств (дабигатран, тетрациклин и др.), склеротерапия варикозно расширенных вен пищевода.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС — гиперемия, отек слизистой пищевода, фибриновые наложения, эндоскопическая картина «сползающего эзофагита»
Опухоли пищевода	<p>1. Клинические проявления: прогрессирующая дисфагия (чаще при приеме твердой пищи), одинофагия, похудание, слабость, рвота съеденной пищей.</p> <p>2. Анамнестические данные: постепенное начало, пожилой возраст, пищевод Баррета и другие предраковые заболевания.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС с гистологическим исследованием; - эндоскопическое УЗИ
Инфекционные эзофагиты (кандидозный, герпетический, цитомегаловирусный, туберкулезный)	<p>1. Клинические проявления: дисфагия, изжога, интоксикация, клиника основного заболевания.</p> <p>2. Анамнестические данные: прием глюкокортикостероидов, антибактериальных и цитостатических препаратов, первичные и вторичные иммунодефициты.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС с гистологическим исследованием (рис. 8 и 9)
Эозинофильный эзофагит	<p>1. Клинические проявления: дисфагия, одинофагия, эпизоды вклинения пищевого комка в пищевод, изжога.</p> <p>2. Анамнестические данные: молодой возраст, отягощенный аллергоанамнез.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: эозинофилия крови, повышение уровня общего IgE (их отсутствие не исключает наличия диагноза).</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС — эндоскопическая эталонная шкала EREFS [экссудативный налет, концентрические сужения, отек, продольные борозды, рубцовые стриктуры (рис. 10)]

Продолжение таблицы 9

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	- гистологическое исследование: диффузная эозинофильная инфильтрация многослойного плоского эпителия пищевода с наличием более 15 эозинофилов в поле зрения микроскопа при большом увеличении (×400)
Лучевой эзофагит	1. Клинические проявления: нет специфических симптомов. 2. Анамнестические данные: лучевая терапия в анамнезе. 3. Инструментальная диагностика: - ЭГДС — гиперемия, отек, наличие дефектов (эрозий и язв) слизистой оболочки пищевода
Синдром Пламмера — Винсона (сидеропеническая дисфагия)	1. Клинические проявления: дисфагия, анемический и сидеропенический синдромы. 2. Анамнестические данные: чаще встречается у молодых женщин; наличие заболеваний, сопровождающихся железодефицитной анемией (язвенная болезнь, болезнь Крона, целиакия, язвенный колит, колоректальный рак). 3. Лабораторная диагностика: гипохромная, микроцитарная анемия, снижение уровня ферритина. 4. Инструментальная диагностика: - ЭГДС — соединительнотканые мембраны в верхней трети пищевода, атрофия слизистой оболочки пищевода
Кольцо Шацкого (Schatzki)	1. Нет специфических симптомов. 2. Анамнестические данные: ГЭРБ, ГПОД. 3. Инструментальная диагностика: - ЭГДС — кольцеобразная структура в наддиафрагмальной зоне пищевода
Красный плоский лишай пищевода (lichen planus)	1. Клинические проявления: дисфагия, поражение кожи, ногтей и слизистой полости рта. 2. Инструментальная диагностика: - ЭГДС — отек и гиперемия слизистой оболочки, тонкие пленчатые наложения, псевдомембраны, стриктуры в средней и нижней третях пищевода (рис. 11); - гистологическое исследование: лимфоцитарная воспалительная инфильтрация слизистой оболочки пищевода, тельца Сиватта
Заболевания грудной клетки и органов средостения (сдавление извне или прямая инвазия в пищевод)	
Опухоли легкого и средостения	1. Клинические проявления основного заболевания. 2. Инструментальная диагностика: рентгенография и КТ легких и средостения, эхокардиография
Инфекции (туберкулез, гистоплазмоз)	
Сердечно-сосудистые заболевания (дилатация предсердия, аневризма аорты)	

Окончание таблицы 9

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
<p>Нейромышечные заболевания, поражающие гладкие мышцы пищевода и подслизистое нервное сплетение, нарушающие перистальтику грудного отдела пищевода и/или тонус нижнего пищеводного сфинктера</p>	
Ахалазия кардии	<p>1. Клинические проявления: дисфагия постоянная при приеме как твердой, так и жидкой пищи, активная и пассивная регургитация, ночной кашель, «симптом мокрой подушки», некардиальная боль в грудной клетке и изжога.</p> <p>2. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рентгеноскопия пищевода — отсутствие первичной перистальтики в дистальных 2/3 пищевода, просвет пищевода расширен, конусовидное сужение в области нижнего пищеводного сфинктера, похожее на мышинный хвостик или птичий клюв, замедление эвакуации контрастного вещества из пищевода в желудок; - манометрия пищевода (водно-перфузионная, высокого разрешения): повышение суммарного давления расслабления нижнего пищеводного сфинктера и отсутствие перистальтической волны сокращения грудного отдела пищевода
Дистальный эзофагоспазм и другие нарушения моторики пищевода (обструкция пищеводно-желудочного соединения, отсутствие сократимости, гиперконтрактильный пищевод, неэффективная моторика пищевода)	<p>1. Клинические проявления: некардиальная боль в грудной клетке, интенсивная, жгучая, с положительным эффектом от нитратов, спазмолитиков, глотка воды, дисфагия интермиттирующая.</p> <p>2. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рентгеноскопия пищевода — усиление моторики пищевода с выраженными сегментарными сокращениями, ослабление моторики пищевода, просвет пищевода расширен; - манометрия пищевода высокого разрешения — специфические критерии основного заболевания на основании Чикагской классификации нарушений моторной функции пищевода
Системная склеродермия	<p>1. Клинические проявления: преобладают системные проявления (синдром Рейно, плотный отек кожи, изменение черт и «маскообразность» лица, формирование «кисета» вокруг рта, легочная артериальная гипертензия, пневмофиброз).</p> <p>2. Лабораторная диагностика: определение АНФ и специфических для системной склеродермии аутоантител (анти-Scl-70, антицентромерные, к РНК-полимеразе III).</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рентгеноскопия пищевода — гипотония пищевода; - манометрия пищевода (водно-перфузионная, высокого разрешения) — отсутствие сократимости в грудном отделе пищевода
Состояние после хирургических вмешательств	<p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов.</p> <p>2. В анамнезе фундопликация, другие антирефлюксные и бариатрические операции</p>

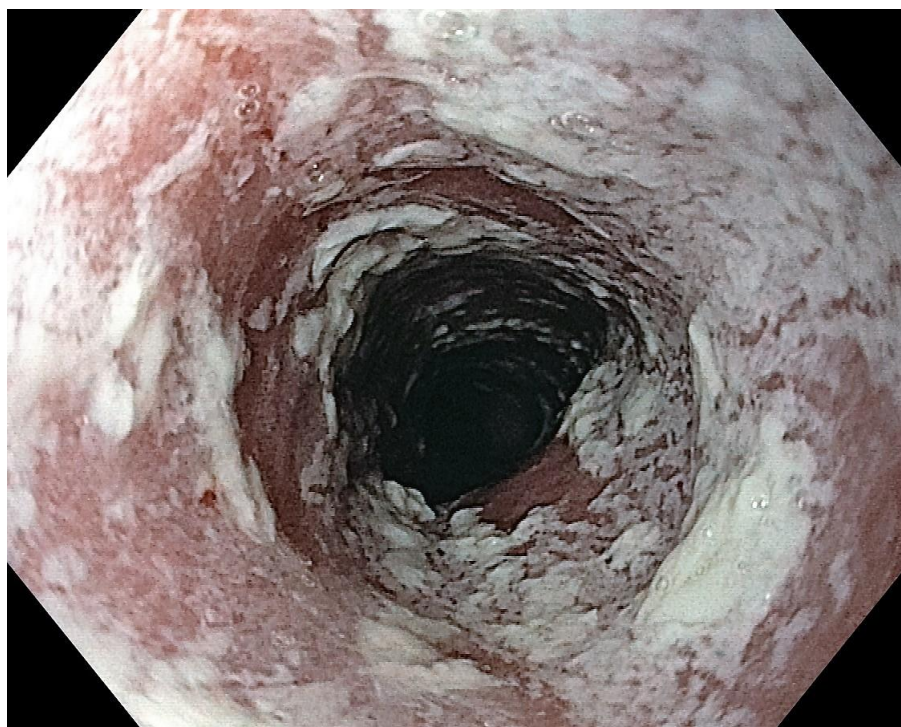


Рисунок 8 — Кандидозный эзофагит (источник: архив ГБУЗ ЧОКБ)

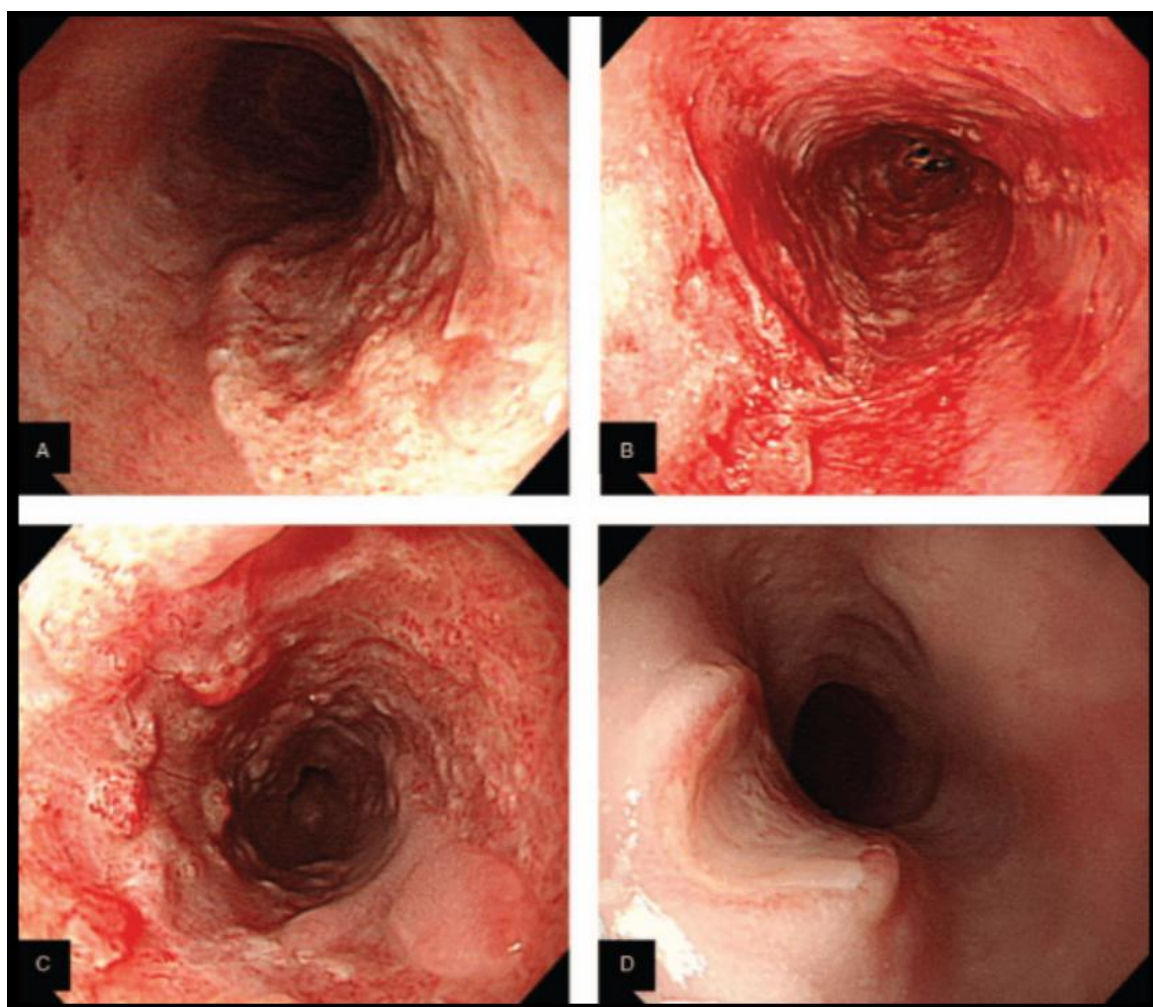


Рисунок 9 — Цитомегаловирусный эзофагит (источник: эндоскопический атлас endoexpert.ru)



Рисунок 10 — Наличие белесоватых участков экссудативного налета и концентрические сужения пищевода, характерные для эозинофильного эзофагита (*источник: архив ГБУЗ ЧОКБ*)

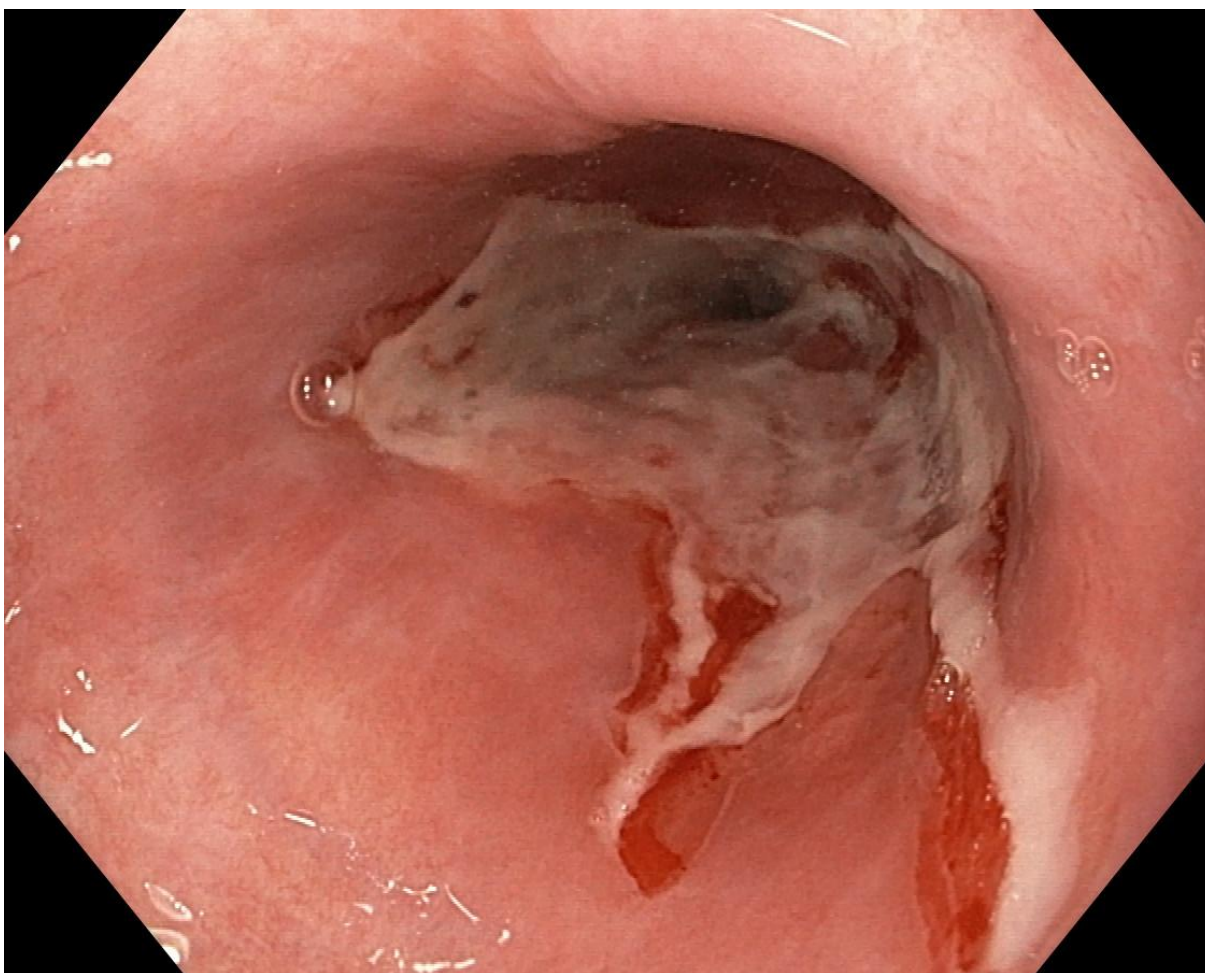


Рисунок 11 — Отек, тонкие пленчатые наложения и сужение в средней трети пищевода, характерные для красного плоского лишая пищевода (*источник: архив ГБУЗ ЧОКБ*)

2.2. Дифференциальный диагноз при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки

Key points

- Желудочная диспепсия — термин, обобщающий симптомы при заболеваниях желудка. Желудочную диспепсию подразделяют на органическую и функциональную.
- Функциональная диспепсия может протекать в двух формах: эпигастральная боль и постпрандиальный дистресс-синдром. Диагноз ставится на основании критериев функциональных расстройств (Римские критерии IV пересмотра).
- Функциональная диспепсия является клиническим диагнозом, в то время как хронический гастрит — морфологическим диагнозом. Они не исключают, а дополняют друг друга.
- Изолированное появление жалоб на тошноту и/или рвоту не является специфичным для заболеваний пищеварительной системы и требует прежде всего исключения заболеваний других органов и беременности.

2.2.1. Клинические симптомы и синдромы при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки

В настоящее время спектр клинических проявлений при заболеваниях желудка принято называть термином *желудочная диспепсия*, в иностранной литературе наиболее часто используют общее понятие *диспепсия*.

Клинические проявления желудочной диспепсии

Основные симптомы: боль, чувство жжения в эпигастральной области, чувство переполнения, распирания после еды, чувство раннего насыщения.

Дополнительные симптомы: тошнота, отрыжка, рвота.

При заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки также возможно провести дифференциальный диагноз по синдрому абдоминальной боли с локализацией в эпигастральной области (смотри главу 1).

2.2.2. Дифференциальный диагноз при синдроме желудочной диспепсии

Желудочную диспепсию принято подразделять на *органическую* и *функциональную*.

I этап дифференциального диагноза: необходимо исключить органические причины диспепсии (табл. 10).

Таблица 10 — Диагностические критерии и характеристика причин органической диспепсии

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	<p>1. Клинические проявления: чаще боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи, но возможны и другие проявления желудочной диспепсии.</p> <p>2. Анамнестические данные: прием ulcerогенных лекарственных препаратов (НПВП, ацетилсалициловая кислота и другие), курение, отягощенная наследственность. Возможна сезонность обострений *.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: подтверждение инфекции <i>H. pylori</i> (C13-дыхательный уреазный тест, анализ кала на антиген <i>H. pylori</i>, обнаружение антител IgG к <i>H. pylori</i>).</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС — язвенный дефект слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки
Злокачественные новообразования желудка	<p>1. Клинические проявления: похудание, слабость, часто анорексия, отвращение к мясу, может быть отсутствие симптомов.</p> <p>2. Анамнестические данные: постепенное начало, пожилой возраст, курение, инфекция <i>H. pylori</i>, отягощенная наследственность, предшествующие атрофические изменения слизистой оболочки желудка.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: анемия, увеличение СОЭ.</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС — определение макроскопического типа опухоли; - гистологическое исследование (основной метод верификации диагноза) — обнаружение морфологических признаков аденокарциномы или других опухолей (нейроэндокринные, лимфома); - рентгеноскопия — определение протяженности поражения, оценка выраженности и протяженности стеноза; - эндоскопическое УЗИ — определение глубины инвазии опухоли и наличия патологически измененных или увеличенных лимфоузлов. <p><i>Nota bene!</i> Необходимо ориентироваться на выявление ранних форм рака желудка у бессимптомных пациентов с новообразованиями малых размеров! Наличие симптомов при раке желудка является признаком его поздней стадии!</p>
Синдромы оперированного желудка	<p>1. Клинические проявления: демпинг-синдром, гипогликемический синдром, тошнота, рвота, похудание, мальабсорбция.</p> <p>2. Анамнестические данные: наличие оперативного вмешательства по поводу язвенной болезни желудка, рака желудка</p>
Гастропарез	<p>1. Клинические проявления: преобладает чувство переполнения, распирания в эпигастрии.</p> <p>2. Анамнестические данные: сахарный диабет, послеоперационный период, прием каннабиоидов.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рентгеноскопия пищевода и желудка — задержка эвакуации контраста из желудка; - исследование двигательной активности желудка (сцинтиграфия желудка, видеокапсульная гастроэнтероскопия)

Окончание таблицы 10

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Инфильтративные поражения желудка (болезнь Крона, саркоидоз, болезнь Менетрие, амилоидоз)	1. Клинические проявления: симптомы основного заболевания. 2. Инструментальная диагностика: ЭГДС и гистологическое исследование
Острый гастрит (инфекции, интоксикации)	1. Клинические проявления: тошнота, рвота, интоксикационный синдром. 2. Анамнестические данные: острое начало, отягощенный эпиданамнез
Диспепсия, связанная с приемом лекарственных препаратов	1. Клинические проявления: нет специфических симптомов. 2. Анамнестические данные: связь с приемом лекарственных препаратов (НПВП, антибиотики, противоопухолевые препараты, бисфосфонаты, макролиды, эстрогены, препараты железа, калия), улучшение после отмены. 3. Инструментальная диагностика: - ЭГДС — может быть отсутствие изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки или наличие эрозий и/или язвенных дефектов слизистой оболочки
Заболевания других органов ЖКТ	- Желчнокаменная болезнь, дискинезии желчевыводящих путей (диагностические критерии представлены в главе 6); - хронический панкреатит, рак поджелудочной железы (диагностические критерии представлены в главе 7); - целиакия (диагностические критерии представлены в главе 3); - хроническая мезентериальная ишемия (диагностические критерии представлены в главе 1)
Заболевания других органов	Ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, гипер- и гипотиреоз, гиперпаратиреоз, хроническая надпочечниковая недостаточность, лучевая болезнь. <i>Данные заболевания могут являться самостоятельной причиной диспепсии или сопровождаться развитием эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки</i>
Примечание: * — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является хроническим полиэтиологическим рецидивирующим заболеванием, в то время как симптоматические язвы имеют одну специфичную причину. Исторически основной чертой, которая отличала язвенную болезнь от симптоматических язв, являлось ее хроническое рецидивирующее течение, однако в настоящее время эффективная антихеликобактерная терапия предотвращает рецидивы язв и этот признак утрачивает свою актуальность.	

II этап дифференциального диагноза: при исключении вышеперечисленных органических причин принято говорить о наличии функциональной диспепсии (рис. 12). Следует помнить о существовании диагноза диспепсия, ассоциированная с *H. pylori*, диагностическим критерием которого является регресс симптомов диспепсии после успешно проведенной антихеликобактерной терапии.

Диагноз *функциональная диспепсия* устанавливается на основании критериев функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (Римские критерии IV пересмотра, 2016 г.).



Рисунок 12 — Алгоритм дифференциального диагноза при желудочной диспепсии

Функциональная диспепсия — это комплекс симптомов: боль и чувство жжения в эпигастральной области, чувство переполнения и раннего насыщения после еды, которые отмечаются у больного в течение последних трех месяцев (при их общей продолжительности не менее шести месяцев) и которые не могут быть объяснены органическими заболеваниями.

Выделяют два основных клинических варианта функциональной диспепсии: **синдром боли в эпигастрии** и **постпрандиальный дистресс-синдром** (табл. 11).

Таблица 11 — Диагностические критерии основных форм функциональной диспепсии

Форма функциональной диспепсии	Критерии
Синдром боли в эпигастрии	<ul style="list-style-type: none"> - Умеренные или выраженные боли и/или чувство жжения в эпигастральной области; - данные жалобы беспокоят пациента по меньшей мере 1 раз в неделю; - боли не носят постоянного характера; - боли связаны с приемом пищи или возникают натощак; - не локализируются в других отделах живота; - не уменьшаются после дефекации; - не сопровождаются признаками дисфункции желчного пузыря или сфинктера Одди
Постпрандиальный дистресс-синдром	<ul style="list-style-type: none"> - Чувство переполнения в эпигастрии и/или раннего насыщения после еды при приеме обычного объема пищи; - данные жалобы беспокоят пациента чаще 3 раз в неделю; - постпрандиальный дистресс-синдром может сочетаться с тошнотой и синдромом боли в эпигастрии

Nota bene!

Хронический гастрит — это морфологический диагноз. В случае наличия симптомов диспепсии и отсутствия органических причин ставится диагноз «функциональная диспепсия» (даже если в заключении гистологического исследования установлен гастрит!)

Стоит отметить, что эти два диагноза не противоречат друг другу и могут сочетаться у одного и того же пациента.

2.2.3. Диагностика хронического гастрита

Несмотря на то, что изменения слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании не коррелируют с клинической картиной, диагноз «хронический гастрит» не теряет своей актуальности. Прежде всего он необходим для оценки риска развития рака желудка. Поэтому наиболее важными компонентами диагноза являются оценка атрофии и наличия инфекции *Helicobacter pylori*. Традиционно хронический гастрит по данным гистологического исследования подразделяется на неатрофический (поверхностный), атрофический и особые формы. В последние годы появились современные методы оценки стадии атрофии, позволяющие стратифицировать риск развития рака желудка (табл. 12).

Таблица 12 — Оценка атрофии слизистой оболочки желудка

Система OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment)	Оценка гистологических признаков выраженности воспаления и атрофии в антральном отделе (3 биоптата) и теле желудка (2 биоптата) с последующим определением интегральных показателей: степени воспалительной инфильтрации (степень хронического гастрита) и стадии атрофии слизистой оболочки желудка (стадия хронического гастрита). <i>III и IV стадии связаны с повышенным риском рака желудка!</i>
Сывороточные маркеры атрофии	- Пепсиноген I (PGI) — индикатор атрофии слизистой оболочки тела желудка [ниже 30 мкг/л (по данным MAPS II — менее 70 мкг/л)]; - пепсиноген II (PGII) — индикатор воспаления слизистой оболочки желудка, в том числе на фоне инфекции <i>H. pylori</i> ; - соотношение PGI/PGII — маркер атрофии тела желудка (менее 3); - гастрин-17: повышение концентрации выше 10 пмоль/л может свидетельствовать о гипо- или анацидном желудке (прием ИПП, атрофия слизистой оболочки тела желудка) или гастриноме; снижение концентрации гастрин-17 менее 1 пмоль/л может свидетельствовать о повышенной секреции соляной кислоты (гиперацидности) или об атрофии слизистой оболочки антрального отдела желудка (для дифференциации данных состояний необходимо оценить уровень гастрин-17 после стимуляции)
Эндоскопическая классификация Kimura — Takemoto (Киотский консенсус)	Эндоскопия с улучшением изображения позволяет как оценить наличие хеликобактерной инфекции, так и стадировать атрофический гастрит (C0–III, OI–II) и оценить распространенность кишечной метаплазии

Отдельной формой атрофического гастрита является *аутоиммунный гастрит*. В большинстве случаев это заболевание не имеет специфических клинических черт, но является одной из наиболее частых причин развития В₁₂-дефицитной анемии.

Диагностика аутоиммунного гастрита

Лабораторная диагностика:

- В₁₂-дефицитная и железодефицитная анемии (ОАК, витамин В₁₂, ферритин, ОЖСС);
- обнаружение антител к париетальным клеткам, внутреннему фактору Кастла.

Инструментальная диагностика:

- ЭГДС — поперечная складчатость в антральном отделе желудка, наличие псевдополипов в теле желудка;
- гистологическое исследование — изолированная атрофия слизистой оболочки тела желудка (возможна атрофия слизистой оболочки антрального отдела желудка при сопутствующей хеликобактерной инфекции).

Helicobacter pylori остается ведущим этиологическим фактором хронического гастрита. Методы диагностики хеликобактерной инфекции представлены в таблице 13.

Таблица 13 — Методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*

Метод	Достоинства	Недостатки
Инвазивные методы		
Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка	Позволяет оценить состояние слизистой оболочки желудка	- Ложноотрицательный результат при лечении ИПП, антибиотиками, препаратами висмута; - невозможность проведения при кровотечениях; - длительность исследования
Быстрый уреазный тест	Быстрота	- Ложноотрицательный результат при лечении ИПП, антибиотиками, препаратами висмута; - невозможность проведения при кровотечениях; - не позволяет судить о предраковых изменениях слизистой оболочки желудка; - не используется для контроля за лечением
Цитологическое исследование мазков-отпечатков		
Бактериологический метод	Определение чувствительности к антибиотикам	Данный метод не отличается широкой доступностью ввиду сложностей культивирования <i>H. pylori</i> , трудоемкости и дороговизны
Неинвазивные методы		
Дыхательный тест с мочевиной, меченой ¹³ C	- Быстрота; - высокая чувствительность и специфичность	- Ложноотрицательный результат при лечении ИПП, антибиотиками, препаратами висмута
Определение антител к <i>H. pylori</i> в крови (IgG)	- Результат не зависит от предшествующего лечения ИПП, антибиотиками; - использование метода возможно при кровотечениях	- Невысокая чувствительность и специфичность; - не подходит для контроля за лечением
Определение антигенов <i>H. pylori</i> в кале (валидированный тест с моноклональными антителами)	Быстрота	- Ложноотрицательный результат при лечении ИПП, антибиотиками, препаратами висмута; - ограниченная точность для амбулаторных экспресс-тестов

Согласно Хьюстонской классификации хронического гастрита (1996), выделяют особые формы хронических гастритов (табл. 14). Как правило, найденные изменения не являются самостоятельными заболеваниями, а свидетельствуют о поражении желудка при других болезнях, исключением является болезнь Менетрие.

Таблица 14 — Особые формы гастрита согласно Хьюстонской классификации (1996)

Формы гастрита	Характеристика
Химический	Вследствие токсического действия желчи, лекарственных препаратов. <i>Не имеет специфических черт</i>
Радиационный	Лучевая терапия в анамнезе. <i>Не имеет специфических черт</i>
Лимфоцитарный	Ассоциирован с целиакией. <i>Нет четких критериев количества лимфоцитов в слизистой оболочке желудка</i>
Гранулематозный	При болезни Крона, саркоидозе, гранулематозе с полиангиитом, при наличии инородных тел, встречается идиопатический вариант
Эозинофильный	Связь с пищевой аллергией. <i>Нет четких критериев количества эозинофилов в слизистой оболочке желудка</i>
Другие инфекционные гастриты	<i>Не доказана связь с развитием хронического гастрита</i>
Гигантский гипертрофический	Болезнь Менетрие — самостоятельное заболевание с неизвестной этиологией. Характерно диффузное увеличение складок слизистой оболочки тела желудка, фовеолярная гиперплазия и железистая атрофия с уменьшенным количеством париетальных и главных клеток, гипоальбуминемия и периферические отеки

2.2.4. Дифференциальный диагноз при наличии дефекта(ов) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки по данным эзофагогастродуоденоскопии

Практикующий врач часто сталкивается с необходимостью дифференциальной диагностики по данным инструментальных исследований, в первую очередь при обнаружении эрозий и язв гастродуоденальной зоны по данным эзофагогастродуоденоскопии. Рентгенологический синдром «ниши» практически утратил актуальность в связи с тем, что рентгеноскопия желудка уступает ЭГДС в первичной диагностике язвенной болезни.

I этап дифференциального диагноза при наличии дефекта(ов) слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки состоит из исключения рака желудка, а также более редких причин, объединенных в группу симптоматических язв (табл. 15).

Nota bene!

Основной дифференциальный признак, отличающий язвенную болезнь от симптоматических язв, — хроническое рецидивирующее течение. Однако в настоящее время эффективная антихеликобактерная терапия предотвращает рецидивы язв и этот признак утрачивает свою актуальность.

Таблица 15 — Дифференциальный диагноз при наличии язвенных дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки

Причина симптоматических язв	Характеристика и основные диагностические критерии
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	<p>1. Клинические проявления: чаще боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи, но возможны и другие проявления желудочной диспепсии.</p> <p>2. Анамнестические данные: прием ulcerогенных лекарственных препаратов (НПВП, ацетилсалициловая кислота и другие), курение, отягощенная наследственность. Возможна сезонность обострений.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: подтверждение инфекции <i>H. pylori</i> (С13-дыхательный уреазный тест, анализ кала на антиген <i>H. pylori</i>, обнаружение антител IgG к <i>H. pylori</i>).</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС — язвенный дефект слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки
Злокачественные новообразования желудка	<p>1. Клинические проявления: похудание, слабость, часто анорексия, отвращение к мясу; может быть отсутствие симптомов.</p> <p>2. Анамнестические данные: постепенное начало, пожилой возраст, курение, инфекция <i>H. pylori</i>, отягощенная наследственность, предшествующие атрофические изменения слизистой оболочки желудка.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: анемия, увеличение СОЭ.</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС — определение макроскопического типа опухоли; - гистологическое исследование (основной метод верификации диагноза) — обнаружение морфологических признаков аденокарциномы или других опухолей (нейроэндокринные, лимфома); - рентгеноскопия — определение протяженности поражения, оценка выраженности и протяженности стеноза; - эндоскопическое УЗИ — определение глубины инвазии опухоли и наличия патологически измененных или увеличенных лимфоузлов. <p><i>Nota bene!</i> Необходимо ориентироваться на выявление ранних форм рака желудка у бессимптомных пациентов с новообразованиями малых размеров! Наличие симптомов при раке желудка является признаком его поздней стадии!</p>
Симптоматические язвы	
Лекарственно-индуцированные язвы	<p>1. Клинические проявления: мало- или бессимптомное течение, высокая частота кровотечений.</p> <p>2. Анамнестические данные: связь с приемом ulcerогенных препаратов (НПВП, ацетилсалициловая кислота, глюкокортикостероиды и др.) и наличие факторов риска [пожилой возраст, язвенная болезнь в анамнезе, инфекция <i>H. pylori</i>, доза НПВП и продолжительность лечения, курение, злоупотребление алкоголем, прием НПВП перед едой, одновременное применение других лекарственных препаратов — антикоагулянтов (например, варфарина), кортикостероидов, алендроната, хлорида калия].</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС — наличие эрозий и/или язвенных дефектов

Продолжение таблицы 15

Причина симптоматических язв	Характеристика и основные диагностические критерии
Язвы на фоне эндокринных заболеваний	<p><u>Синдром Золлингера — Эллисона</u></p> <p>1. Клинические проявления: агрессивное течение язвенной болезни (множественные язвенные дефекты, часто рецидивирующее течение), расположение язв в постлуковичных отделах двенадцатиперстной кишки, диарея, стеаторея.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: повышение концентрации хромогранина А и гастрина в сыворотке крови.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - КТ органов брюшной полости, грудной клетки, эндоскопическое обследование желудочно-кишечного тракта (визуализация с целью поиска опухоли). <p><u>Гиперпаратиреоз</u></p> <p>1. Клинические проявления: часто рецидивирующее течение язвенной болезни, остеопороз, гиперпаратиреоидная остеодистрофия, деформации костей, переломы, нарушения походки, патология почек, кальциноз поджелудочной железы.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: повышение уровня общего кальция крови и паратгормона.</p> <p><u>Гиперкортицизм</u></p> <p>1. Клинические проявления: нерубцующиеся язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирение, остеопороз, гипергликемия, артериальная гипертензия и другие симптомы гиперкортицизма.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: кортизол суточной мочи, проба с 1 мг дексаметазона, кортизол в вечерней слюне, АКТГ.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - визуализация надпочечников и/или гипофиза (МРТ, МСКТ) после лабораторного подтверждения гиперкортицизма
Стрессовые язвы	<p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов, чаще локализируются в желудке и осложняются кровотечением.</p> <p>2. Анамнестические данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - множественные ранения и травмы, распространенные ожоги (язвы Курлинга); - черепно-мозговые травмы и нарушения мозгового кровообращения (язвы Кушинга); - сепсис, полиорганная недостаточность, обширные полостные операции продолжительностью более 5 часов (особенно связанные с трансплантацией органов) и другие критические состояния
Симптоматические язвы при хронических заболеваниях внутренних органов	<p><u>Гепатогенные язвы (у больных циррозом печени)</u></p> <p>Не являются характерным проявлением заболевания, при циррозе печени чаще встречаются портальная гипертензионная гастропатия (совокупность вторичных макроскопических и микроскопических изменений слизистой оболочки желудка, возникающих при портальной гипертензии) и GAVE-синдром [красные пятна, организованные в радиальные полосы, которые распространяются от привратника по антральному отделу (арбузный желудок, рис. 13)]</p>

Окончание таблицы 15

Причина симптоматических язв	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p><u>Панкреатогенные (при хроническом панкреатите)</u> <u>При хронических заболеваниях легких</u> <u>При распространенном атеросклерозе и хронической мезентериальной ишемии</u> <u>Полицитемия</u> <u>Системный мастоцитоз</u></p>
Болезнь Крона	<p><i>Подробное описание болезни Крона представлено в главе 3.</i> Инструментальная диагностика: - ЭГДС — глубокие линейные язвы (язвы-трещины), симптом «булыжной мостовой», стриктуры и устья свищей; - гистологическое исследование — саркоидные гранулемы (15–36% случаев — при биопсии слизистой оболочки)</p>

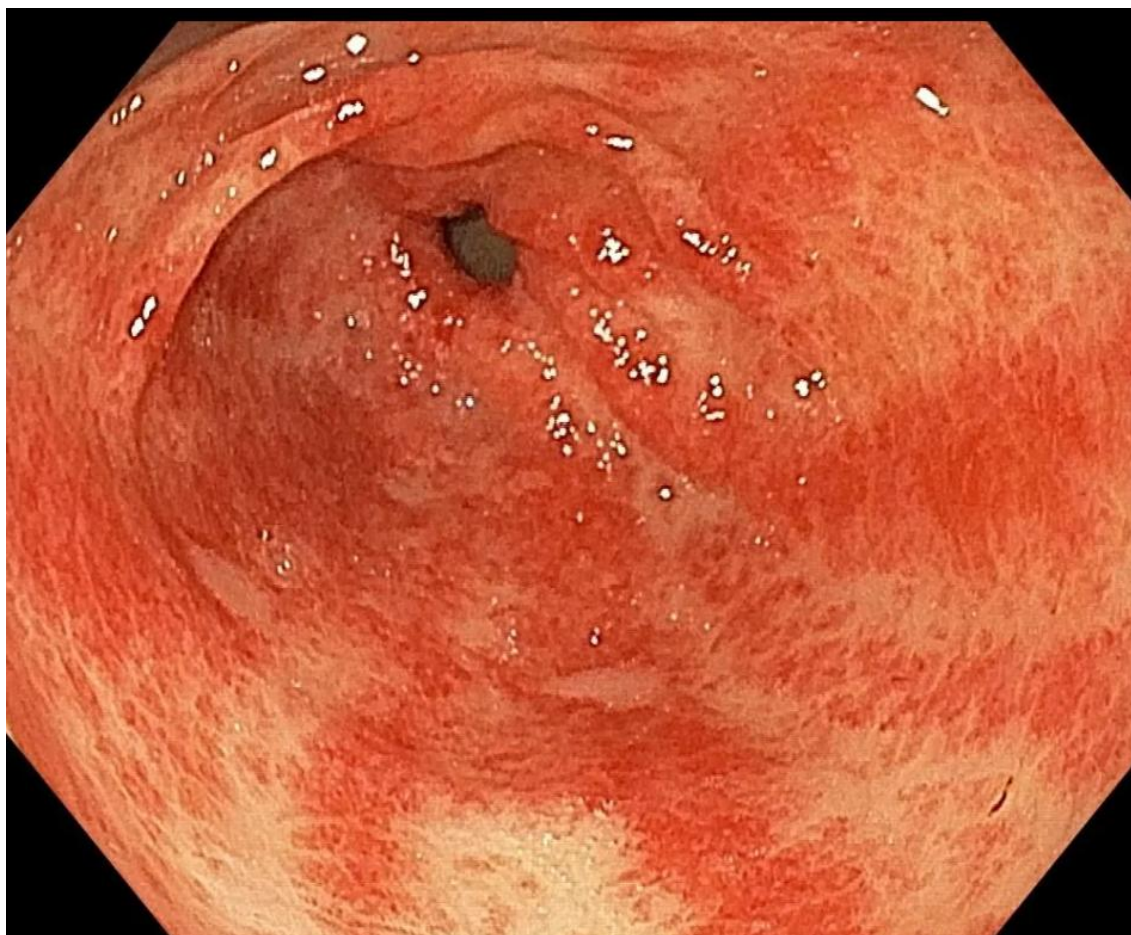


Рисунок 13 — GAVE-синдром: красные пятна, организованные в радиальные полосы, которые распространяются от привратника по антральному отделу (арбузный желудок)
(источник: эндоскопический атлас endoexpert.ru)

На II этапе дифференциального диагноза при наличии дефекта(ов) оценивается наличие осложнений язвенной болезни, к которым относятся *кровотечение, прободение, пенетрация и рубцово-язвенный стеноз.*

2.3. Дифференциальный диагноз других симптомов при поражении пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

2.3.1. Дифференциальный диагноз при отрыжке

Отрыжка определяется как слышимый выход воздуха из пищевода или желудка в глотку. Стоит сказать, что отрыжка — это физиологический феномен, который в норме, по разным источникам, встречается до 30 раз в день и зачастую ассоциирован с приемом пищи. *Патологическим* этот симптом считается в случае отрицательного воздействия на обычную деятельность пациента и при частоте более чем три дня в неделю в течение предшествующих трех месяцев (при общей продолжительности не менее шести месяцев).

I этап дифференциального диагноза — исключение вторичных причин отрыжки.

После установления патологического характера отрыжки необходимо исключить вторичные причины данного симптома, к которым относятся функциональная диспепсия, ГЭРБ, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

II этап дифференциального диагноза — подтверждение диагноза «синдром чрезмерной отрыжки».

При исключении вторичных причин отрыжки на основании Римских критериев IV пересмотра устанавливается функциональный диагноз «синдром чрезмерной отрыжки», критериями которого являются: отрыжка, беспокоящая более трех дней в неделю, в течение предшествующих трех месяцев при ее общей продолжительности не менее шести месяцев.

На основании результатов внутрипищеводной суточной рН-импедансометрии отрыжка подразделяется на два типа: **супрагастральную (наджелудочную)** и **гастральную (желудочную)**, их сравнительная характеристика представлена в таблице 16.

Таблица 16 — Сравнительная характеристика супрагастральной и гастральной отрыжек

Сравниваемые параметры	Супрагастральная отрыжка	Гастральная отрыжка
Механизм отрыжки	Воздух всасывается в пищевод и выбрасывается из него без попадания в желудок	Воздух выходит из желудка
Особенности и ассоциированные состояния	- ГЭРБ, тревожное и обсессивно-компульсивное расстройства, анти-рефлюксная хирургия в анамнезе; - отсутствует во время сна и при отвлечении внимания; - отсутствует связь с приемом пищи; - часто отсутствуют другие жалобы помимо отрыжки	- ГЭРБ, функциональная диспепсия в анамнезе; - часто сочетается с аэрофагией; - может быть во время сна; - часто появляется после приема пищи
Диагностика (суточная рН-импедансометрия)	Резкое увеличение импеданса в антеградном направлении (от рта к желудку) с быстрым возвратом к исходному импедансу не доходя до желудка	Резкое увеличение импеданса в ретроградном направлении (от желудка ко рту), связанное с расслаблением нижнего пищеводного сфинктера

2.3.2. Дифференциальный диагноз при синдроме тошноты и рвоты

Тошнота — неприятное тягостное ощущение в эпигастрии, предшествующее рвоте, сопровождающееся вазомоторными реакциями (слабостью, головокружением, повышенным потоотделением, слюнотечением).

Рвота — это рефлекторный акт, при котором форсированно извергается содержимое желудка через рот (или нос).

Тошнота и рвота не являются специфическими симптомами гастроэнтерологических заболеваний, поэтому спектр дифференциального диагноза чрезвычайно широк.

Выделяют острую тошноту и рвоту (длительность симптомов до семи дней) и хроническую тошноту и рвоту (длительность симптомов четыре недели и более).

I этап дифференциального диагноза — исключение основных причин острой тошноты и рвоты.

Причины острой тошноты и рвоты

- Бактериальный/вирусный гастроэнтерит.
- Беременность. *Чрезмерная рвота беременных — тяжелая форма тошноты и рвоты, ассоциированная с потерей массы тела более чем на 5% по сравнению с массой до беременности, кетонурией, дегидратацией и электролитным дисбалансом.*
- Язвенная болезнь желудка и ДПК (в том числе осложненная стенозом привратника).
- Острая хирургическая патология (непроходимость тонкой кишки, острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, острая мезентериальная ишемия, перитонит), почечная колика.
- Прием лекарственных препаратов (опиаты, НПВП, антиаритмические средства, антибиотики, антигипертензивные, противосудорожные препараты, химиотерапевтические средства, оральные контрацептивы, препараты наперстянки, агонисты глюкагоноподобного пептида-1).
- Алкогольная интоксикация, синдром отмены (наркотические препараты).
- Метаболические/эндокринные причины (диабетический кетоацидоз, гипонатриемия, гиперкальциемия).
- Вестибулярные расстройства (укачивание), черепно-мозговая травма, острое нарушение мозгового кровообращения.
- Острый инфаркт миокарда.
- Острое почечное повреждение.

II этап дифференциального диагноза: в случае отсутствия причин острой тошноты и рвоты, а также при общей продолжительности жалоб на тошноту и рвоту более четырех недель дифференциальный диагноз проводится в рамках синдрома *хронической тошноты и рвоты* (табл. 17).

Таблица 17 — Частые и редкие причины хронической тошноты и рвоты

Частые причины	Редкие причины
Гастроэнтерологические заболевания	
Гастропарез , функциональная диспепсия, хронический панкреатит, хроническая кишечная псевдонепроходимость (первичная или вторичная), ахалазия кардии, дивертикул Ценкера	Воспалительные заболевания кишечника
Механическая обструкция: стеноз привратника, сдавление верхних отделов желудочно-кишечного тракта извне	Формирование стриктур на фоне хронической мезентериальной ишемии, лучевых поражений желудочно-кишечного тракта или болезни Крона
Эндокринные заболевания	
Сахарный диабет	Гипертиреоз, надпочечниковая недостаточность, гипонатриемия, гиперпаратиреоз, гиперкальциемия
Заболевания нервной системы	
Мигрень, болезнь Паркинсона, эпилепсия, менингит	Демиелинизирующие заболевания, аневризма, опухоль головного мозга, гидроцефалия
Заболевания внутренних органов	
Хроническая сердечная недостаточность, заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка), хроническая болезнь почек	Патология органов брюшинного пространства (нефролитиаз, обструкция мочевыводящих путей)
Вестибулярные расстройства (лабиринтит, болезнь Меньера, хронический средний отит)	Другие причины: паранеопластический синдром, острая перемежающаяся порфирия, семейная средиземноморская лихорадка, ангионевротический отек, глаукома, токсины/яды, пищевая аллергия и непереносимость
Психогенные причины (тревога, депрессия), расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия)	

III этап дифференциального диагноза: при исключении вышперечисленных заболеваний согласно Римским критериям IV пересмотра принято говорить о тошноте и рвоте, вызванных функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, характеристика которых представлена в таблице 18.

Таблица 18 — Функциональные расстройства ЖКТ, проявляющиеся тошнотой и рвотой

Заболевание	Диагностические критерии
Синдром хронической тошноты и рвоты (синдром функциональной тошноты и рвоты)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беспокоящая тошнота (достаточно серьезная, чтобы повлиять на повседневную активность), возникающая по крайней мере 1 раз в неделю, и/или один или несколько эпизодов рвоты в неделю. 2. При условии исключения самоиндуцированной рвоты, расстройств пищевого поведения, регургитации, руминационного синдрома. 3. Отсутствие признаков органических, системных или метаболических заболеваний, которые могли бы объяснить симптомы при рутинных исследованиях (в том числе при ЭГДС). 4. Симптомы отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 месяцев)
Синдром циклической рвоты	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повторяющиеся стереотипные эпизоды рвоты (остро возникающей и продолжающейся менее 1 недели), между эпизодами рвота отсутствует, но могут присутствовать другие более легкие симптомы. 2. Не менее 3 отдельных эпизодов рвоты за предыдущий год и 2 эпизода за последние 6 месяцев с интервалом не менее 1 недели. 3. Часто наличие мигрени в анамнезе у больного или у его родственников. 4. Симптомы отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 месяцев)
Синдром неукротимой каннабиоидной рвоты	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повторяющиеся приступы рвоты, клинически напоминающие синдром циклической рвоты. 2. Отмечается появление рвоты после длительного чрезмерного употребления каннабиоидов. 3. Устойчивое прекращение употребления каннабиоидов ведет к ликвидации приступов рвоты. 4. Дополнительный признак — приступ рвоты может ассоциироваться с длительным купанием в горячей ванне или душе. 5. Симптомы отмечаются у больного в течение 3 последних месяцев (при их общей продолжительности не менее 6 месяцев)

2.3.3. Дифференциальный диагноз при икоте

Икота — это непроизвольные спастические сокращения дыхательных мышц (чаще вовлекаются мышцы левой половины диафрагмы, реже — вся диафрагма и межреберные мышцы). *Координированное сокращение инспираторной мускулатуры во время эпизода икоты приводит к быстрому всасыванию воздуха, которое в течение нескольких миллисекунд прерывается закрытием голосовой щели, что приводит к появлению характерного звука «ик».*

В зависимости от продолжительности икота разделяется на кратковременную (продолжительность до 15 минут), персистирующую (продолжительность до двух дней) и некупируемую (продолжительность более 1–2 месяцев). Кратковременная икота изредка может встречаться

в норме и не требует никаких диагностических и лечебных вмешательств. Напротив, любой эпизод икоты продолжительностью более 48 часов считается патологическим и требует исключения органических причин икоты, которые представлены в таблице 19.

Таблица 19 — Основные причины икоты

Группа причин	Заболевания
Центральная нервная система — центральная икота	
Сосудистые причины	Ишемический и геморрагический инсульты
Инфекционные причины	Менингит, энцефалит
Другие причины	Травма головного мозга, опухоль головного мозга, оптиконевромиелит, рассеянный склероз, эпилепсия, болезнь Паркинсона
Периферическая нервная система (диафрагмальный, блуждающий и симпатический нервы) — периферическая икота	
Гастроэнтерологические заболевания	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эозинофильный эзофагит, инфекционные эзофагиты, злокачественное новообразование пищевода, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, абсцесс брюшной полости, опухоли брюшной полости, кишечная непроходимость
Заболевания дыхательной системы	Бронхиальная астма, злокачественное новообразование бронхов, пневмония, туберкулез, бронхит
Заболевания сердечно-сосудистой системы	Инфаркт миокарда, перикардит, аневризма грудного отдела аорты, нарушения ритма
Оториноларингологические заболевания	Опоясывающий лишай, ринит, отит, фарингит, инородное тело в носу или ухе
Другие причины	
Лекарственные препараты	Глюкокортикостероиды, морфин, барбитураты, бензодиазепины, антибиотики (макролиды), агонисты дофамина, химиотерапевтические препараты
Хирургические вмешательства	Трахеостомия, катетеризация центральной вены, эндоскопические вмешательства (бронхоскопия), наркозные средства, оперативные вмешательства
Психосоматические причины	Тревога, возбуждение, стресс, страх
Электролитные нарушения и нарушение обмена веществ	Гипокалиемия, гипокальциемия, гипонатриемия, гипокапния, почечная недостаточность, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет

Тестовые задания для самоконтроля к главе 2

Выберите один правильный ответ.

1. ТЕРМИНОМ *ДИСФАГИЯ* ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ

- 1) ощущение инородного тела или сужения на уровне глотки
- 2) ощущение препятствия нормальному прохождению проглатываемой пищи
- 3) боль в грудной клетке, возникающую при прохождении пищи по пищеводу
- 4) ощущение жжения за грудиной, распространяющееся вверх, вплоть до шеи

2. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА С ДИСФАГИЕЙ, АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ИММУНОГЛОБУЛИНА Е СЫВОРОТКИ КРОВИ

- 1) ахалазия кардии
- 2) аденокарцинома пищевода
- 3) эозинофильный эзофагит
- 4) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

3. КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПАЦИЕНТУ С ИЗЖОГОЙ И ОТСУТСТВИЕМ ЭФФЕКТА ОТ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

- 1) манометрию высокого разрешения
- 2) суточную рН-импедансометрию
- 3) рентгеноскопию пищевода и желудка
- 4) дуоденальное зондирование

4. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

- 1) боль в эпигастральной области
- 2) отсутствие органических заболеваний
- 3) общая продолжительность болей не менее шести месяцев
- 4) связь болей с изменением частоты и формы стула

5. КАКОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ПРИ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИИ

- 1) рентгеноскопия пищевода и желудка
- 2) суточная рН-импедансометрия
- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) компьютерная томография органов брюшной полости

6. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СТОИТ ЗАПОДОЗРИТЬ У ПАЦИЕНТА С ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЯЗВЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ В ПОСТЛУКОВИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ДИАРЕЕЙ

- 1) синдром Золлингера — Эллисона
- 2) рак желудка
- 3) язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки
- 4) симптоматические язвы на фоне гиперкортицизма

3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ

3.1. Основные клинические симптомы и синдромы при заболеваниях кишечника

Общее предположение о круге дифференциального диагноза при заболеваниях тонкой и толстой кишки, так же как и при поражении других отделов желудочно-кишечного тракта, основывается на выявлении синдрома или симптома, в наибольшей степени беспокоящего пациента (табл. 20).

Таблица 20 — Основные синдромы и симптомы при заболеваниях тонкой и толстой кишки

Симптом	Определение
Диарея	Частое или однократное опорожнение кишечника с выделением жидких каловых масс (содержание воды в фекалиях более 70%, масса стула более 300 г в сутки, 6–7-й тип по Бристольской шкале форм кала). <i>В клинической практике сложно определить массу и объем жидкости в кале, для правильной трактовки симптома рекомендовано использовать Бристольскую шкалу</i>
Запор	Изменение консистенции кала в соответствии с 1-м и 2-м типом консистенции стула по Бристольской шкале формы стула: «отдельные твердые комочки кала в виде “орешков”» и «кал нормальной формы, но с твердыми комочками»
Метеоризм	- Субъективное ощущение вздутия; - субъективное или видимое на глаз увеличение окружности живота (растяжение); - неконтролируемое выделение дурно пахнущих газов через анус (флатуленция); - громкое урчание (борборигмы)
Абдоминальные боли	- Нередко связаны с дефекацией (могут уменьшаться после стула), связаны с изменением характера стула; - типичная локализация: околопупочная область при заболеваниях тонкой кишки, фланковые, подвздошные области при заболеваниях толстой кишки. <i>Боль другой локализации не исключает патологии кишечника!</i>
Тенезмы	Резущие, тянущие, жгущие боли в области прямой кишки, без выделения кала, возникают при патологии прямой кишки
Гематокезия	Определение неизменной крови (алого цвета) в стуле
Недержание кала	Нарушение способности удерживать до подходящего момента времени и контролировать отхождение газа и стула
Мальабсорбция *	Комплекс кишечных и внекишечных симптомов, обусловленных нарушением всасывания пищевых веществ в тонкой кишке (критерии представлены в главе 4)
Экзикоз (дегидратация)	Синдром, возникающий вследствие острой потери воды и солей, обеднения водных депо организма, приводящих к нарушению деятельности нервной и сердечно-сосудистой систем
Примечание: * — исторически выделяют также синдром мальдигестии — недостаточности пищеварения или нарушения переваривания пищевых веществ вследствие некомпенсированного снижения секреторной функции желудка, поджелудочной железы, кишечника, желчеотделения. В настоящее время под термином мальабсорбция чаще подразумевают и мальдигестию, и собственно мальабсорбцию.	

Стоит отметить, что на этапе сбора жалоб целесообразно использовать шкалы, которые позволяют объективизировать некоторые симптомы пациента: для определения типа нарушения стула используют Бристольскую шкалу форм кала (рис. 14), а для оценки интенсивности абдоминальной боли и эффекта спазмолитической терапии на повторных осмотрах пациента можно применять визуальную аналоговую шкалу боли.

	Тип 1 Отдельные твердые комки, как орехи
	Тип 2 В форме колбаски, комковатый
	Тип 3 В форме колбаски, с ребристой поверхностью
	Тип 4 В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий
	Тип 5 Мягкие маленькие шарики с ровными краями
	Тип 6 Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул
	Тип 7 Водянистый, без твердых частиц

Рисунок 14 — Бристольская шкала форм кала (*источник: <https://therapy.irkutsk.ru/>*)

В литературе нередко упоминается синдром «кишечной диспепсии», который объединяет диарею, запор (или их чередование) и метеоризм. В клинической практике при проведении дифференциального диагноза зачастую решающее значение имеет определение типа нарушения стула.

3.2. Дифференциальный диагноз при диарее

Key points

- В первую очередь необходимо определить, нет ли у пациента острой диареи (длительностью до двух-трех недель). В этом случае первый шаг — исключение инфекционного характера диареи и *Cl. difficile* — ассоциированного колита.
- При исключении основных причин острой диареи и/или при ее хроническом течении рационально для проведения дальнейшего дифференциального диагноза определить тип диареи и/или сопутствующий синдром (рис. 19).
- Воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит и болезнь Крона) и колоректальный рак должны быть рассмотрены у каждого пациента с гиперэкссудативной диареей и гематохезией.
- У пациентов с любой хронической диареей необходимо исключать целиакию, что связано с большой долей атипичных форм и стертостью клинических проявлений.
- При отсутствии органической патологии помните о критериях функциональных расстройств — синдроме раздраженного кишечника и функциональной диарее (*они являются диагнозом исключения!*)

I этап дифференциального диагноза: определить характер течения — острая или хроническая диарея.

Острая диарея — изменение стула в соответствии с 6–7-м типами по Бристольской шкале продолжительностью до 2–3 недель (табл. 21).

Хроническая диарея — стойкое изменение стула в соответствии с 6–7-м типами по Бристольской шкале, сохраняющееся более 3–4 недель.

Таблица 21 — Дифференциальный диагноз при острой диарее у взрослых пациентов

Ключевые факторы	Диагностика	Заболевание
Эпиданамнез <i>Интоксикация</i>	Серологическая и бактериологическая диагностика	Инфекционная диарея
Связь с приемом определенных продуктов	Тесты на лактазную недостаточность: 1. Водородный дыхательный тест 2. Генетический тест на лактазную недостаточность (полиморфизм LCT-13910:С/Т) 3. Определение активности лактазы в образце слизистой ДПК	Энзимопатии (лактазная недостаточность и другие)
	Чрезмерное потребление жидкости	
Связь с приемом лекарственных препаратов	Цитостатики	Мукозиты, ассоциированные с химиотерапией
	Антибиотики	Антибиотик-ассоциированная диарея <i>Cl. difficile</i> — ассоциированный колит
	Слабительные препараты	Лаксативная болезнь
	Другие препараты	Побочные эффекты лекарственных препаратов
Состояние после органной трансплантации	Реакция «трансплантат против хозяина»	

Ключевым моментом I этапа дифференциального диагноза является при наличии острой диареи с симптомами интоксикации исключение инфекционного характера диареи и *Cl. difficile* — ассоциированного колита. При исключении причин, приведенных в таблице 21, дальнейший дифференциальный диагноз проводят, как при хронической диарее.

Nota bene!

Инфекционная диарея за редким исключением (туберкулез, иерсиниоз) носит кратковременный характер. Не стоит рассматривать дизентерию и сальмонеллез у пациента с диареей в течение нескольких лет!

II этап дифференциального диагноза: определение типа диареи. Патологические типы диареи и их особенности представлены в таблице 22.

Таблица 22 — Патофизиологические типы диареи

Тип диареи	Патогенетические механизмы	Стул	Заболевания
Гиперсекреторная диарея (секреторная)	Активная и пассивная секреция воды, ионов Na ⁺ , K ⁺ и Cl ⁻	<ul style="list-style-type: none"> - Обильный, водянистый (> 1 л/сут), безболезненный - Объем стула не уменьшается при голодании - Ночная диарея - Остаточная осмолярность стула менее 50 мОсмоль/кг 	<ul style="list-style-type: none"> - Инфекции (холера, ротавирус и др.) — острая диарея - Синдром избыточного бактериального роста - Нейроэндокринные опухоли (ВИПома, гастринома, карциноид) - Прием слабительных препаратов группы антрахинонов (лист сенны, кора крушины), антибиотиков, простагландинов, некоторых химиотерапевтических препаратов (в частности, 5-фторурацила) - Мальабсорбция желчных кислот (после резекции тонкой кишки, холецистэктомии или идиопатическая) - Микроскопический колит - Алкоголь-индуцированное воспаление кишечника - Эндокринные причины: надпочечниковая недостаточность, гипертиреоз - Кишечная лимфангиоэктазия - Лимфома - Амилоидоз - Болезнь Уиппла - Аутоиммунная энтеропатия - Гипогаммаглобулинемическая спру (гипогаммаглобулинемическая энтеропатия)
Гиперосмолярная диарея (осмолярная)	Абсорбция воды и электролитов в результате накопления в кишке осмотически активных веществ	<ul style="list-style-type: none"> - Обильный (полифекалия), содержащий остатки непереваренной пищи - Объем стула уменьшается при голодании - В копрограмме стеаторея, креаторея - Остаточная осмолярность стула более 125 мОсмоль/кг 	<ul style="list-style-type: none"> - Ферментопатии (лактазная, фруктазная недостаточность) - Целиакия, нецелиакийная чувствительность к глютену - Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы - Прием осмотических слабительных: сахарные спирты (маннит, сорбит, ксилит) - Прием диетических продуктов, напитков, жевательной резинки, содержащих заменители сахара (сорбит, маннит и другие)

Окончание таблицы 22

Тип диареи	Патогенетические механизмы	Стул	Заболевания
Гиперэкссудативная (экссудативная)	Повреждения слизистой оболочки кишки, при которых нарушаются проницаемость стенки и функция клетки	<ul style="list-style-type: none"> - Частый малообъемный стул с примесью крови в кале - Боли в животе, тенезмы, лихорадка - В копрограмме: лейкоциты, эритроциты 	<ul style="list-style-type: none"> - Воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) - <i>Cl. difficile</i> — ассоциированный колит - Колоректальный рак - Ишемический колит - Дивертикулярная болезнь - Острые и хронические инфекции (дизентерия, туберкулез и другие) - Лучевой колит - Эозинофильный колит *
Дискинетическая (гиперкинетическая)	Повышенная скорость транзита химуса по кишечнику: неврогенная стимуляция, гормональная стимуляция (секретин, простагландины, серотонин и др.), фармакологическая стимуляция (слабительные средства антрохинового ряда, изофенин, фенолфталеин), сниженная скорость транзита	<ul style="list-style-type: none"> - Малообъемный стул - Нет ночных симптомов - Ускорение или замедление транзита 	<ul style="list-style-type: none"> - Синдром раздраженного кишечника с диареей - Функциональная диарея - Гипертиреоз - Системная склеродермия **
Примечание: * — в настоящее время нет единой позиции о генезе и диагностических критериях эозинофильного колита; ** — для системной склеродермии более характерны запоры.			

Возможным дифференциальным подходом, часто используемым в зарубежной литературе, является деление диареи на три типа:

- *водянистую* (watery), которая включает в себя секреторную, осмотическую и гиперкинетическую;
- *кровянистую* или *воспалительную* (bloody), эквивалентом которой является экссудативная диарея;
- *жировую* (fatty) с преобладанием стеатореи в копрограмме.

Еще один подход к дифференциальному диагнозу — определение вида диареи в зависимости от уровня поражения желудочно-кишечного тракта (табл. 23).

Таблица 23 — Классификация диареи по уровню поражения ЖКТ *

Тип	Клинические особенности
Энтеральный (воспаление слизистой оболочки тонкой кишки)	Умеренное учащение стула (до 4–6 раз в сутки), очень обильные испражнения, в которых содержатся остатки непереваренной пищи. Характерна стеаторея («жирный кал»). Диарея нередко сопровождается болями вокруг пупка
Колитический (чаще при поражении слизистой оболочки дистальных отделов кишки)	Очень частый стул (10–15 раз в сутки), сопровождающийся тенезмами (болезненными позывами к дефекации). Испражнения скудные, часто с примесью слизи и крови
Желудочный (при снижении секреторной функции желудка, сопровождающемся нарушениями переваривания белков и быстрым опорожнением желудка)	Умеренное учащение стула (до 4–6 раз в сутки), испражнения жидкие, темного цвета, с остатками непереваренной пищи, нередко с неприятным гнилостным запахом (нарушение переваривания белков), со слизью. Диарея часто сопровождается чувством переполнения и тупыми распирающими болями в эпигастральной области
Панкреатический (при снижении внешнесекреторной функции поджелудочной железы)	Умеренное учащение стула, испражнения обильные (полифекалия), кашицеобразные или жидкие, характерны стеаторея и неприятный гнилостный запах. Диарея сопровождается болями в верхней половине живота, иногда опоясывающего характера, метеоризмом, похуданием
Примечание: * — классификация по А. В. Струтынскому и соавт., 1997 (Основы семиотики заболеваний внутренних органов : атлас / А. В. Струтынский, А. П. Баранов, Г. Е. Ройтберг, Ю. П. Гапоненков. Москва, 1997. 224 с.).	

III этап дифференциального диагноза — определение нозологической причины хронической диареи (табл. 24).

Таблица 24 — Диагностические критерии и характеристика заболеваний, сопровождающихся различными патофизиологическими типами хронической диареи

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Гиперсекреторная диарея	
Нейроэндокринные опухоли (ВИПома, гастринома, карциноид, глюкагонома)	<u>ВИПома (синдром Вернера — Моррисона)</u> 1. Клинические проявления: водянистая диарея, гипокалиемия, ахлоргидрия, метаболический ацидоз. 2. Лабораторная диагностика: вазоактивный интестинальный пептид сыворотки крови (ВИП)

Продолжение таблицы 24

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>3. Инструментальная диагностика: визуализация первичной опухоли (чаще поджелудочная железа).</p> <p><u>Гастронома (синдром Золлингера — Эллисона)</u></p> <p>1. Клинические проявления: агрессивное и рефрактерное течение язвенной болезни, изжога и диарея, уменьшающаяся при приеме ингибиторов протонной помпы.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: гастрин сыворотки крови.</p> <p>3. Инструментальная диагностика: визуализация первичной опухоли (чаще поджелудочная железа и двенадцатиперстная кишка).</p> <p><u>Карциноидный синдром</u></p> <p>1. Клинические проявления: покраснение кожи (горячие приливы), диарея (обычно после еды), свистящие хрипы.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: 5-гидроксииндолуксусная кислота в моче.</p> <p>3. Инструментальная диагностика: визуализация первичной опухоли (чаще нейроэндокринные опухоли ЖКТ).</p> <p><u>Глюкагонома</u></p> <p>1. Клинические проявления: похудание, анемия, некролитическая мигрирующая эритема, сахарный диабет, диарея, хейлит, глоссит, стоматит и диспепсия.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: глюкагон сыворотки крови.</p> <p>3. Инструментальная диагностика: визуализация первичной опухоли (поджелудочная железа)</p>
<p>Прием слабительных препаратов группы антрахинонов (лист сенны, кора крушины), антибиотиков, простагландинов, химиотерапевтических препаратов (5-фторурацил)</p>	<p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов.</p> <p>2. Анамнестические данные: четкая связь с применением лекарственных препаратов</p>
<p>Мальабсорбция желчных кислот (хологенная диарея)</p>	<p>1. Клинические проявления: водянистая диарея.</p> <p>2. Анамнестические данные: резекция тонкой кишки, холецистэктомия.</p> <p>3. Лабораторная и инструментальная диагностика: SeHCAT-тест *, уровень 7α-гидрокси-4-холестен-3-1 (C4) в сыворотке крови, желчные кислоты в кале, пробное лечение секвестрантами желчных кислот (холестирамин)</p>
<p>Микроскопический колит</p>	<p>1. Клинические проявления: водянистая диарея, часто в ночное время, не сопровождается снижением массы тела и абдоминальным болевым синдромом.</p> <p>2. Анамнестические данные: женский пол, средний возраст, курение, прием лекарственных препаратов (ингибиторы протонной помпы, антидепрессанты и др.)</p>

Продолжение таблицы 24

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>3. Лабораторная диагностика: без изменений (включая фекальный кальпротектин).</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - колоноскопия — без патологических изменений; - гистологическое исследование (основной метод диагностики): лимфоцитарный колит — увеличение числа интраэпителиальных лимфоцитов более 20/100 клеток, коллагенозный колит — увеличение толщины субэпителиальной коллагеновой полосы более 10 мкм
Эндокринные причины: надпочечниковая недостаточность, гипертиреоз	<p>1. Клинические проявления: клиника основного заболевания.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: ТТГ, Т4, кортизол сыворотки крови, АКТГ</p>
Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке	<p><i>Не является диагнозом!</i></p> <p>1. Клинические проявления: клиника основного заболевания (хронический панкреатит, билиарная дисфункция, болезни оперированного желудка) в сочетании с диареей, метеоризмом.</p> <p>2. Диагностика: количественный анализ посева аспирата содержимого тонкой кишки, дыхательный водородный тест</p>
Лимфангиоэктазия тонкой кишки	<p>1. Клинические проявления: диарея, массивные периферические отеки, связанные с потерей белка и жидкости, боли в животе.</p> <p>2. Инструментальная диагностика: ЭГДС и гистологическое исследование слизистой оболочки ДПК — дилатация лимфатических сосудов в слизистом и подслизистом слоях.</p> <p><i>Первичная лимфангиоэктазия (болезнь Вальдмана) — наследственное заболевание. Вторичная возникает на фоне сопутствующих заболеваний ЖКТ</i></p>
Лимфома и другие злокачественные новообразования тонкой кишки	<p>1. Клинические проявления: диарея, мальабсорбция, интоксикационный синдром, резистентность к антидиарейной терапии, быстрое прогрессирование симптомов.</p> <p>2. Инструментальная диагностика: энтероскопия и гистологическое исследование слизистой оболочки тонкой кишки</p>
Амилоидоз кишечника	<p>1. Клинические проявления: сочетание диареи, мальабсорбции, похудения и абдоминальной боли с поражением сердца, почек и периферической нервной системы.</p> <p>2. Инструментальная диагностика: эндоскопическое исследование (ЭГДС, энтероскопия, колоноскопия) и гистологическое исследование слизистой оболочки (ДПК, прямая кишка) с окраской конго красным и последующей микроскопией в поляризованном свете</p>
Болезнь Уиппла	<p>1. Клинические проявления: диарея, абдоминальная боль, похудание, артриты, лихорадка, лимфаденопатия. Заболевание чаще встречается у пациентов мужского пола.</p> <p>2. Инструментальная диагностика: эндоскопическое исследование (ЭГДС, энтероскопия) и гистологическое исследование слизистой</p>

Продолжение таблицы 24

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	оболочки с PAS-реакцией, окраска по Цилю — Нильсену, электронно-микроскопическое исследование пораженных тканей
Аутоиммунная энтеропатия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: диарея, мальабсорбция, похудание. 2. Анамнестические данные: начало в детском возрасте, частое сочетание с другой аутоиммунной патологией (сахарный диабет 1-го типа, аутоиммунный тиреоидит, аутоиммунный гепатит). 3. Лабораторная диагностика: антитела к энтероцитам. 4. Инструментальная диагностика: ЭГДС или энтероскопия с гистологическим исследованием слизистой тонкой кишки (атрофия ворсинок, гиперплазия крипт, крипт-абсцессы, лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки тонкой кишки)
Гипогамаглобулинемическая энтеропатия и другие первичные иммунодефицитные состояния	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: диарея, мальабсорбция, инфекционные осложнения. 2. Лабораторная диагностика: снижение уровня γ-глобулинов, иммуноглобулинов А и G. 3. Инструментальная диагностика: эндоскопическое исследование (ЭГДС, энтероскопия) и гистологическое исследование слизистой оболочки желудка и тонкой кишки (атрофия слизистой оболочки желудка и ворсинок тонкой кишки, лимфоцитарная инфильтрация, образование лимфоидных фолликулов в собственной пластинке, резкое уменьшение плазматических клеток)
Гиперосмолярная диарея	
Ферментопатии (лактазная, фруктазная недостаточности)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: диарея, метеоризм, вздутие живота, абдоминальная боль. Симптомы зачастую связаны с приемом лактозосодержащих продуктов. 2. Диагностика: <ul style="list-style-type: none"> - водородный дыхательный тест; - генетический тест на лактазную недостаточность (полиморфизм LCT-13910:С/Т); - определение активности лактазы в образце слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. <i>Диагностика других ферментопатий осуществляется при помощи водородного дыхательного теста и определения активности ферментов в образце слизистой двенадцатиперстной кишки, однако данные методики не распространены повсеместно</i>
Целиакия (глютеновая энтеропатия)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: <ul style="list-style-type: none"> - типичная форма — диарея, мальабсорбция, похудание, задержка роста у детей; - нетипичные формы: другие гастроинтестинальные симптомы (абдоминальная боль, вздутие живота, запоры), железодефицитная анемия, синдром цитоллиза, кожные проявления (герпетиформный дерматит, алопеция, афтозный стоматит), неврологические симптомы (нейропатия, мигрень, атаксия, депрессия, аутизм), бесплодие, остеопороз, артралгии/артриты, слабость

Продолжение таблицы 24

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>2. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - антитела к тканевой трансглутаминазе IgA (TTG-IgA) в сочетании с определением общего IgA (скрининг), антитела к эндомизию IgA (EMA-IgA), антитела к деамидированным пептидам глиадина IgA (DGP-IgA); - генетический тест (HLA-DQ2 и HLA-DQ8): наличие полиморфизма в гене — не обязательный критерий диагностики; полиморфизм должен быть у всех пациентов с целиакией, но для постановки диагноза необходимо наличие других диагностических критериев. <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС (энтероскопия) — сглаженность складок, складки зубчатого вида, отсутствие ворсинок при увеличении, поперечная исчерченность и мозаичность слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (рис. 15) (<i>нормальный вид слизистой не исключает целиакии!</i>); - гистологическое исследование — увеличение количества интраэпителиальных лимфоцитов, гиперплазия крипт, атрофия ворсинок. <i>Требуется забор биоптатов слизистой оболочки залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки (минимум 4 биоптата из 4 квадратов нисходящей и 2 из луковичи)!</i>
Нецелиакийная чувствительность к глютену **	<p>1. Клинические проявления: боли в животе, вздутие живота, диарея, реже запоры, слабость.</p> <p>2. Анамнестические данные: связь появления симптомов с приемом глютенсодержащих продуктов.</p> <p>3. У пациентов обязательно должны <u>отсутствовать</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - антитела к тканевой трансглутаминазе, эндомизию, деамидированному глиадину; - выраженная атрофия слизистой оболочки тонкой кишки; - аллергия на пшеницу
Прием осмотических слабительных, диетических продуктов, напитков, жевательной резинки, содержащих заменители сахара (сорбит, маннит и др.)	<p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов.</p> <p>2. Анамнестические данные: четкая связь с употреблением осмотических слабительных, диетических продуктов, напитков, жевательной резинки, содержащих заменители сахара (сорбит, маннит)</p>
Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы	<p>1. Клинические проявления: диарея, полифекалия, абдоминальные боли, вздутие живота, метеоризм, похудание.</p> <p>2. Анамнестические данные: хронический панкреатит, резекция поджелудочной железы, муковисцидоз, рак поджелудочной железы, целиакия, синдром короткой кишки и другие причины вторичной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: эластаза-1 кала, определение содержания жира в кале, оценка активности химотрипсина в кале, дыхательный тест с жирами, мечеными ¹³C (смотри главу 7)</p>

Продолжение таблицы 24

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Синдром короткой кишки	1. Клинические проявления: нет специфических симптомов. 2. Анамнестические данные: хирургическое удаление большей части тощей и (или) подвздошной кишки; исключение различных отделов тонкой кишки из процессов переваривания и всасывания (шунтирующие бариатрические операции, наложение еюно-или илеостомы, наложение анастомоза между проксимальными отделами тонкой и толстой кишки в обход баугиниевой заслонки, межкишечные свищи)
Гиперэкссудативная	
Язвенный колит	1. Клинические проявления: - диарея, кровь в стуле (гематокезия), тенезмы, слабость, повышение температуры, реже — боли в животе; - внекишечные проявления: артропатии (артралгии, артриты), поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), поражение слизистых (афтозный стоматит), поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит). 2. Лабораторная диагностика: эритроциты, лейкоциты в копрограмме, повышение уровня фекального кальпротектина, анемия (железодефицитная, хронического заболевания), лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение уровня СРБ. 3. Инструментальная диагностика: - колоноскопия — всегда поражена прямая кишка, непрерывное поражение слизистой оболочки толстой кишки, смазанность сосудистого рисунка, контактная кровоточивость, отек, поверхностные эрозии и язвы, псевдополипы (рис. 16); - гистологическое исследование: деформация крипт, плазмодитарная инфильтрация, уменьшение числа бокаловидных клеток, наличие крипт-абсцессов
Болезнь Крона	1. Клинические проявления: - боль в животе, расстройства стула в виде диареи (при дистальном поражении кровь в стуле) и запоров, лихорадка, мальабсорбция; - пальпируемый инфильтрат в правой подвздошной области; - перианальные поражения — рецидивирующие парапроктиты (перианальные, ректовагинальные свищи); - внекишечные проявления: артропатии (артралгии, артриты), поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия), поражение слизистых (афтозный стоматит), поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит). 2. Лабораторная диагностика: эритроциты, лейкоциты в копрограмме, повышение уровня фекального кальпротектина, анемия (железодефицитная, хронического заболевания), лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение уровня СРБ

Продолжение таблицы 24

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - колоноскопия — поражение подвздошной кишки (в большинстве случаев), прерывистое поражение слизистой оболочки, афты, глубокие линейные язвы (язвы-трещины), симптом «булыжной мостовой», стриктуры и устья свищей (рис. 17); - энтероскопия (эндоскопическая, видеокапсульная, КТ/МР-энтерография): стриктуры, межкишечные свищи, язвы слизистой оболочки; - гистологическое исследование: саркоидные гранулемы (15–36% случаев — при биопсии слизистой оболочки), трансмуральный воспалительный инфильтрат
<i>Cl. difficile</i> — ассоциированная болезнь	<p>1. Клинические проявления: диарея, гематохезия, вздутие живота, интоксикация, повышение температуры тела.</p> <p>2. Анамнестические данные: прием антибактериальных препаратов, ГКС, ИПП, предшествующая госпитализация, пожилой возраст, сопутствующие заболевания.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: выявление токсинов А и В <i>Cl. difficile</i> в кале, лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение уровня СРБ.</p> <p>4. Инструментальная диагностика — колоноскопия: при псевдомембранозном колите — очаговые плотно спаянные с подлежащей слизистой оболочкой желто-зеленые наложения, между которыми отмечаются участки с гиперемированной слизистой (рис. 18)</p>
Колоректальный рак	<p>1. Клинические проявления: диарея, запор, гематохезия, похудание, анемия (<i>при раке правых отделов может быть единственным проявлением!</i>)</p> <p>2. Анамнестические данные: наследственность, воспалительные заболевания кишечника, пожилой возраст.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - колоноскопия — определение макроскопического типа опухоли; - гистологическое исследование (основной метод верификации диагноза) — обнаружение морфологических признаков аденокарциномы или других опухолей
Ишемический колит	<p>1. Клинические проявления: постпрандиальная абдоминальная боль, ситофобия, похудание, расстройства стула (диарея, запоры, их чередование). У части пациентов — систолический шум в точке аускультации брюшной аорты.</p> <p>2. Анамнестические данные: пациенты пожилого возраста с мультифокальным атеросклерозом; врожденные сосудистые аномалии, васкулиты. Провоцирующие факторы: запоры, лекарственные средства (антидиарейные, опиаты), физическая нагрузка.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - колоноскопия — сегментарный характер с четкой демаркационной линией (селезеночный угол, правосторонний колит, ректосигмоидный отдел), характерна стадийность эндоскопических

Продолжение таблицы 24

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>изменений: в течение 24–72 ч от эритемы с геморрагиями до язв и цианотичных пятен, «симптом одиночной полоски», более 7 дней — стриктуры, псевдоопухолевые поражения;</p> <p>- УЗДГ, МСКТ висцеральных ветвей брюшной аорты: в ряде случаев выявляются гемодинамически значимый стеноз одной мезентериальной артерии > 70% или стеноз двух и более мезентериальных артерий > 50%;</p> <p>- гистологическое исследование: инфаркт, «клетки-призраки», атрофия крипт, воспалительная инфильтрация, крипт-абсцессы, кровоизлияния, фибриновые тромбы, гиалинизация собственной пластинки</p>
Дивертикулярная болезнь	<p>1. Клинические проявления: боль, диарея, гематохезия, лихорадка, пальпируемый инфильтрат (чаще в левой подвздошной области).</p> <p>2. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм, повышение уровня СРБ, в копрограмме лейкоциты и эритроциты.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <p>- УЗИ кишечника, КТ-энтероколонография — локальное утолщение стенки кишки, отек, болезненность пораженного отдела кишки при исследовании;</p> <p>- колоноскопия — обнаружение устьев дивертикулов.</p> <p><i>При подозрении на осложненную форму дивертикулярной болезни колоноскопия и ирригоскопия не проводятся ввиду риска перфорации!</i></p>
Бактериальные, вирусные и паразитарные инфекции (ВИЧ, туберкулез, иерсиниоз, ЦМВ-инфекция, герпес-вирусная инфекция, амебиаз, лямблиоз, криптоспоридиоз, циклоспоров)	<p>1. Клинические проявления: гематохезия, повышение температуры тела, явления интоксикации.</p> <p>2. Анамнестические данные: отягощенный эпидемиологический анамнез.</p> <p>3. Лабораторная диагностика — основной метод диагностики (серологическая и микробиологическая диагностика).</p> <p>4. Инструментальная диагностика: в ряде случаев эндоскопическая картина (илеоколоноскопия) имеет значение для дифференциального диагноза (смотри раздел 3.3)</p>
Лучевой колит	<p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов.</p> <p>2. Анамнестические данные: локальная лучевая терапия органов малого таза.</p> <p>3. Инструментальная диагностика — колоноскопия: отек и гиперемия слизистой оболочки толстой кишки, контактная кровоточивость, эрозии, язвы</p>
Эозинофильный колит	<p>1. Клинические проявления: диарея, гематохезия, абдоминальная боль, кишечная непроходимость, мальабсорбция и похудание.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: возможна эозинофилия в общем анализе крови.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <p>- колоноскопия — в большинстве случаев нормальная макроскопическая картина;</p>

Продолжение таблицы 24

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>- гистологическое исследование (основной метод диагностики): более 50 эозинофилов в п/зр в восходящей ободочной кишке, более 35 эозинофилов в п/зр в поперечной ободочной кишке, более 25 эозинофилов в п/зр в нисходящей ободочной кишке и сигмовидной кишке</p>
Дискинетическая (гиперкинетическая)	
Синдром раздраженного кишечника с диареей	<p>1. Клинические проявления: рецидивирующая боль в животе, возникающая по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более):</p> <ul style="list-style-type: none"> - связана с дефекацией; - связана с изменением частоты стула; - связана с изменением формы стула (более чем в 25 % дефекаций форма стула 6–7-го типа по Бристольской шкале и менее чем в 25 % дефекаций — 1–2-го типа по Бристольской шкале); - симптомы должны отмечаться у больного последние 3 месяца при общей продолжительности не менее 6 месяцев. <p><i>Диагноз СРК устанавливается при соответствии жалоб пациента вышеперечисленным критериям (Римские критерии IV пересмотра) и исключении органических заболеваний ЖКТ!</i></p>
Функциональная диарея	<p>Клинические проявления:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жидкий или водянистый стул более чем в 25 % дефекаций, без преобладания болей в животе или вздутия живота; - симптомы должны отмечаться у больного последние 3 месяца при общей продолжительности не менее 6 месяцев. <p><i>Диагноз «функциональная диарея» устанавливается при соответствии жалоб пациента вышеперечисленным критериям (Римские критерии IV пересмотра) и исключении органических заболеваний ЖКТ!</i></p>
Гипертиреоз	<p>1. Клинические проявления. <i>Жалобы:</i> повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, плаксивость, нарушение сна, потливость, ощущение сердцебиения, дрожь в теле, потеря веса, диарея, фибрилляции предсердий, эндокринная офтальмопатия. <i>Физикальное обследование:</i> положительные глазные симптомы тиреотоксикоза (Грефе, Кохера, Краузе, Дальримпля, Розенбаха, Штельвага).</p> <p>2. Лабораторная диагностика: снижение уровня ТТГ, повышение — Т3 и Т4, высокий титр антител к тиреопероксидазе и к рецептору ТТГ.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - УЗИ щитовидной железы — увеличение объема щитовидной железы, снижение эхогенности щитовидной железы, усиление ее кровоснабжения; - сцинтиграфия щитовидной железы — диффузное усиление захвата изотопа всей щитовидной железой

Окончание таблицы 24

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Антибиотик-ассоциированная диарея	1. Клинические проявления: нет специфических симптомов. 2. Анамнестические данные: появление симптомов на фоне антибактериальной терапии или в течение 2 месяцев после ее окончания. <i>При развитии наиболее тяжелой формы антибиотик-ассоциированной диареи (<i>Cl. difficile</i> — ассоциированной болезни) диарея носит гиперэкссудативный характер</i>
Примечание: * SeHCAT-тест — радионуклидная диагностика с применением ⁷⁵ Se-гомохолил-таурина для оценки энтерогепатической рециркуляции и потерь желчных кислот с калом (не зарегистрирован в России); ** — в настоящее время нет единой позиции о генезе и диагностических критериях, диагноза нет в МКБ.	

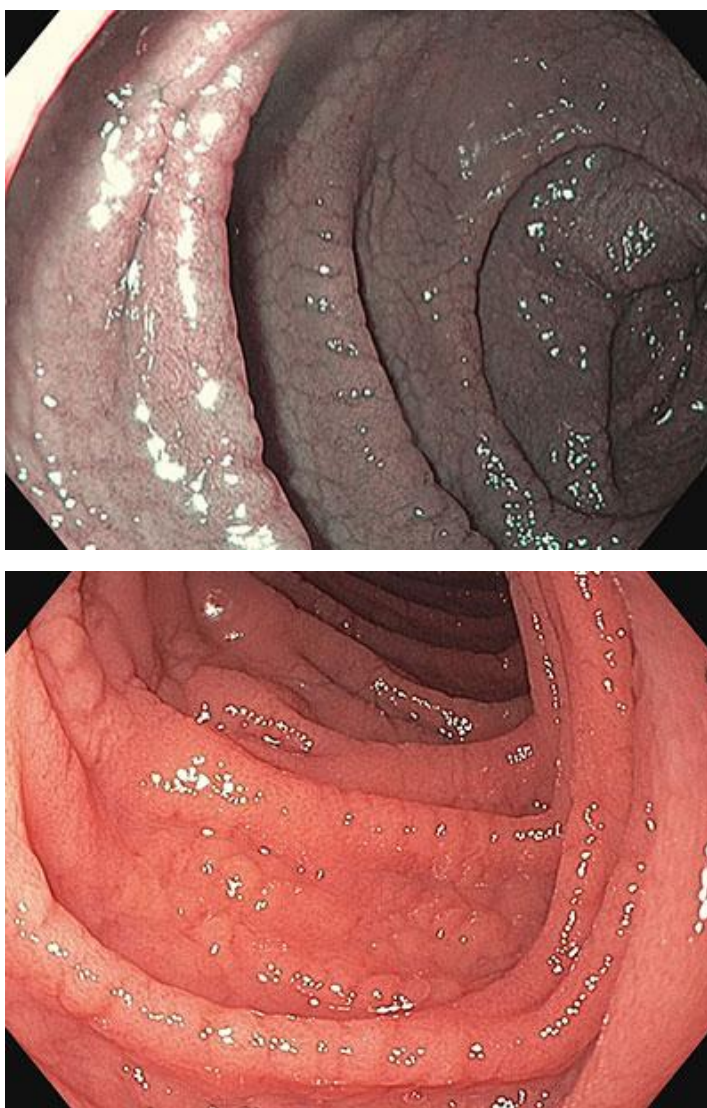


Рисунок 15 — Характерная эндоскопическая картина целиакии: поперечная исчерченность, мозаичность слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, сглаженность складок, отсутствие ворсинок при осмотре в NBI режиме (источник: <https://www.endoscopy-campus.com/en/>)

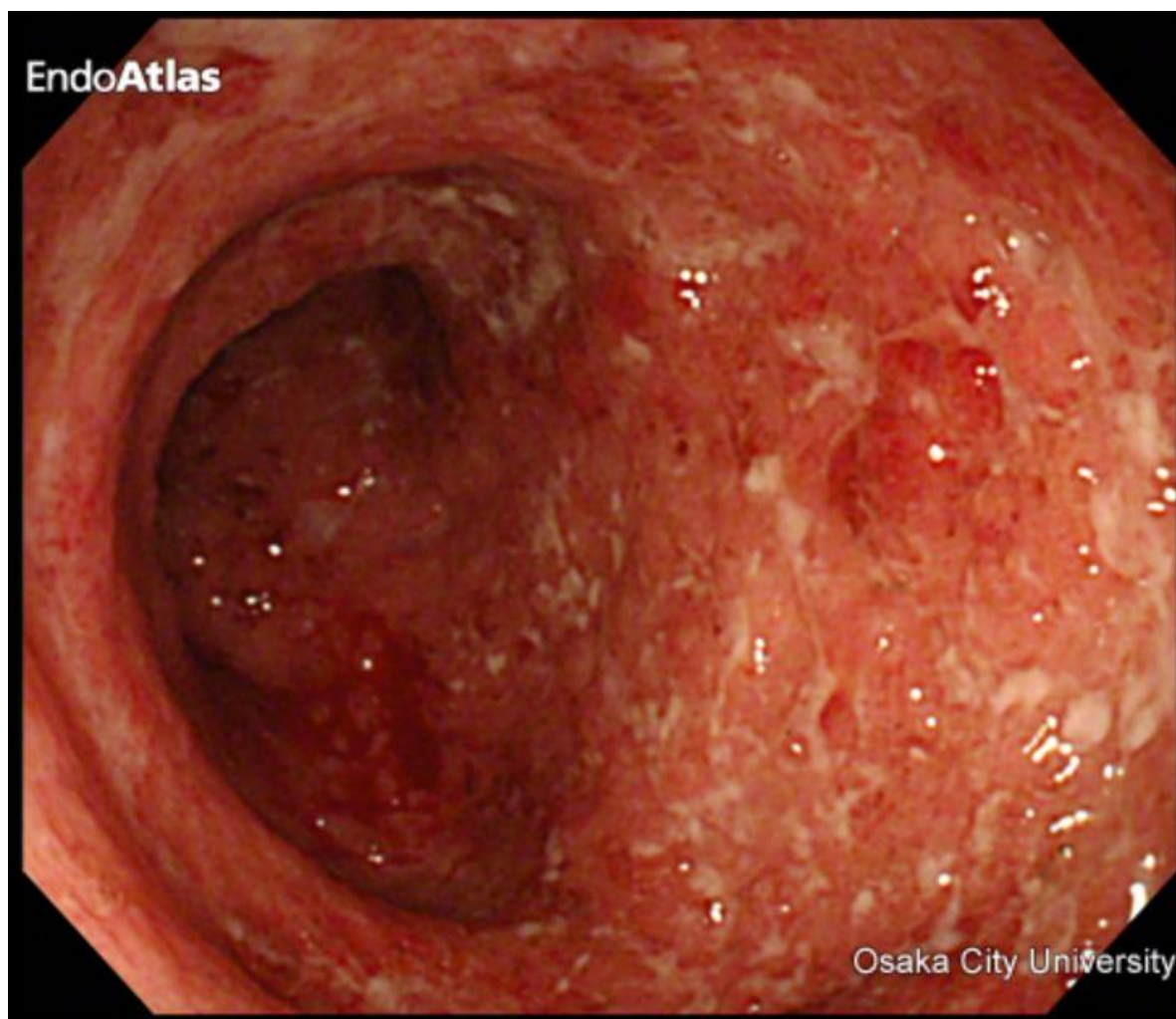


Рисунок 16 — Характерная эндоскопическая картина язвенного колита: непрерывное поражение толстой кишки, контактная кровоточивость, отек, поверхностные эрозии и язвы
(источник: <https://www.endoatlas.net/>)

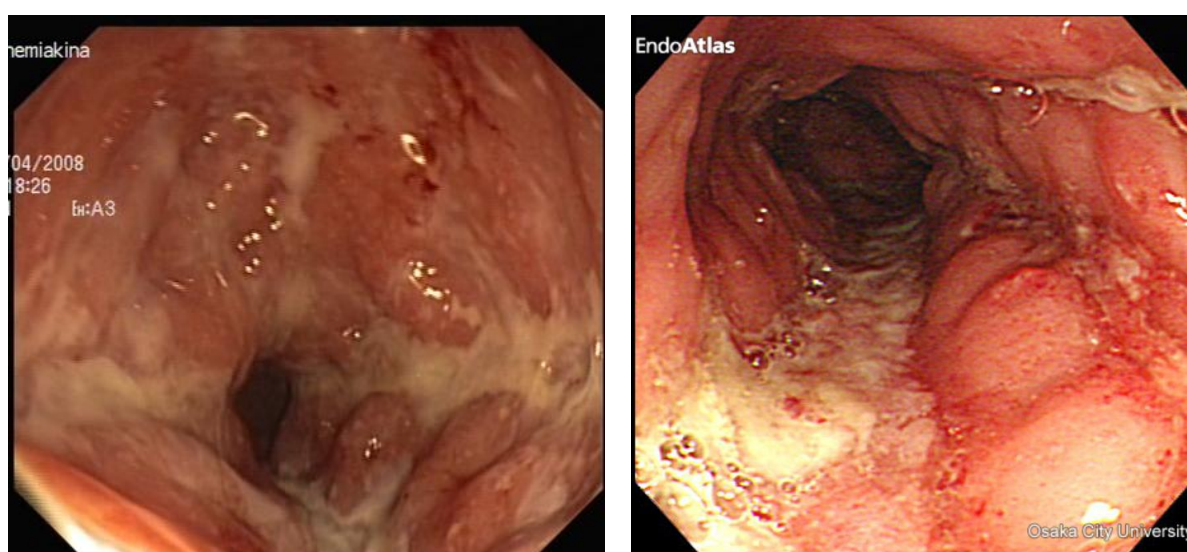


Рисунок 17 — Характерная эндоскопическая картина болезни Крона толстой кишки: прерывистое поражение слизистой оболочки, глубокие линейные язвы (язвы-трещины)
(источник: <https://www.endoatlas.net/>)



Рисунок 18 — Характерная эндоскопическая картина псевдомембранозного колита: множественные, практически totally покрывающие слизистую оболочку толстой кишки, плотно спаянные с подлежащей слизистой оболочкой желтовато-зеленые наложения
(источник: архив ГБУЗ ЧОКБ)

Следует отметить, что в клинической практике достаточно сложно выделить патофизиологический тип диареи, а также в некоторых случаях она имеет смешанный характер. Например, при антибиотик-ассоциированной диарее возможно сочетание гиперкинетического (стимуляция моторики кишечника), гиперосмолярного (неполное всасывание некоторых антибактериальных препаратов в кишке) и гиперэкссудативного (при присоединении инфекции *Cl. difficile*) типов диареи.

Nota bene!

У любого пациента с хронической диареей необходимо исключить целиакию. Это связано с ее потенциально высокой распространенностью и преобладанием атипичных форм над типичной симптоматикой.

При отсутствии возможности выделить ведущий тип диареи возможно использовать алгоритм (рис. 19), основанный на оценке сопутствующих диарее симптомов.

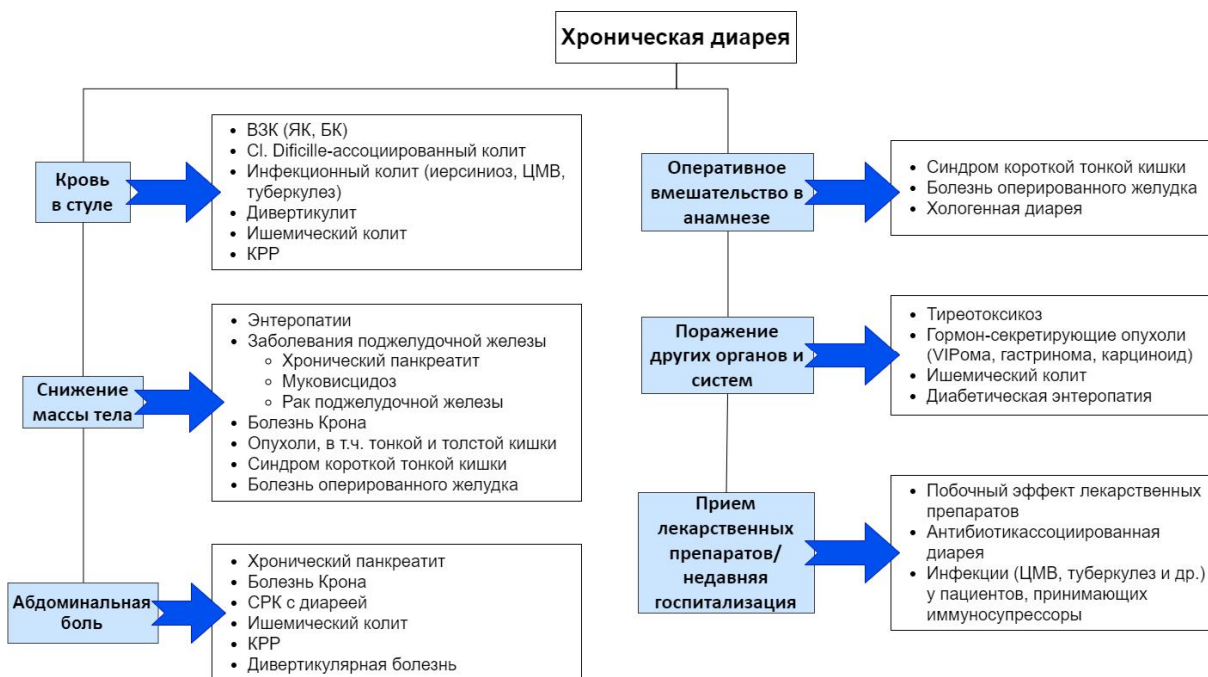


Рисунок 19 — Алгоритм дифференциального диагноза диареи в зависимости от наличия сопутствующих симптомов

Nota bene!

Дисбактериоз: диагноз, которого нет.

Стоит сказать, что постановка «излюбленного» многими врачами и пациентами диагноза «дисбактериоз» в настоящее время неправомерна по нескольким причинам:

- 1. Данного диагноза нет ни в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), ни в МКБ-11.*
- 2. Анализ кала на дисбактериоз не является надежным, воспроизводимым и научно обоснованным методом.*
- 3. Микробиом человека уникален и состоит, по самым скромным подсчетам, более чем из 2000 видов, что затрудняет как оценку микробиоты, так и определение нормы в конкретном клиническом случае.*

Nota bene!

Хронический колит: диагноз, которого нет.

1. Термин «хронический колит» введен В. П. Образцовым в 1895 г. и в МКБ-10 находится под рубрикой K52.9 «Неинфекционный гастроэнтерит и колит неуточненный».

2. Не имеет диагностических критериев и этиологической основы.

3. Даже у здорового человека при колоноскопии возможно увидеть гиперемию слизистой, а при гистологии — инфильтрацию воспалительными клетками как следствие подготовки кишечника к процедуре.

3.3. Дифференциальный диагноз воспалительных заболеваний кишечника

Key points

- Диагноз «язвенный колит» и «болезнь Крона» ставится на основании совокупности клинических, лабораторных и эндоскопических данных.
- Эндоскопические признаки воспалительных заболеваний кишечника могут присутствовать при других заболеваниях, среди которых наиболее частыми являются инфекции и лекарственные поражения.

К воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) относят язвенный колит и болезнь Крона.

Язвенный колит (ЯК) — хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки. Болезнь Крона (БК) — хроническое рецидивирующее заболевание ЖКТ неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений. Несмотря на схожесть клинических проявлений, ЯК и БК являются различными заболеваниями, не способными трансформироваться друг в друга (табл. 25). В ряде случаев при затруднительной постановке первичного диагноза используется термин «неклассифицированное ВЗК».

Недифференцированный колит — понятие, используемое для описания перехлеста гистологических признаков язвенного колита и болезни Крона.

Таблица 25 — Дифференциальный диагноз ЯК и БК

Показатель	ЯК	БК
Клинические проявления	Преобладает диарея с гематохезией, тенезмы. Возможна интоксикация и анемия при тяжелой форме	Преобладают жалобы на боли в животе, хроническая диарея, лихорадка, мальабсорбция, пальпируемый инфильтрат в правой подвздошной области, перианальные поражения (хронические анальные трещины, рецидивирующие после хирургического лечения, свищи, парапроктиты)
Локализация	Толстая кишка, всегда поражается прямая кишка. Тонкая кишка поражается в редких случаях (ретроградный илеит)	Возможно поражение всего ЖКТ. В 40–60 % случаев — подвздошная кишка (терминальный илеит)
Глубина поражения	Слизистая оболочка	Трансмуральное поражение
Лабораторная диагностика	Наличие pANCA и отсутствие ASCA	Наличие ASCA и отсутствие pANCA
Колоноскопия	Непрерывное поражение толстой кишки, контактная кровоточивость, отек, псевдополипы, эрозии и язвы	Прерывистое поражение слизистой оболочки, афты, глубокие линейные язвы (язвы-трещины), симптом «булыжной мостовой», стриктуры и устья свищей
Гистологическое исследование	Деформация крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток, наличие крипт-абсцессов	Саркоидные гранулемы, трансмуральное поражение

Типичными клиническими проявлениями ВЗК являются диарея и абдоминальная боль, дифференциальный диагноз при которых представлен в соответствующих разделах. С меньшей

частотой ведущими синдромами могут быть внекишечные проявления (табл. 26), лихорадка, пальпируемый инфильтрат в брюшной полости или перианальные поражения при БК. В ряде случаев первым проявлением является осложнение ВЗК — ректальное кровотечение, кишечная непроходимость, перфорация кишки, токсический мегаколон, перитонит.

Таблица 26 — Внекишечные проявления ВЗК

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания	Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания	Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями
1. Артропатии (артралгии, артриты) 2. Поражение кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия) 3. Поражение слизистых (афтозный стоматит) 4. Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит) 5. Поражение печени (аутоиммунный гепатит)	1. Первичный склерозирующий холангит 2. Анкилозирующий спондилит (сacroилеит) 3. Остеопороз, остеомаляция 4. Псориаз, псориатический артрит	1. Холелитиаз 2. Стеатоз печени, стеатогепатит 3. Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии 4. Амилоидоз

Специфического лабораторного или инструментального признака, на основании которого ставится диагноз ЯК или БК, нет. Диагностика основана на сочетании клинических, эндоскопических, лучевых и гистологических данных. Эндоскопические методы играют важную роль, поскольку позволяют зафиксировать характерные изменения слизистой оболочки тонкой и толстой кишки. Вместе с тем наличие язв и эрозий может выявляться при других заболеваниях, которые тоже следует учитывать при проведении дифференциального диагноза (табл. 27).

Таблица 27 — Заболевания, сопровождающиеся эндоскопическими изменениями, характерными для воспалительных заболеваний кишечника

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Инфекционные причины	
Туберкулез	1. Клинические проявления: интоксикация, лихорадка, поражение легких, боль в животе и образование в правом нижнем квадранте живота, снижение массы тела, диарея. 2. Анамнестические данные: отягощенный эпидемиологический анамнез. 3. Лабораторная диагностика: туберкулиновая кожная проба, T-SPOT.TB, QuantiFERON-TB. 4. Инструментальная диагностика: - рентгенография/КТ грудной клетки; - илеоколоноскопия: чаще терминальный илеит, поперечные язвы, выраженное рубцевание, зияние илеоцекального клапана; - КТ/МРТ-энтероколонография: асимметричное утолщение стенки кишки, увеличение мезентериальных лимфатических узлов; - гистологическое исследование: казеозные гранулемы, обнаружение микобактерий при окрашивании по Цилю — Нильсену, ПЦР биоптатов

Продолжение таблицы 27

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Иерсиниоз	1. Клинические проявления: фарингит, диарея, узловатая эритема, реактивный артрит. Характерно самостоятельное разрешение симптомов. 2. Лабораторная диагностика: серологическая диагностика. 3. Инструментальная диагностика: - колоноскопия — терминальный илеит, афты в подвздошной и слепой кишке; - гистологическое исследование — атрофия ворсинок и гиперплазия крипт со смешанным острым и хроническим воспалением и очаговым нейтрофильным криптитом
ЦМВ-инфекция	1. Клинические проявления: нет специфических симптомов. 2. Анамнестические данные: прием глюкокортикостероидов и цитостатических препаратов, первичные и вторичные иммунодефициты. 3. Лабораторная диагностика: определение анти-СМV IgM, ПЦР ДНК ЦМВ в сыворотке крови. 4. Инструментальная диагностика: - илеоколоноскопия — дефекты слизистой оболочки, продольные язвы, изменения, похожие на «булыжную мостовую»; - иммуногистохимическое исследование и/или позитивный результат ПЦР в образцах слизистой оболочки кишечника — золотой стандарт
Амебиаз	1. Клинические проявления: диарея с кровью. 2. Анамнестические данные: отягощенный эпидемиологический анамнез. 3. Инструментальная диагностика: - илеоколоноскопия — чаще вовлекаются слепая кишка и правые отделы; язвы с отечными, подрытыми краями и дном с некротическими желтоватыми массами (грязные язвы), окружены пояском гиперемии, слизистая оболочка вне зон поражения мало изменена; - гистологическое исследование: амебы могут выявляться в экссудате, покрывающем кратер язвы (окраска реактивом Шиффа)
Глистная инвазия	1. Клинические проявления: кожные реакции (крапивница, зуд), респираторные проявления (сухой кашель), желудочно-кишечные симптомы (боль в животе, диарея, мальабсорбция). 2. Лабораторная диагностика: эозинофилия в общем анализе крови, серологическая диагностика, копрологическое исследование
Другие инфекционные причины (гистоплазмоз, кампилобактериоз, актиномикоз, мукормикоз и другие)	1. Клинические проявления: клиника специфична для конкретного заболевания. 2. Анамнестические данные: отягощенный эпидемиологический анамнез, прием глюкокортикостероидов и цитостатических препаратов, первичные и вторичные иммунодефициты. 3. Лабораторная диагностика: серологическая диагностика, микробиологическое исследование
Ревматологические заболевания	
Болезнь Бехчета	1. Клинические проявления: рецидивирующие изъязвления слизистой оболочки ротовой полости, генитальные изъязвления, поражение глаз (увеит, васкулит сетчатки), поражение кожи (узловатая эритема, псевдофолликулит и папулопустулезные высыпания)

Продолжение таблицы 27

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>2. Анамнестические данные: этническая принадлежность (страны, которые располагаются вдоль исторического Великого шелкового пути, от Восточной Азии до Средиземноморья).</p> <p>3. Диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - положительный тест патергии — высыпания на коже, возникающие через 24–48 ч на месте укола стерильной иглой; - колоноскопия — поражение илеоцекальной области, перфорированные язвы, прилегающая ткань не воспалена; - определение HLA B5(51) антигена
Другие ревматологические заболевания	Васкулиты (гигантоклеточный артериит, неспецифический аортоартериит, узелковый полиартериит, гранулематоз с полиангиитом, геморрагический васкулит, микроскопический полиангиит, эозинофильный гранулематоз), системная красная волчанка
Лекарственные поражения тонкой и толстой кишки	
НПВП, включая ацетилсалициловую кислоту	<p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: повышение уровня фекального кальпротектина, может быть анемия, гипоальбуминемия.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - илеоколоноскопия — чаще поражение тонкой кишки (НПВП-энтеропатия); - ЭГДС — эрозии, язвенные дефекты слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ (НПВП-гастропатия). <p><i>При НПВП-энтеропатии отмечается регресс клинической и эндоскопической картины после прекращения приема НПВП</i></p>
Иммуноопосредованный колит при применении ингибиторов контрольных иммунных точек (ипилиумаб, ниволумаб, пембролизумаб)	<p>1. Клинические проявления: боль в животе, диарея с кровью.</p> <p>2. Анамнестические данные: появление клиники спустя 5–12 недель с начала терапии.</p> <p>3. Диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - илеоколоноскопия — эндоскопическая картина идентична ВЗК (гиперемия и отек слизистой оболочки, эрозии и язвы); - положительный эффект от назначения ГКС или ингибиторов ФНО-α, регресс клинической и эндоскопической картины после прекращения приема лекарственного препарата
Микофенолат мофетила, препараты для подготовки к колоноскопии (особенно препараты сульфата натрия), диуретики и др.	<p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов.</p> <p>2. Анамнестические данные: четкая связь с приемом лекарственных препаратов</p>
Другие причины	
Ишемический колит	1. Клинические проявления: постпрандиальная абдоминальная боль, ситофобия, похудание, расстройства стула (диарея, запоры, их чередование). У части пациентов — систолический шум в точке аускультации брюшной аорты

Окончание таблицы 27

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>2. Анамнестические данные: пациенты пожилого возраста с мультифокальным атеросклерозом; врожденные сосудистые аномалии, васкулиты. Провоцирующие факторы: запоры, лекарственные средства (антидиарейные, опиаты), физическая нагрузка.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - колоноскопия — сегментарный характер с четкой демаркационной линией (селезеночный угол, правосторонний колит, ректосигмоидный отдел), характерна стадийность эндоскопических изменений: в течение 24–72 ч от эритемы с геморрагиями до язв и цианотичных пятен, «симптом одиночной полоски», более 7 дней — стриктуры, псевдоопухолевые поражения; - УЗДГ, МСКТ висцеральных ветвей брюшной аорты: в ряде случаев выявляются гемодинамически значимый стеноз одной мезентериальной артерии > 70 % или стеноз двух и более мезентериальных артерий > 50 %; - гистологическое исследование: инфаркт, «клетки-призраки», атрофия крипт, воспалительная инфильтрация, крипт-абсцессы, кровоизлияния, фибриновые тромбы, гиалинизация собственной пластинки
Нейтропенический тифлит	<p>1. Клинические проявления: лихорадка, боли в животе (чаще в правом подреберье), диарея, тошнота.</p> <p>2. Анамнестические данные: химиотерапия.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: нейтропения в общем анализе крови</p>
Химический колит (колит, вызванный глютеральдегидом, перекисью водорода и другими химическими веществами)	<p>1. Клинические проявления: острое появление болей в нижних отделах живота, диареи, гематохезии, лихорадки.</p> <p>2. Анамнестические данные: четкая связь появления клиники с накануне проведенной колоноскопией (от нескольких часов до 2 дней).</p> <p>3. Лабораторная диагностика: лейкоцитоз, повышение СОЭ, уровня СРБ.</p> <p>4. Инструментальная диагностика — илеоколоноскопия: эндоскопическая картина сходна с таковой при воспалительных заболеваниях кишечника, ишемическом колите и инфекционных колитах.</p> <p><i>Химический колит может возникнуть в результате случайного загрязнения эндоскопов или введения клизм, содержащих различные химические вещества (глютеральдегид, перекись водорода, рентгеноконтрастные вещества, формалин, эрготамин, плавиковая кислота, серная кислота, уксусная кислота, перманганат калия).</i></p> <p><i>Наибольшее количество зафиксированных случаев химического колита связано с применением глютеральдегида, который широко используется в эндоскопических отделениях в качестве дезинфицирующего средства</i></p>
Редкие причины	Эозинофильный гастроэнтерит, амилоидоз, эндометриоз кишки, дивертикул Меккеля, злокачественные новообразования (лимфома), системный мастоцитоз

3.4. Дифференциальный диагноз при запоре

Key points

- В первую очередь при длительности запора до двух суток и сопутствующих абдоминальных болях необходимо исключить острую кишечную непроходимость.
- Обязательным этапом дифференциального диагноза является исключение симптоматического характера запора.
- При исключении симптоматического запора выставляется диагноз «синдром раздраженного кишечника с запором» или «функциональный запор».

Запор — изменение консистенции кала в соответствии с 1-м и 2-м типом консистенции стула по Бристольской шкале форм стула (отдельные твердые комочки кала в виде «орешков» и кал нормальной формы, но с твердыми комочками).

I этап дифференциального диагноза: при длительности запора до двух суток, сопутствующих абдоминальных болях и нарушении общего состояния необходимо исключить острой кишечной непроходимости. С этой целью пациентам рекомендовано проведение УЗИ и обзорной рентгенографии органов брюшной полости (смотри главу 1). В остальных случаях дифференциальный диагноз следует начинать со следующего этапа.

Nota bene!

При длительном анамнезе запора следует сразу переходить ко II этапу алгоритма дифференциального диагноза запора.

На II этапе дифференциального диагноза при установлении причины запора следует рассматривать его или как симптом, или как самостоятельное заболевание (рис. 20).

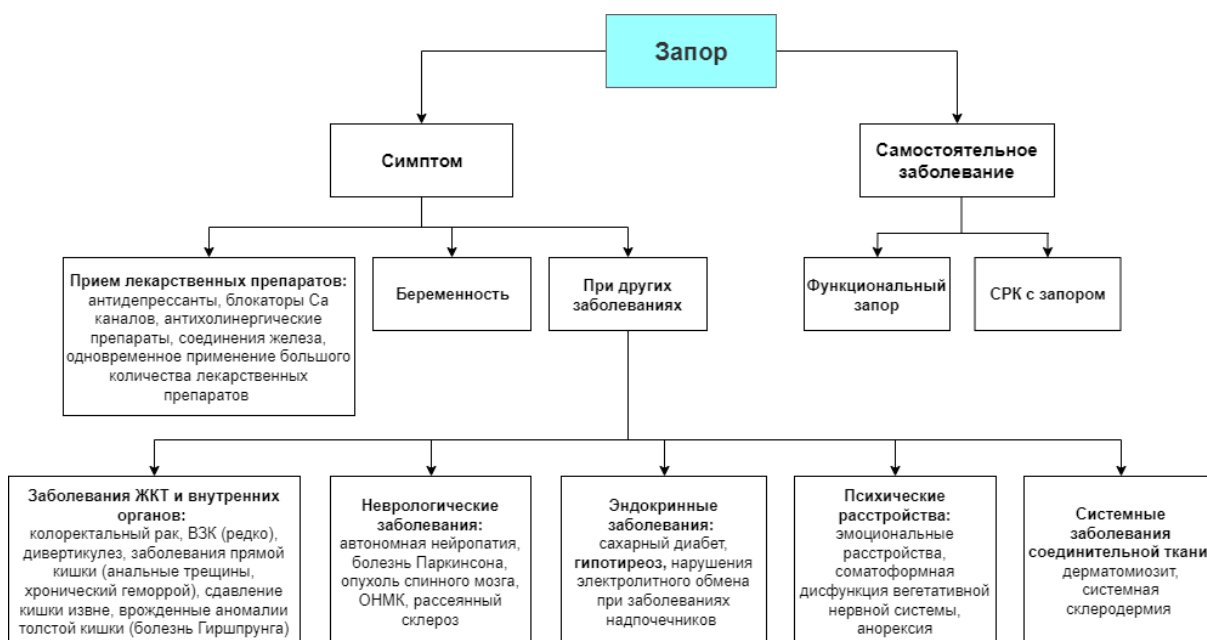


Рисунок 20 — Причины запора

При исключении симптоматического характера запора на основании Римских критериев IV пересмотра выставляется диагноз «СРК с запором» или «функциональный запор».

Диагностические критерии СРК с запором (Римские критерии IV)

Клинические проявления: рецидивирующая боль в животе, возникающая по меньшей мере один раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более):

- связана с дефекацией;
- связана с изменением частоты стула;
- связана с изменением формы стула (при СРК с запором — более чем в 25 % дефекаций, форма стула 1–2 по Бристольской шкале; менее чем в 25 % дефекаций — 6–7 по Бристольской шкале).

Эти симптомы должны отмечаться у больного последние три месяца при общей продолжительности не менее шести месяцев.

Диагноз СРК устанавливается при соответствии жалоб пациента Римским критериям IV и исключении органических заболеваний ЖКТ.

Диагностические критерии функционального запора (Римские критерии IV)

Клиника должна включать два или более из следующих критериев:

- натуживание более чем в 25 % дефекаций;
- комковатый или твердый стул (Бристольская шкала форм стула 1–2) более чем в 25 % дефекаций;
- ощущение неполного опорожнения более чем в 25 % дефекаций;
- мануальные маневры для облегчения более чем 1/4 (25 %) дефекаций (например, пальцевая эвакуация, поддержка тазового дна);
- менее трех самопроизвольных опорожнений кишечника в неделю;
- жидкий стул редко бывает без применения слабительных;
- несоответствие критериям СРК с запором.

Эти симптомы должны отмечаться у больного последние три месяца при общей продолжительности не менее шести месяцев.

3.5. Дифференциальный диагноз при вздутии живота (синдром метеоризма)

Синдром метеоризма включает в себя:

- субъективное ощущение вздутия;
- субъективное или видимое на глаз увеличение окружности живота (растяжение);
- неконтролируемое выделение дурно пахнущих газов через анус (флатуленция);
- громкое урчание (борборигмы).

При внезапном появлении абдоминального вздутия на **I этапе дифференциального диагноза** необходимо исключать острый инфекционный энтерит, острую мезентериальную ишемию, острый панкреатит и острую кишечную непроходимость (смотри главы 1 и 3).

II этап дифференциального диагноза направлен на исключение органических причин вздутия живота (табл. 28).

Таблица 28 — Органические причины вздутия живота

Частые причины вздутия	Редкие причины вздутия
Непереносимость лактозы, фруктозы и других углеводов	Предшествующие операции (фундопликация, бариатрические операции)
Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке	Дивертикулез тонкой кишки
Целиакия	Гастропарез
Хронический панкреатит	Склеродермия
	Гипотиреоз
	Ожирение

После исключения органических причин на **III этапе дифференциального диагноза** принято говорить о наличии функционального расстройства ЖКТ, при этом уточнение диагноза производится в зависимости от наличия сопутствующей вздутию клиники.

К функциональным расстройствам, приводящим к вздутию живота, относят:

- синдром раздраженного кишечника (критерии — смотри дифференциальный диагноз запора и диареи);
- функциональный запор (критерии — смотри дифференциальный диагноз запора);
- функциональную диарею (критерии — смотри дифференциальный диагноз диареи);
- функциональную диспепсию (критерии — смотри дифференциальный диагноз диспепсии);
- функциональное абдоминальное вздутие и растяжение живота.

Функциональное абдоминальное вздутие и растяжение живота — повторяющееся ощущение вздутия/растяжения живота, возникающее в среднем не менее одного дня в неделю, которое обязательно соответствует трем из нижеперечисленных критериев:

1. Вздутие и/или растяжение живота преобладают над другими симптомами.
2. Клиника пациента не подходит под критерии функциональной диспепсии, СРК или другого функционального желудочно-кишечного расстройства.
3. Симптомы отмечаются у больного последние три месяца при общей продолжительности не менее шести месяцев.

Тестовые задания для самоконтроля к главе 3

Выберите один правильный ответ.

1. КАКОМУ ТИПУ ПО БРИСТОЛЬСКОЙ ШКАЛЕ ФОРМ КАЛА СООТВЕТСТВУЕТ ДИАРЕЯ

- 1) 6–7-й тип
- 2) 4–5-й тип
- 3) 1–2-й тип
- 4) 3–4-й тип

2. ОСТРАЯ ДИАРЕЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ

- 1) более трех недель
- 2) до шести месяцев
- 3) до двух-трех недель
- 4) до трех месяцев

3. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ ЯВЛЯЕТСЯ** КРИТЕРИЕМ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ ДИАРЕИ

- 1) обильный стул (полифекалия), содержащий остатки непереваренной пищи
- 2) объем стула не уменьшается при голодании
- 3) в копрограмме стеаторея, креаторея
- 4) остаточная осмолярность стула более 125 мОсмоль/кг

4. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ ПРИЧИНУ ДИАРЕИ С ГЕМАТОХЕЗИЕЙ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И С ВЫЯВЛЕННЫМИ ПО ДАННЫМ КОЛОНОСКОПИИ ЖЕЛТО-ЗЕЛЕНЫМИ НАЛОЖЕНИЯМИ, ПЛОТНО СПАЯННЫМИ С ПОДЛЕЖАЩЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- 1) *Cl. difficile* — ассоциированная болезнь
- 2) язвенный колит
- 3) синдром раздраженного кишечника
- 4) болезнь Крона

5. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НЕПРЕРЫВНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, КОНТАКТНОЙ КРОВОТОЧИВОСТЬЮ, ОТЕКОМ, ПСЕВДОПОЛИПАМИ, ЭРОЗИЯМИ И ЯЗВАМИ

- 1) болезнь Крона
- 2) язвенный колит
- 3) ишемический колит
- 4) псевдомембранозный колит

6. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ ОТНОСИТСЯ** К КРИТЕРИЯМ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

- 1) рецидивирующая боль в животе, возникающая по меньшей мере один раз в неделю
- 2) связь абдоминальной боли с дефекацией
- 3) связь абдоминальной боли с приемом пищи
- 4) связь боли с изменением формы стула

4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЬАБСОРБЦИИ

Key points

- Синдром мальабсорбции объединяет в себе множество симптомов, связанных с нарушением всасывания в тонкой кишке. Он многолик, но основные симптомы — похудание и хроническая диарея.
- При наличии синдрома мальабсорбции у взрослых пациентов целесообразно исключить вторичные причины мальабсорбции. Среди заболеваний тонкой кишки в первую очередь необходимо включить в диагностический поиск целиакию.

4.1. Мальабсорбция: ключевые понятия

Мальабсорбция — нарушение всасывания микро- и макронутриентов в тонкой кишке.

Мальдигестия — нарушенное переваривание пищевых веществ.

Хотя определения мальабсорбции и мальдигестии различаются, пищеварение и абсорбция пищевых веществ — абсолютно взаимосвязанные процессы, поэтому в обычной клинической практике невозможно разграничить эти понятия и в большинстве источников они объединены под термином «мальабсорбция». Ряд авторов в этой ситуации использует обобщенное понятие — **синдром недостаточности питания (мальнутриции или мальассимиляции)**.

Мальнутриция — гетерогенный синдром, обусловленный как дефицитом (тотальным или парциальным) поступающих питательных веществ, так и нарушением их ассимиляции в сочетании с повышенными тратами, что сопровождается стойкими структурными изменениями (снижением клеточной массы), и метаболическими нарушениями, приводящими к снижению функциональных резервов организма и ухудшению клинических исходов заболевания.

Отдельным его проявлением является **белково-энергетическая недостаточность** — состояние, характеризующееся дефицитом или дисбалансом прежде всего в энергетическом и (или) белковом обеспечении организма относительно имеющейся потребности, что приводит к редукции массы тела с нарушением его компонентного состава и (или) истощению висцерального пула белков.

Типы белково-энергетической недостаточности:

- **маразм** — форма белково-энергетической недостаточности, связанная с потерей веса за счет истощения мышц (саркопения) и жирового запаса;
- **квashiоркор** — форма белково-энергетической недостаточности, связанная с истощением висцерального пула белка (гипоальбуминемия, отеки).

Nota bene!

Следует отметить, что нет общепринятого термина для определения состояния питания. В качестве синонимов в отечественной литературе используются термины «пищевой статус», «трофологический статус», «белково-энергетический статус», «нутриционный статус».

В контексте синдрома короткой кишки, который объединяет состояния после резекции тонкой кишки и врожденные аномалии, используют термин **синдром кишечной недостаточности** — снижение функциональной способности тонкой кишки, приводящее к нарушениям процессов внутриполостного и пристеночного гидролиза, а также всасывания нутриентов, воды и электролитов, что сопровождается расстройствами трофологического и водно-электролитного гомеостаза, прогрессирующей недостаточностью питания, часто требующей вспомогательной терапии, включающей инфузионную терапию, а также внутривенное введение электролитов и нутриентов.

4.2. Дифференциальный диагноз мальабсорбции

I этап дифференциального диагноза: выявление клинико-лабораторных признаков мальабсорбции (мальнутриции). Клинические симптомы и связанные с ними лабораторные изменения представлены в таблице 29.

Таблица 29 — Диагностика синдрома мальнутриции

Похудание	<ul style="list-style-type: none"> - ИМТ менее 20 кг/м² (менее 22 кг/м², если пациент старше 70 лет) для лиц европеоидной расы; - ИМТ менее 18,5 кг/м² (менее 20 кг/м², если пациент старше 70 лет) для лиц азиатской расы; - потеря массы тела более чем на 5% в течение предшествующих 6 месяцев или более чем на 10% за период более 6 месяцев
Диарея	Полифекалия (масса кала более 300 г/сутки), стеаторея, креаторея
Абдоминальные боли, вздутие живота	Боли в околопупочной, фланковых областях, могут быть связаны с едой, дефекацией. Абдоминальные боли и вздутие зачастую связаны с синдромом избыточного бактериального роста в тонкой кишке, нарушением моторики
Слабость, снижение работоспособности, снижение мышечной силы, судороги, миалгии	<ul style="list-style-type: none"> - Уменьшение мышечной массы тела при анализе композиции тела; - анемия (дефицит железа, витамина В₁₂, фолиевой кислоты); - гипокалиемия, гипонатриемия; - дефицит микроэлементов (цинк, магний, медь, селен)
Изменения кожи (бледность, сухость, фолликулярный гиперкератоз, себорейный дерматит), извращение вкуса, хейлит, ангулярный стоматит, гунтеровский глоссит, атрофия сосочков языка, малиновый язык, трещины языка, разрыхление и кровоточивость десен, выпадение зубов, ломкость и выпадение волос, слоистость ногтей	<ul style="list-style-type: none"> - Сидеропенический синдром; - дефицит витаминов (В₁, В₂, В₃, В₅, В₆, В₁₂, С), микроэлементов (железо, цинк, магний, медь, селен)
Отеки, асцит, гидроторакс	Гипопротеинемия, гипоальбуминемия

Окончание таблицы 29

Геморрагический синдром	Дефицит витамина К
Нарушение ночного зрения, ксероз склеры и конъюнктивы глаз, кератомалиция	Дефицит витамина А
Остеопороз и патологические переломы	Дефицит витамина D, кальция
Частые инфекционные заболевания	Лимфопения в общем анализе крови
Раздражительность, депрессия, нарушение сна и внимания, сонливость, снижение умственной и физической работоспособности, утрата глубоких сухожильных рефлексов, судорожный синдром, гиперестезии	Дефицит витаминов (В ₁ , В ₂ , В ₃ , В ₅ , В ₆ , В ₁₂), микроэлементов (железо, цинк, магний, медь, селен)
Аменорея, импотенция, вторичный гипопитуитаризм, вторичный гиперпаратиреоз	Вторичные эндокринные нарушения
<i>Лабораторные показатели, которые используются для диагностики нутритивной недостаточности: абсолютное количество лимфоцитов, белки крови (общий белок крови, альбумин, преальбумин, трансферрин, соматомедин С, фибронектин, ретинолсвязывающий белок), глюкоза крови, холестерин, холинэстераза, калий, натрий крови, мочевины, креатинин.</i>	

Для удобства оценки нутритивной недостаточности разработан ряд шкал: краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment — MNA), универсальный скрининг недостаточности питания (Malnutrition Universal Screening Tool — MUST), скрининг нутритивного риска (Nutritional Risk Screening 2002 — NRS-2002) для госпитализированных пациентов.

Дополнительные методы, применяемые для подтверждения нарушений мембранного пищеварения в тонкой кишке, не получили широкого распространения в связи с низкой чувствительностью и высокой стоимостью. К ним относятся:

- тест с D-ксилозой — углеводом, который всасывается через неповрежденную слизистую оболочку тонкой кишки, попадает в кровоток и выводится почками. При мальабсорбции принятая внутрь D-ксилоза выделяется с калом и в моче не определяется;
- пробы с нагрузкой дисахаридами (диагностика дисахаридазной недостаточности и синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке);
- тест по Ван-де-Камеру для диагностики мальабсорбции жиров: пациент получает пищу, содержащую 100 г жира, и собирает кал в течение 72 часов, если с калом выделяется более 5 % жира, это свидетельствует о стеаторее;
- определение активности мембранных ферментов непосредственно в слизистой оболочке тонкой кишки в биоптатах, полученных при энтероскопии.

II этап дифференциального диагноза: поиск причины мальабсорбции. На данном этапе отдельно стоит рассматривать мальабсорбцию у пациентов детского возраста, так как у этой категории больных преобладают врожденные причины.

Врожденные нарушения всасывания — изолированные дефекты транспорта отдельных аминокислот, моносахаридов, жирных кислот, минеральных веществ и витаминов (табл. 30). Характерно начало в раннем детском возрасте, основным проявлением является нарушение развития.

Таблица 30 — Врожденные причины мальабсорбции

Первичные ферментопатии	Недостаточность дисахаридаз (лактазы, сахаразы, изомальтазы, трегалазы), пептидаз (глутеновая энтеропатия), энтерокиназы
Нарушения всасывания углеводов	Нарушение всасывания дисахаридов (лактозы, мальтозы, изомальтозы, сахарозы). Нарушение всасывания моносахаридов (глюкозы, галактозы)
Нарушение всасывания аминокислот	Нарушение всасывания триптофана (синдром голубых пеленок), цистина, метионина, болезнь Хартнупа (нарушение транспорта нейтральных аминокислот)
Нарушение всасывания жира	Абеталипопротеидемия (болезнь Бессена — Корнцвейга), нарушение всасывания желчных кислот
Нарушение всасывания минеральных веществ	Нарушение всасывания цинка (энтеропатический акродерматит), марганца, меди (болезнь Менкеса), фосфора (семейный гипофосфатемический рахит), повышенное всасывание железа (гемохроматоз)
Нарушение всасывания электролитов	Врожденная хлоридорея

У взрослых пациентов при проведении дифференциального диагноза в первую очередь следует рассматривать **вторичные нарушения всасывания**, которые связаны с заболеваниями тонкой кишки или других внутренних органов и встречаются значительно чаще предыдущих форм. Отдельно выделяют **первичные нарушения всасывания** — генетически детерминированные заболевания (целиакия, коллагеновая, тропическая и неклассифицируемая спру, муковисцидоз), которые также могут встречаться у лиц любого возраста. Основные методы диагностики заболеваний, сопровождающихся мальабсорбцией, представлены в таблице 31.

Таблица 31 — Диагностика основных причин мальабсорбции

Основные диагностические тесты	Заболевания
Заболевания тонкой кишки	
Энтероскопия и гистологическое исследование слизистой оболочки тонкой кишки	<ul style="list-style-type: none"> • Глютеновая энтеропатия (целиакия) • Болезнь Крона • Болезнь Уиппла • Лимфангиэктазия тонкой кишки (врожденная — болезнь Вальдмана или приобретенная) • Аутоиммунная энтеропатия • Опухоли, лимфома тонкой кишки • Лекарственные поражения тонкой кишки (НПВП, противоопухолевые препараты, сартаны) • Лучевой энтерит • Амилоидоз • Белок-теряющая (экссудативная) энтеропатия *

Окончание таблицы 31

Основные диагностические тесты	Заболевания
	<ul style="list-style-type: none"> • Коллагенозная спру ** • Тропическая спру **
Тщательный сбор анамнеза и диагностика основного заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Резекция тонкой кишки, включая бариатрические операции • Инфекционные и паразитарные заболевания тонкой кишки (туберкулез, лямблиоз, стронгилоидоз, аскаридоз, дифиллоботриоз) • Токсические поражения тонкой кишки (тяжелые металлы, алкоголь, уремия) • Эндокринная энтеропатия (тиреотоксикоз, гипотиреоз, сахарный диабет, болезнь Аддисона, гипопаратиреоз, опухоли APUD-системы) • Иммунодефицитные состояния (врожденные иммунодефицитные состояния, СПИД) • Гемодинамические причины (нарушение мезентериального кровотока, тяжелая правожелудочковая недостаточность) • Системная склеродермия • Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке
Заболевания поджелудочной железы	
Диагностика внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (смотри главу 7)	<ul style="list-style-type: none"> • Хронический панкреатит • Состояния после резекции поджелудочной железы • Рак поджелудочной железы • Муковисцидоз • Синдром Швахмана и другие врожденные синдромы
Заболевания желудка	
ЭГДС с гистологическим исследованием слизистой оболочки желудка	<ul style="list-style-type: none"> • Атрофический гастрит • Резекция желудка • Рак желудка • Гастронома ***
Заболевания печени	
Лабораторные признаки холестаза, диагностические критерии цирроза печени (смотри главу 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Холестатические заболевания печени • Цирроз печени
<p>Примечания:</p> <p>* — белок-теряющая (экссудативная) энтеропатия — редкое осложнение болезней кишечника с лимфангиозктазией; основным проявлением являются массивные гипопротейнемические отеки.</p> <p>** — спру (от голл. <i>spuw</i> — пена) — общее название тяжелых энтеропатий с атрофией ворсинок и мальабсорбцией. Исторически выделяли тропическую и нетропическую спру. Тропическая спру — редкая болезнь, которая развивается у лиц, перенесших инфекцию (возбудитель не установлен) во время пребывания в тропических странах. К нетропическим спру, помимо целиакии, относится коллагенозная спру — крайне редкая болезнь, проявляющая себя тяжелой мальабсорбцией, гистологически характеризуется атрофией ворсинок и толстой субэпителиальной полосой коллагена. Термин «рефрактерная спру» означает симптоматическую тяжелую атрофию ворсинок тонкой кишки, которая не отвечает на безглютеновую диету в течение периода от 6 месяцев до 1 года и не объясняется другими причинами атрофии ворсинок или явными кишечными инфекциями.</p> <p>*** — гастриннома не является заболеванием желудка, но при этом состоянии развивается гиперацидность, закисление двенадцатиперстной кишки, что приводит к инактивации панкреатических ферментов, хронической диарее и мальабсорбции (смотри главу 3).</p>	

Необходимо учитывать возможность вторичной мальабсорбции при патологии других органов, поэтому диагностика должна включать в себя тщательный сбор анамнеза для выявления предшествующих заболеваний, эпидемиологических и наследственных факторов, поиск характерных клинических признаков и проведение дополнительных методов обследования, специфичных для каждого заболевания.

Nota bene!

При выявлении у пациента клинико-лабораторных критериев синдрома мальабсорбции наибольшей диагностической ценностью обладают методы, позволяющие визуализировать структурные изменения тонкой кишки, к которым относятся:

- *баллонная (двухбаллонная) энтероскопия — эндоскопический метод, позволяющий проводить биопсию и лечебные манипуляции. Для проведения процедуры используется телескопическая система из энтероскопа и внешней трубки с системой баллонов и помпой, нагнетающей воздух в кишку. Проводится под общим наркозом;*
- *капсульная энтероскопия — эндоскопический метод, при котором пациент проглатывает капсулу, содержащую видеокамеру с передающим устройством, фиксирующим изображение;*
- *МРТ или КТ-энтерография.*

Тестовые задания для самоконтроля к главе 4

Выберите один правильный ответ.

1. КАКАЯ ИЗ ФОРМ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГИПОАЛЬБУМИНЕМИЕЙ И ОТЕКАМИ

- 1) маразм
- 2) квашиоркор
- 3) кишечная недостаточность
- 4) трофологическая недостаточность

2. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ **НЕ** ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ МАЛЬАБСОРБЦИИ

- 1) гипоальбуминемия
- 2) снижение уровня ферритина
- 3) повышение уровня СА 19-9
- 4) лимфопения

3. С ДЕФИЦИТОМ КАКОГО ВИТАМИНА СВЯЗАНО ПОЯВЛЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЬАБСОРБЦИЕЙ

- 1) витамина К
- 2) витамина D
- 3) витамина А
- 4) витаминов группы В

4. КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ **НЕ** ПРИВОДИТ К НАРУШЕННОМУ ВСАСЫВАНИЮ ЖИРА

- 1) абеталипопротеидемия
- 2) хронический панкреатит
- 3) атрофический гастрит
- 4) муковисцидоз

5. КАКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

- 1) пассаж бариевой взвеси по тонкому кишечнику
- 2) баллонная (двухбаллонная) энтероскопия
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) МСКТ органов брюшной полости

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Key points

- Заподозрить наличие заболевания печени можно не только на основании клинических проявлений, но и на основании изменения лабораторных анализов.
- Диагноз при заболевании печени должен включать морфологическую характеристику (стеатоз, гепатит, фиброз, цирроз) и этиологию (алкогольный, вирусный, аутоиммунный и др.).
- При проведении дифференциального диагноза следует учитывать наличие диффузного или очагового поражения печени.

I этап. Как заподозрить заболевание печени?

Заподозрить заболевание печени позволяет выявление у пациента основных гепатологических синдромов (гепатоспленомегалия, цитолиз, мезенхимально-воспалительный синдром, холестаза, желтуха, печеночная недостаточность, портальная гипертензия), а также наличие характерного анамнеза (ожирение и сахарный диабет, употребление алкоголя, наркотиков, прием гепатотоксичных лекарственных препаратов, гепатит в анамнезе, заболевания печени у родственников).

Nota bene!

Боли в правом подреберье не являются характерными для патологии печени, исключением является их появление при растяжении глиссоновой капсулы при гепатомегалии.

II этап. Как поставить правильный диагноз?

Диагноз при заболеваниях печени состоит из двух основных составляющих: этиологии и морфологической формы (стеатоз/гепатоз, гепатит, фиброз, цирроз) — рисунок 21. Это связано с тем, что один и тот же патогенный фактор может вызывать различные изменения в печени. Например, алкоголь приводит как к стеатозу, так и к гепатиту, фиброзу и циррозу печени, симптомы которых различны. Следует учитывать, что разные морфологические формы могут последовательно сменять друг друга или сочетаться (стеатоз, гепатит и фиброз печени).

Nota bene!

О наличии цирроза печени в клинической практике можно судить при появлении у пациента с хроническим заболеванием печени синдрома печеночной недостаточности и/или портальной гипертензии.



Рисунок 21 — Алгоритм дифференциального диагноза при заболеваниях печени

Несмотря на то, что золотым стандартом для диагностики морфологической формы является биопсия, в настоящее время существует большое количество неинвазивных методик, позволяющих судить о состоянии ткани печени. Прежде всего это относится к оценке *фиброза* печени (табл. 32), наличие и стадия которого являются важными компонентами диагноза.

Таблица 32 — Лабораторные и инструментальные методы оценки фиброза печени

Лабораторные методы (прямые и непрямые сывороточные маркеры фиброза)	Диагностические панели: «Фибротест», «Фиброметр», Hepascore. Индексы фиброза: NAFLD fibrosis score, FIB4, APRI, шкала ELF, шкала CDS, отношение АСТ/АЛТ
Инструментальные методы	Неинвазивные: эластография («Фиброскан», УЗ эластография), МРТ. Инвазивные: морфологический метод (золотой стандарт)

5.1. Основные синдромы при заболеваниях печени

Особенностью многих заболеваний печени является отсутствие или неспецифичность клинической симптоматики и широкий спектр лабораторных изменений. В этой связи важное значение при проведении дифференциального диагноза имеет знание наиболее характерных лабораторных синдромов. К ним относятся четыре основных биохимических синдрома: цито-

лиз, холестаз, печеночная недостаточность и иммуновоспалительный синдром (табл. 33), которые могут встречаться изолированно или сопровождаться клиническими проявлениями.

Таблица 33 — Основные синдромы при патологии печени

Синдром	Лабораторные признаки	Клинические признаки
Цитолитический (цитоллиз)	Повышение уровня АЛТ, АСТ, альдолазы, ЛДГ (5-я фракция)	—
Мезенхимально-воспалительный (иммуновоспалительный синдром) <i>В клинической практике данный синдром не бывает ведущим</i>	Повышение уровней γ -глобулинов сыворотки крови (с гиперпротеинемией и без нее), иммуноглобулинов IgG, IgM, IgA, появление специфических аутоантител. Изменение белково-осадочных проб (тимоловой, сулемовой). * Изменение параметров иммунограммы (показатели клеточного и гуморального звеньев иммунной системы) *	—
Холестатический (холестаз)	Повышение уровня ЩФ в 1,5–2 раза, ГГТ — в 3 раза. Возможно: повышение уровня общего билирубина за счет прямой фракции, холестерина. Повышение уровня лейцинаминопептидазы, 5-нуклеотидазы, желчных кислот *	Кожный зуд, желтуха, слабость, расчесы (экскориации), сухость, гиперпигментация, ксантомы, ксантелазмы (рис. 22), стеаторея, дефицит жирорастворимых витаминов (остеопороз)
Печеночной недостаточности (гепатодепрессии)	Гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гипохолестеринемия. Гипокоагуляция (снижение уровня фибриногена, ПТИ, увеличение МНО). Увеличение уровня аммиака крови. ** Снижение уровня холинэстеразы	Печеночная энцефалопатия, крупноразмашистый тремор (астериксис), геморрагический синдром, отечно-асцитический синдром, печеночный запах
Желтухи	Повышение уровня общего билирубина	Желтушное окрашивание кожи, иктеричность склер и слизистых
Гепато- и спленомегалии	—	Увеличение в размере печени и селезенки. Возможны боли в правом и левом подреберьях
Портальной гипертензии	При развитии гиперспленизма: анемия, тромбоцитопения, лейкопения	Асцит, варикозное расширение вен пищевода, геморроидальных вен и вен передней брюшной стенки (голова медузы), гепатоспленомегалия, расширение портальной вены по данным УЗИ
<p>Примечания:</p> <p>* — редко применяются в клинической практике.</p> <p>** — не коррелирует с тяжестью хронической печеночной недостаточности, но при острой печеночной энцефалопатии такая закономерность есть. Повышение уровня аммиака может быть обусловлено другими причинами (инфекции, СИБР, голодание). Нормальную концентрацию аммиака можно использовать для исключения диагноза явной печеночной энцефалопатии (высокая отрицательная прогностическая ценность нормальной концентрации аммиака).</p>		



Рисунок 22 — Ксантелазмы (А) и ксантомы (Б) у пациентки с первичным билиарным холангитом (*источник: архив ГБУЗ ЧОКБ*)

Помимо выделения ведущего синдрома, проведение дифференциального диагноза в гепатологии требует определения типа поражения печени: диффузное или очаговое. Дифференциальный диагноз при очагах в печени рассмотрен в разделе 5.8.

5.2. Дифференциальный диагноз синдрома желтухи

Желтуха — это синдром, возникающий при увеличении содержания в крови билирубина и характеризующийся желтушностью кожных покровов, слизистых оболочек, склер в результате отложения в них желчных пигментов.

Nota bene!

«Ложная желтуха» — желтая пигментация кожи, вызванная другими причинами (каротинемия, прием акрихина); при «ложной желтухе» отсутствует иктеричность склер.

Принято выделять три вида желтухи:

- **надпеченочная** — связана с повышенной продукцией билирубина, главным образом в связи с усилением распада эритроцитов (гемолитическая желтуха);
- **печеночная** (паренхиматозная) — нарушение захвата, конъюгации и экскреции билирубина гепатоцитами вследствие их повреждения при различных патологических процессах;
- **подпеченочная** (механическая) — затруднение оттока желчи по внепеченочным желчевыводящим путям.

Основные различия между вариантами желтухи приведены в таблице 34.

Таблица 34 — Дифференциальный диагноз основных вариантов желтухи

Показатели	Гемолитическая	Паренхиматозная	Механическая
Анамнез	Появление в детском возрасте, аутоиммунные заболевания в анамнезе, прием лекарственных препаратов	Контакт с токсическими веществами, прием гепатотоксических лекарств, злоупотребление алкоголем, контакт с больными желтухой	Абдоминальная боль, операции на желчных путях, резкое снижение веса
Окраска кожи	Бледно-желтая с лимонным оттенком	Желтая, иногда с оранжевым оттенком	Темно-желтая с зеленоватым оттенком
Интенсивность желтухи	Небольшая	Умеренно выраженная	От умеренно выраженной до резкой
Кожный зуд	Отсутствует	Вариабелен	Характерен для хронического течения
Боль/тяжесть в области печени	Нет	Редко	Часто
Размеры печени	Нормальная, в редких случаях умеренно увеличена	Увеличена, нормальная, уменьшена	Часто увеличена
Размеры селезенки	Увеличена	Нормальная, увеличена	Обычно не увеличена
Цвет мочи	Нормальный	Темный	Темный
Цвет кала	Обычный	Светлее обычного	Обесцвеченный
Непрямой (неконъюгированный) билирубин	Значительно повышен	Повышен незначительно/умеренно	В норме

Окончание таблицы 34

Показатели	Гемолитическая	Паренхиматозная	Механическая
Прямой (конъюгированный) билирубин	Норма / незначительно повышен	Повышен	Повышен
Щелочная фосфатаза	Норма	Норма/повышена	Повышена
Трансаминазы	Норма	Повышены	Норма / незначительно повышены
Уробилин в моче	Повышен	Повышен	Снижен/отсутствует
Билирубин в моче	Отсутствует	Повышен	Повышен
Стеркобилин в кале	Повышен	Снижен	Отсутствует

Учитывая многообразие причин желтухи, **дифференциальный диагноз** рационально начинать с определения преобладающей фракции билирубина. При этом не стоит забывать, что при определении преобладающей фракции билирубина оценивается не абсолютное значение прямого/непрямого билирубина, а кратность его увеличения в зависимости от нормы.

Пример. У пациента с желтухой и одинаковыми значениями прямого и непрямого билирубина (например, 100 мкмоль/л) преобладать будет фракция прямого билирубина, так как кратность его увеличения — 20 раз (норма прямого билирубина по Иендрашику до 5,1 мкмоль/л), в то время как уровень непрямого билирубина увеличен всего в 6 раз (норма непрямого билирубина по Иендрашику до 16,5 мкмоль/л).

Дифференциальный диагноз при синдроме желтухи с преобладанием непрямой гипербилирубинемии представлен на рисунке 23.

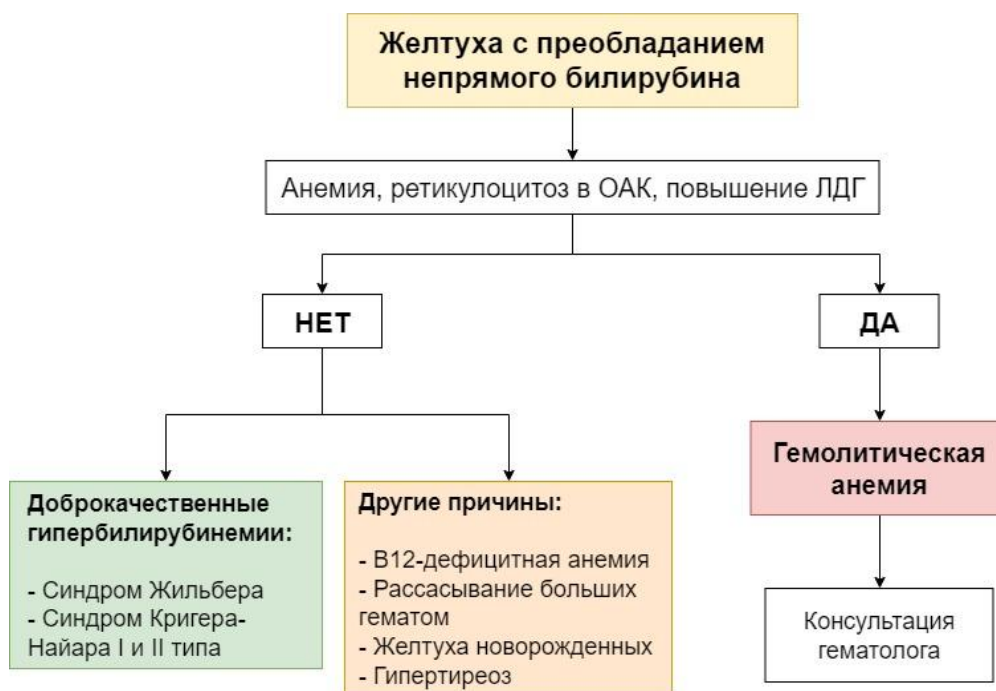


Рисунок 23 — Алгоритм дифференциального диагноза при синдроме желтухи с преобладанием непрямой гипербилирубинемии

I этапом дифференциального диагноза синдрома желтухи с преобладанием **непрямой гипербилирубинемии** всегда является исключение гемолитической анемии (*надпеченочной желтухи*). В дальнейшем целесообразно исключение других причин непрямой гипербилирубинемии, представленных в таблице 35.

Таблица 35 — Заболевания, сопровождающиеся непрямой гипербилирубинемией, и их основные диагностические критерии

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Гемолиз (внутрисосудистый и внесосудистый)	1. Лабораторная диагностика: ОАК [нормохромная, нормоцитарная анемия (за исключением β -талассемии), ретикулоцитоз], повышение уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ, положительная проба Кумбса. 2. Инструментальная диагностика: спленомегалия по данным УЗИ органов брюшной полости
Рассасывание больших гематом	1. Анамнестические данные: множественные/сочетанные травмы, массивные оперативные вмешательства
Гипертиреоз	1. Клинические проявления. <i>Жалобы:</i> повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, плаксивость, нарушение сна, потливость, ощущение сердцебиения, дрожь в теле, потеря веса, диарея, фибрилляции предсердий, эндокринная офтальмопатия. <i>Физикальное обследование:</i> положительные глазные симптомы тиреотоксикоза (Грефе, Кохера, Краузе, Дальримпля, Розенбаха, Штельвага). 2. Лабораторная диагностика: снижение уровня ТТГ, повышение — Т3 и Т4, высокий титр антител к тиреопероксидазе и к рецептору ТТГ. 3. Инструментальная диагностика: - УЗИ щитовидной железы — увеличение объема щитовидной железы, снижение эхогенности щитовидной железы, усиление ее кровоснабжения; - сцинтиграфия щитовидной железы — диффузное усиление захвата изотопа всей щитовидной железой
В ₁₂ -дефицитная анемия	1. Клинические проявления: общеанемический синдром, глоссит Гентера (яркий, лакированный язык), неврологические нарушения (парестезии, периферическая полинейропатия, атаксия, спастическая походка, нарушение глубокой чувствительности), депрессия, мания, нарушение памяти, галлюцинации, бред, деменция, тромбозы. 2. Анамнестические данные: вегетарианство, аутоиммунный гастрит, атрофический гастрит, резекция желудка, кишечника, целиакия, прием лекарств (ингибиторы протонной помпы, метформин, колхицин). 3. Лабораторная диагностика: - ОАК — макроцитарная или мегалобластная гиперхромная анемия, тельца Жолли, кольца Кебота, лейкопения, гиперсегментация ядер нейтрофилов, тромбоцитопения. 4. Инструментальная диагностика: - УЗИ органов брюшной полости — спленомегалия; - стеральная пункция — мегалобластный тип кроветворения в костном мозге

Окончание таблицы 35

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
<p>Доброкачественные гипербилирубинемии / пигментные гепатозы / наследственно обусловленные нарушения обмена билирубина: синдром Жильбера</p>	<p>1. Клинические проявления: жалобы отсутствуют, может быть иктеричность склер и желтушность кожных покровов.</p> <p>2. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - биохимический анализ крови — повышение уровня непрямого билирубина при отсутствии других гепатологических синдромов (уровень билирубина имеет тенденцию повышаться при голодании, экстремальных физических нагрузках и стрессе); - генетическое тестирование — обнаружение мутации в гене <i>UGT1A1</i> в гомозиготной форме (7ТА/7ТА). <p><i>Синдром Жильбера — это наследственное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, причиной которого является дефект фермента билирубин-УДФ-глюкуронилтрансферазы с его остаточной активностью 60–70%.</i></p> <p><i>Синдром Жильбера не требует медикаментозной терапии, однако его наличие является противопоказанием для назначения некоторых лекарственных препаратов, о чем стоит предупредить пациентов</i></p>
<p>Доброкачественные гипербилирубинемии / пигментные гепатозы / наследственно обусловленные нарушения обмена билирубина: синдром Криглера — Найара I и II типа</p>	<p>Синдром Криглера — Найара I типа (полная инактивация фермента билирубин-УДФ-глюкуронилтрансферазы)</p> <p>1. Клинические проявления: манифестация наступает в первые часы жизни с иктеричности склер и желтушности кожных покровов, а также неврологической симптоматики вследствие ядерной желтухи (билирубиновая энцефалопатия), в связи с чем пациенты редко доживают до зрелого возраста.</p> <p>2. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - биохимический анализ крови — выраженная непрямая гипербилирубинемия, которая часто начинается сразу после рождения; - проба с фенобарбиталом отрицательная; - генетическое тестирование — наличие мутаций в структурной части обеих копий гена <i>UGT1A1</i>. <p>Синдром Криглера — Найара II типа (частичная инактивация фермента билирубин-УДФ-глюкуронилтрансферазы): активность фермента промежуточная между первым типом синдрома Криглера — Найара и синдромом Жильбера.</p> <p>1. Клинические проявления: иктеричность склер и желтушность кожных покровов, редко неврологическая симптоматика, пациенты обычно доживают до зрелого возраста.</p> <p>2. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - биохимический анализ крови — менее выраженная, чем при первом типе, непрямая гипербилирубинемия; - проба с фенобарбиталом положительная; - генетическое тестирование — наличие мутаций в структурной части одной копии гена и мутации в промоторной области другой копии гена <i>UGT1A1</i>

Еще одной причиной надпеченочной желтухи может быть нарушение *плазменного транспорта билирубина* при разрыве связи между билирубином и альбумином. Это возникает вследствие конкурентного вытеснения билирубина некоторыми медикаментами или нарушения образования билирубин-альбуминового комплекса вследствие резкого уменьшения содержания альбумина в крови.

Дифференциальный диагноз желтухи с преобладанием прямой гипербилирубинемии начинается с исключения *механической желтухи*. В этой связи на **I этапе дифференциального диагноза** необходимо проведение УЗИ органов брюшной полости с целью визуализации внепеченочных желчных протоков. При наличии признаков билиарной обструкции [расширение общего желчного протока (холедоха) более 8 мм] можно констатировать механическую желтуху.

Основные причины механической желтухи (обструкции желчевыводящих путей): холедохолитиаз, обструкция желчных протоков опухолью, паразитоз, стриктура общего желчного протока (холедоха) или сдавление его извне.

На **II этапе дифференциального диагноза** при отсутствии критериев механической желтухи дальнейшая тактика определяется в зависимости от наличия других гепатологических синдромов (цитолитического, холестатического, гепатодепрессии). Так, в случае выявления высоких уровней печеночных ферментов или признаков печеночной недостаточности делается заключение о наличии у пациента *паренхиматозной желтухи*, дифференциальный диагноз которой проводится в зависимости от преобладающего лабораторного синдрома (рис. 24). Диагностические критерии заболеваний, характеризующихся цитоллизом и холестазом, представлены в соответствующих разделах (разделы 5.3 и 5.4).



Рисунок 24 — Алгоритм дифференциального диагноза при желтухе с преобладанием прямой гипербилирубинемии

Последний этап дифференциального диагноза при отсутствии лабораторных маркеров патологии печени требует исключения доброкачественных гипербилирубинемий с преобладанием прямой фракции (болезнь Дабина — Джонсона, болезнь Ротора), а также редких болезней.

Редкие заболевания, характеризующиеся желтухой с преобладанием прямой гипербилирубинемии: гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз, полное парентеральное питание, сепсис, доброкачественная послеоперационная желтуха, синдром исчезающего желчного протока, дуктопения, ВИЧ-ассоциированная холангиопатия, инфильтративные заболевания печени (саркоидоз, гранулематозный гепатит, туберкулез, метастазы, лимфома), доброкачественный рецидивирующий холестаз.

5.3. Дифференциальный диагноз цитолитического синдрома (синдрома цитолиза)

Определение маркеров цитолитического синдрома в настоящее время является самым доступным методом оценки активности патологического процесса в печени. Однако отсутствие увеличения уровней аминотрансфераз не всегда говорит об отсутствии повреждения печени, а степень их повышения не коррелирует с активностью воспаления.

На **I этапе дифференциального диагноза** необходимо исключить внепеченочные причины повышения уровней аминотрансфераз. Как правило, в этих случаях преобладает увеличение концентрации АСТ над АЛТ и определяется повышение уровней других ферментов в сыворотке крови. Так, при патологии печени, сопровождающейся цитолизом, помимо АСТ и АЛТ, в большинстве случаев будет увеличена активность ГГТ, в то время как при повреждении скелетных мышц, кардиомиоцитов, рабдомиолизе отмечается повышение уровня КФК, а при гемолизе — ЛДГ.

На любом этапе дифференциального диагноза синдрома цитолиза стоит помнить о существовании редкого доброкачественного состояния — *макро-АСТ-емии*, которое является результатом комплексования молекул АСТ с иммуноглобулинами или небелковыми веществами. В связи с крупными размерами молекул макро-АСТ их почечный клиренс резко снижается, что приводит к накоплению их в крови и создает ложное представление о наличии синдрома цитолиза.

Nota bene!

С целью дифференциальной диагностики внепеченочных причин цитолитического синдрома следует дополнительно определять уровни ГГТ, ЩФ, КФК, ЛДГ.

На **II этапе дифференциального диагноза** в случае подтверждения печеночной причины гиперферментемии вспомогательную роль может играть определение коэффициента де Ритиса (соотношение АСТ/АЛТ). Цитолиз при большинстве гепатопатий сопровождается более выраженным повышением активности АЛТ по сравнению с АСТ. При этом круг заболеваний печени с коэффициентом де Ритиса > 1 (преобладает повышение уровня АСТ) ограничен:

- алкогольная болезнь печени;
- цирроз (любой этиологии);
- ишемический гепатит;
- застойная гепатопатия;
- болезнь Вильсона — Коновалова (фульминантная форма);
- синдром Бадда — Киари;
- повреждение печеночной артерии / тромбоз / окклюзия.

Определенное значение при проведении дифференциального диагноза имеет также степень повышения уровней аминотрансфераз. Как правило, повышение уровня АЛТ более 5 норм свидетельствует о высокой активности, что характерно для ряда заболеваний (в порядке уменьшения степени повышения уровня АЛТ): ишемический гепатит > острый вирусный/токсический гепатит > аутоиммунный гепатит / фульминантная форма болезни Вильсона — Коновалова > алкогольный гепатит. В то же время высокий уровень трансаминаз не характерен для неалкогольной жировой болезни печени и цирроза печени любой этиологии, в этих ситуациях необходимо исключать дополнительные причины гиперферментемии. Диагностические критерии основных причин цитолитического синдрома представлены в таблице 36.

Таблица 36 — Этиология заболеваний печени, сопровождающихся цитолитическим синдромом, и их основные диагностические критерии

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Инфекционные причины	
Вирусный гепатит А (HAV)	<p>1. Клинические проявления: общее недомогание, повышенная утомляемость, анорексия, тошнота, рвота, желтуха (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов), наличие продромального периода с улучшением самочувствия в желтушную фазу.</p> <p>2. Анамнестические данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - течение — циклическое, доброкачественное, острое (не бывает хронического); - эпидемиологический анамнез: механизм передачи — фекально-оральный, пути передачи — водный, алиментарный и контактно-бытовой, инкубационный период — до 30 дней. <p>3. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - биохимический анализ крови — прямая гипербилирубинемия, синдром цитолиза; - серологическая диагностика — повышение уровня антител класса IgM к вирусу гепатита А
Вирусный гепатит Е (HEV)	<p>1. Клинические проявления: общее недомогание, повышенная утомляемость, потеря аппетита, тошнота, рвота, боли в правом подреберье и эпигастрии, гепатомегалия, повышение температуры тела, желтуха (в отличие от гепатита А с появлением желтухи состояние больных не улучшается), возможны внепеченочные проявления (поражение нервной системы, острый панкреатит, гломерулонефрит, тромбоцитопения, геморрагический васкулит). <i>Особенно опасен для беременных женщин в III триместре!</i></p> <p>2. Анамнестические данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - течение — циклическое, чаще острое, но возможно хроническое, особенно у пациентов с врожденным или приобретенным иммунодефицитом; - эпидемиологический анамнез: механизм передачи — фекально-оральный; пути передачи — водный, алиментарный (употребление продуктов из свинины, которые не были подвергнуты достаточной термической обработке), возможна передача при гемотрансфузии

Продолжение таблицы 36

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>и вертикальная передача от беременной женщины ее плоду; проживание в гиперэндемичных районах (Южная, Центральная и Юго-Восточная Азия, Африка, Латинская Америка).</p> <p>3. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - биохимический анализ крови — прямая гипербилирубинемия, синдром цитолиза; - серологическая диагностика: повышение уровня антител класса IgM к вирусу гепатита E, определение РНК вируса гепатита E методом ПЦР (исследование необходимо в районах, где гепатит E встречается редко, и в случаях хронической инфекции вирусом гепатита E)
Вирусный гепатит В (HBV-инфекция)	<p>1. Клинические проявления: астенический и диспепсический синдромы, желтуха, гепатомегалия.</p> <p>2. Анамнестические данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - группы риска — лица из семей больных HBV-инфекцией, медицинские работники, группы сексуального риска, гемотрансфузии, потребители внутривенных наркотических средств; - эпидемиологический анамнез: механизм передачи — парентеральный (гемоконтактный), пути передачи — естественные (половой, вертикальный), искусственные (гемотрансфузии, колюще-режущие инструменты, шприцы); - течение — циклическое, возможны носительство, острый гепатит, хронический гепатит, цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома; инкубационный период — от 30 до 180 суток (обычно 2–4 месяца). <p>3. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - биохимический анализ крови — прямая гипербилирубинемия, синдромы цитолиза, холестаза, печеночной недостаточности; - серологическая диагностика: выявление HBsAg, HBeAg, анти HBc IgM, определение ДНК вируса гепатита В и генотипа вируса методом ПЦР. <p>4. Инструментальная диагностика: биопсия печени [гидропическая дистрофия, некроз (апоптоз) гепатоцитов, воспалительная клеточная инфильтрация и фиброзные изменения в дольках и портальных трактах, выявление «матово-стекловидных» гепатоцитов, содержащих HBsAg, при окрашивании по Шиката]</p>
Вирусный гепатит С (HCV)	<p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов.</p> <p>2. Анамнестические данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - группы риска — потребители внутривенных наркотических средств, заключенные (татуировки), медицинские работники, реципиенты донорской крови, пациенты на гемодиализе; - эпидемиологический анамнез: механизм передачи — парентеральный (гемоконтактный), пути передачи — естественные (половой, вертикальный), искусственные (гемотрансфузии, колюще-режущие инструменты, шприцы); - течение: характерно легкое и субклиническое течение острого периода болезни, частое формирование хронических форм вирусного

Продолжение таблицы 36

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>гепатита С (хронический гепатит С, цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома).</p> <p>3. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - биохимический анализ крови — прямая гипербилирубинемия, синдром цитолиза; - серологическая диагностика — определение антител к вирусу гепатита С, РНК HCV и генотипа вируса. <p>4. Инструментальная диагностика: биопсия печени (неспецифические воспалительно-некротические изменения, сочетание жировой и гидропической дистрофии, образование лимфоидных фолликулов)</p>
Вирусный гепатит D (HDV)	<p>1. Клинические проявления.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Суперинфекция</i>: острое начало, лихорадка, непродолжительный преджелтушный период, более тяжелое течение, чем при вирусном гепатите В, инкубационный период 3–4 недели; - <i>коинфекция</i>: высокая и длительная лихорадка, полиморфная сыпь, артралгии, гепато- и спленомегалия, инкубационный период 20–40 дней. <p>2. Анамнестические данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - группы риска — реципиенты донорской крови, потребители внутривенных наркотических средств, пациенты на гемодиализе; - эпидемиологический анамнез: механизм передачи — парентеральный (гемоконтактный), пути передачи — естественные (половой, вертикальный), искусственные (гемотрансфузии, колюще-режущие инструменты, шприцы); - течение: возможны острый гепатит (чаще при коинфекции), хронический гепатит, цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома. <p>3. Лабораторная диагностика: выявление HBsAg, HBeAg, анти HBc IgM, анти-HDV IgM, анти-HDV IgG, определение ДНК HBV, РНК HDV и генотипа вирусного гепатита В методом ПЦР.</p> <p>HBV/HDV коинфекция: одновременное попадание HBV и HDV в организм; HBV/HDV суперинфекция: попадание HDV в организм пациента, ранее зараженного HBV</p>
Гепатит при других инфекционных заболеваниях (вирус простого герпеса, вирус Эпштейна — Барр, иерсиниоз, лептоспироз, цитомегаловирус, описторхоз)	<p>1. Клинические проявления: лихорадка, сыпь, поражение других органов.</p> <p>2. Анамнестические данные: прием глюкокортикостероидов и цитостатических препаратов, первичные и вторичные иммунодефициты, эпиданамнез (контакт с больными, употребление сырой рыбы, свежей капусты, сырого мяса и других контаминированных продуктов).</p> <p>3. Лабораторная диагностика: синдром цитолиза, серологическая диагностика</p>
Токсические, метаболические и аутоиммунные причины	
Алкогольная болезнь печени	<p>1. Клинические проявления: телеангиэктазии, гинекомастия, гипертрофия околоушных желез, контрактура Дюпюитрена, периферическая полинейропатия</p>

Продолжение таблицы 36

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>2. Анамнестические данные: употребление > 30 г чистого этанола в день для мужчин и > 20 г для женщин; для определения уровня употребления алкоголя можно использовать опросники CAGE и AUDIT.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: АСТ > АЛТ, повышение уровня ГГТ, IgA, триглицеридов, MCV, мочевой кислоты, углеводдефицитного трансферрина (углеводдефицитного трансферрина).</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - УЗИ органов брюшной полости (признаки жирового гепатоза); - гистологическое исследование: баллонная и жировая дистрофия, алкогольный гиалин (тельца Маллори), перивенулярный и перисинусоидальный фиброз, очаговая инфильтрация нейтрофилами с некрозом гепатоцитов
Лекарственное поражение печени	<p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов.</p> <p>2. Анамнестические данные: прием в течение последних 3 месяцев гепатотоксичных лекарств, положительная динамика клинико-лабораторных синдромов на фоне отмены лекарственного препарата, более 6 баллов по шкале CIOMS/RUCAM.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: синдром цитолиза, холестаза, при лекарственно-индуцированном аутоиммунном гепатите уровни трансаминаз повышаются более 5 норм в сочетании с гипергаммаглобулинемией, повышением уровня IgG и появлением аутоантител</p>
Аутоиммунный гепатит	<p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов.</p> <p>2. Анамнестические данные: сочетание с другой аутоиммунной патологией (аутоиммунный тиреоидит, диффузный токсический зоб, витилиго, алопеция, ревматоидный артрит, сахарный диабет 1-го типа, воспалительные заболевания кишечника, псориаз, системная красная волчанка, синдром Шегрена, целиакия, панникулит, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, гемолитическая анемия, увеит); чаще болеют женщины.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: повышение уровней гамма-глобулинов, IgG, диагностический титр антиядерных антител (ANA), антигладкомышечных антител (SMA), антител к микросомам печени/почек (анти-LKM), антител к цитозольному антигену печени типа 1 (анти-LC1).</p> <p>4. Инструментальная диагностика: биопсия печени [перипортальный гепатит, лимфоцитарный/лимфоплазмочитарный инфильтрат в портальных трактах и распространяющийся на дольки, эмпериполез (активное проникновение одной клетки в более крупную клетку без повреждения последней) и формирование гепатоцитарных розеток]</p>
Неалкогольная жировая болезнь печени	<p>1. Клинические проявления.</p> <p><i>Жалобы:</i> нет специфичных симптомов.</p> <p><i>Объективный осмотр:</i> ожирение или избыточная масса тела.</p> <p>2. Анамнестические данные: отсутствие факта употребления гепатотоксичных доз алкоголя (> 30 г для мужчин и > 20 г для женщин),</p>

Продолжение таблицы 36

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>метаболический синдром и связанные с ним заболевания (сахарный диабет 2-го типа, сердечно-сосудистая патология и др.).</p> <p>3. Лабораторная диагностика: незначительное повышение уровней трансаминаз (до 4 норм), повышение уровня ГГТ (иногда изолированно), дислипидемия.</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - УЗИ органов брюшной полости, магнитно-резонансное определение протонной плотности фракции жира (признаки жирового гепатоза); - гистологическое исследование (крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов, инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами, лимфоцитами, перисинусоидальный и перипеллюлярный фиброз, образование септ и формирование цирроза печени)
Гемохроматоз	<p>1. Клинические проявления: немотивированная слабость, утомляемость, сонливость, гиперпигментация кожи (бронзовая окраска кожных покровов), недостаточность эндокринных желез (сахарный диабет), патология сердца (кардиомиопатия), гепатологические синдромы, поражение суставов (упорные артралгии пястно-фаланговых суставов, реже — коленных, тазобедренных, локтевых, тугоподвижность суставов).</p> <p>2. Анамнестические данные: для вторичного гемохроматоза характерны в анамнезе многократные трансфузии эритроцитарной массы и/или наличие неэффективного эритропоеза при некоторых наследственных формах гемолитических анемий (β-талассемия, серповидно-клеточная анемия) и миелодиспластическом синдроме.</p> <p>3. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - исследование обмена железа — стойкое повышение содержания сывороточного ферритина в отсутствие очевидного воспалительного, деструктивного или опухолевого процесса, снижение содержания трансферрина в сыворотке крови и ОЖСС, повышение коэффициента насыщения трансферрина железом; - генетическое тестирование — гомозиготность по мутации C282Y гена <i>HFE</i> (для первичного гемохроматоза). <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - магнитно-резонансная томография печени и сердца в T2-режиме — определение содержания железа в тканях печени и миокарда; - гистологическое исследование — отложения гемосидерина в гепатоцитах (окраска по Перлсу), повышение содержания железа в ткани печени
Болезнь Вильсона — Коновалова (особенно фульминантная форма)	<p>1. Клинические проявления: психоневрологическая симптоматика (акинетико-ригидный синдром, тремор, атаксия, дистонический синдром, агрессия, раздражительность, психоз, депрессия), гемолитическая анемия, гепатологические синдромы, остеопороз, остеоартрит, конкременты желчного пузыря, гипопаратиреоз и патология почек.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: снижение уровня церулоплазмينا, повышение содержания свободной меди в крови, повышение суточной экскреции меди с мочой, положительная проба с Д-пенициламином</p>

Продолжение таблицы 36

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - биомикроскопия глаза с использованием щелевой лампы — выявление колец Кайзера — Флейшера; - КТ головного мозга — расширение желудочков, атрофия коры и ствола мозга, билатеральные зоны пониженной плотности в области базальных ганглиев; - МРТ головного мозга — гиперинтенсивность сигнала в T2-режиме в области чечевицеобразных, таламических и хвостатых ядер, ствола мозга, мозжечка и белого вещества, неспецифическая диффузная атрофия мозга, МРТ-симптом «лицо гигантской панды» в срезах среднего мозга; - гистологическое исследование: баллонная дистрофия печени, скопления гликогена и гликогеновая вакуолизация ядер гепатоцитов, жировая инфильтрация гепатоцитов, увеличение клеток Купфера, увеличение содержания меди в биоптате печени
Другие причины цитолитического синдрома	
Гепатоцеллюлярная карцинома	<p>1. Клинические проявления: рефрактерный асцит, усиление желтухи, потеря веса, лихорадка, печеночная энцефалопатия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.</p> <p>2. Анамнестические данные: хронические вирусные гепатиты В и С, неалкогольная жировая болезнь печени, цирроз печени вне зависимости от этиологии.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: синдромы цитолиза, печеночной недостаточности и холестаза, повышение уровня α-фетопротеина.</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - трансабдоминальное УЗИ — гипозохогенная опухоль с гетерогенной структурой; - МСКТ органов брюшной полости — быстрое контрастное усиление в раннюю артериальную фазу и быстрый пассаж контраста; - МРТ органов брюшной полости — гомогенная гипоинтенсивность на T1-взвешенных изображениях, гиперинтенсивность на T2-взвешенных изображениях; - гистологическое исследование (биопсия печени): васкуляризованная опухолевая ткань с широкими трабекулами, выраженный ацинарный рисунок, высокая митотическая активность, сосудистая инвазия, отсутствие клеток Купфера и потеря ретикулиновой сети
Целиакия (глутеновая энтеропатия)	<p>1. Клинические проявления.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Типичная форма: диарея, мальабсорбция, похудание, задержка роста у детей; - нетипичные формы: другие гастроинтестинальные симптомы (абдоминальная боль, вздутие живота, запоры), железодефицитная анемия, синдром цитолиза, кожные проявления (герпетиформный дерматит, алопеция, афтозный стоматит), неврологические симптомы (нейропатия, мигрень, атаксия, депрессия, аутизм), бесплодие, остеопороз, артралгии/артриты, слабость

Продолжение таблицы 36

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>2. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - антитела к тканевой трансглутаминазе IgA (TTG-IgA) в сочетании с определением общего IgA (скрининг), антитела к эндомизию IgA (EMA-IgA), антитела к деамидированным пептидам глиадина IgA (DGP-IgA); - генетический тест (HLA-DQ2 и HLA-DQ8): полиморфизм в гене — необходимый, но недостаточный фактор развития целиакии. <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС (энтероскопия) — сглаженность складок, складки зубчатого вида, отсутствие ворсинок при увеличении, поперечная исчерченность и мозаичность слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (<i>нормальный вид слизистой не исключает целиакии!</i>); - гистологическое исследование — увеличение количества интраэпителиальных лимфоцитов, гиперплазия крипт, атрофия ворсинок. <p><i>Требуется забор биоптатов слизистой оболочки залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки (минимум 4 биоптата из 4 квадратов нисходящей и 2 из луковицы)!</i></p>
Ишемический гепатит	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: манифестация сердечной, сосудистой или дыхательной недостаточности. 2. Анамнестические данные: нахождение в отделении реанимации и интенсивной терапии. 3. Лабораторная диагностика: быстрый и значительный, но транзиторный подъем уровней трансаминаз, увеличение уровня ЛДГ, прямая гипербилирубинемия. 4. Отсутствие диагностических критериев других заболеваний печени
Хроническая сердечная недостаточность (застойная печень)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: абдоминальный дискомфорт, купирующийся внутривенным введением фуросемида, гепатомегалия, спленомегалия. 2. Анамнестические данные: правосторонняя сердечная недостаточность (легочное сердце, митральный стеноз, трикуспидальная недостаточность, констриктивный перикардит и кардиомиопатия). 3. Лабораторная диагностика: N-терминальный фрагмент мозгового натрийуретического пептида. 4. Инструментальная диагностика: <ul style="list-style-type: none"> - эхокардиография; - биопсия печени («мускатная печень», центральные вены и синусоиды расширены и заполнены эритроцитами, фиброзные тяжи, распространяются от центральных вен к периферии долики)
Дефицит α1-антитрипсина	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: эмфизема легких, возникшая в возрасте до 45 лет и/или при отсутствии факторов риска (курение, производственное воздействие пыли), хроническая обструктивная болезнь легких у пациентов моложе 40 лет и/или со стажем курения менее 20 пачка/лет, бронхоэктазы неясной этиологии, некротизирующий панникулит, ANCA-ассоциированный васкулит, синдромы цитолиза и печеночной недостаточности

Продолжение таблицы 36

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>2. Анамнестические данные: подтвержденный дефицит α1-антитрипсина у кровных родственников (особенно у братьев и сестер).</p> <p>3. Лабораторная диагностика: снижение уровня α1-антитрипсина в крови, генетическое исследование.</p> <p>4. Инструментальная диагностика: рентгенография органов грудной клетки, спирометрия</p>
Митохондриальные болезни с нарушением β -окисления жирных кислот	<p>1. Клинические проявления: характерна манифестация в раннем возрасте, синдром Рейе [энцефалопатия, жировая дистрофия внутренних органов (острый микровезикулярный стеатоз печени)].</p> <p>2. Диагностика: молекулярно-генетическое исследование, биопсия печени (микровезикулярный стеатоз)</p>
Поздняя кожная порфирия	<p>1. Клинические проявления: поражение кожи (образование пузырей, гиперпигментация, гипертрихоз).</p> <p>2. Диагностика: уропорфирин в моче</p>
Болезнь Гоше	<p>1. Клинические проявления: спленомегалия, гепатомегалия, желто-коричневая пигментация кожи, панцитопения, синдром цитолиза, остеопороз (патологические переломы), колбообразная деформация дистальных отделов бедренных костей (колбы Эрленмейера), развитие костных кризов [эпизоды сильнейших оссалгий, сопровождающихся лихорадкой и местными островоспалительными симптомами (отек, покраснение), симулирующими картину остеомиелита], неврологическая симптоматика (глазодвигательная апраксия, атаксия, нарушения чувствительности и прогрессирующая потеря интеллекта, бульбарные нарушения, тонико-клонические судорожные приступы), интерстициальное поражение легких, легочная гипертензия.</p> <p>2. Диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - энзимодиагностика — снижение активности кислой β-глюкоцереброзидазы в лейкоцитах крови; - морфологическое исследование костного мозга — многочисленные клетки Гоше в пунктатах
Амилоидоз	<p>1. Клинические проявления: поражение почек (протеинурия, нефротический синдром), нервной системы (периферическая полинейропатия), печени (гепатомегалия, синдромы холестаза, цитолиза, печеночной недостаточности), сердца (кардиомегалия, сердечная недостаточность, нарушения ритма и проводимости, ортостатическая артериальная гипотензия), органов ЖКТ (диарея, мальабсорбция, дисфагия), органов эндокринной системы (гипотиреоз, надпочечниковая недостаточность), периорбитальная пурпура, макроглоссия.</p> <p>2. Анамнестические данные: хронические воспалительные заболевания [ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, псориатический артрит, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), подагра, семейная средиземноморская лихорадка, туберкулез, остеомиелит, злокачественные новообразования]</p>

Окончание таблицы 36

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭКГ — снижение вольтажа зубцов комплекса QRS; - эхокардиография — симметричное утолщение стенок желудочков, дилатация предсердий, утолщение клапанов с регургитацией крови, выпот в полости перикарда, признаки диастолической дисфункции миокарда; - гистологическое исследование — обнаружение отложений амилоида в подкожной жировой клетчатке, прямой кишке, почке, миокарде (окраска конго красным)

5.4. Дифференциальный диагноз синдрома холестаза

Холестаз — это клинико-лабораторный синдром, который развивается на фоне нарушения синтеза, секреции и/или оттока желчи и в зависимости от уровня нарушения образования и выведения желчи классифицируется следующим образом:

1. Внепеченочный — обструкция на уровне внепеченочных желчных протоков (синоним — механическая желтуха).

2. Внутрпеченочный — дефект образования желчи на уровне гепатоцита или нарушение выведения желчи на уровне внутрпеченочных желчных протоков, который подразделяется:

- на гепатоцеллюлярный холестаз (дефекты образования желчи на уровне гепатоцита);
- холангиоцеллюлярный холестаз (обструкция на уровне внутрпеченочных желчных протоков).

Nota bene!

При изолированном повышении уровня щелочной фосфатазы не стоит также забывать о существовании внепеченочных причин увеличения концентрации данного фермента, таких как:

- беременность (третий триместр);
- период роста у детей;
- костные заболевания — остеомаляция, болезнь Педжета, злокачественные новообразования костной ткани, метастазы в кости;
- эндокринные заболевания — гипертиреоз, гиперпаратиреоз;
- хроническая почечная недостаточность;
- лимфома;
- хроническая сердечная недостаточность.

Общий алгоритм дифференциального диагноза синдрома холестаза представлен на рисунке 25.

I этап дифференциальной диагностики синдрома холестаза требует обязательного проведения УЗИ органов брюшной полости или МРХПГ с целью исключения внепеченочного холестаза или механической обструкции внепеченочных желчных протоков (рис. 25).

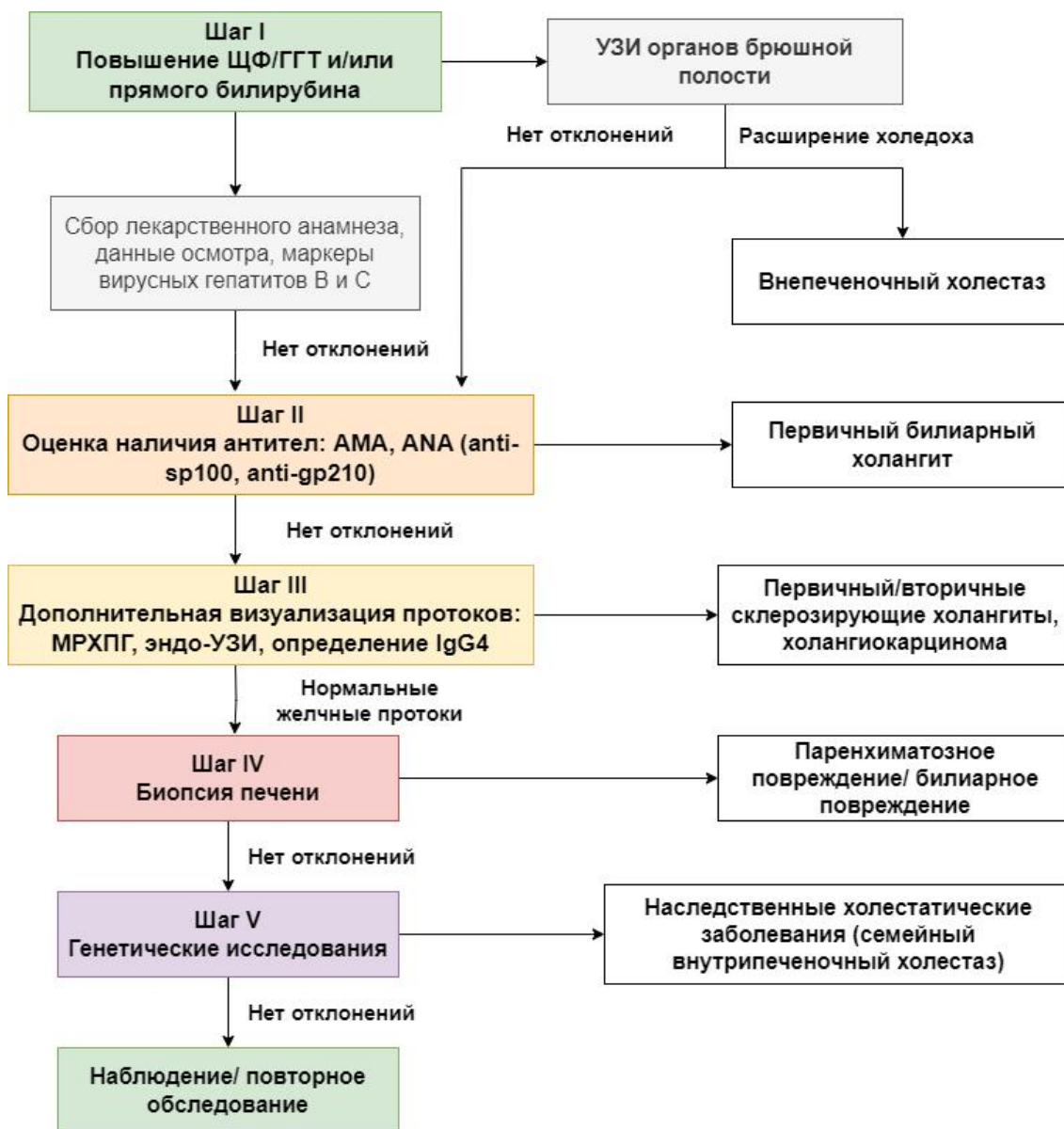


Рисунок 25 — Алгоритм дифференциального диагноза при холестазае

Причины внепеченочного холестаза: холелитиаз, холангит, карцинома желчных протоков, сдавление желчного протока извне, нарушение оттока желчи через сосочки (дивертикулы ДПК, опухоль, склероз сосочка, паразитоз), атрезия желчного протока.

II этап дифференциального диагноза синдрома холестаза является исключение основных причин *холангиоцеллюлярного и гепатоцеллюлярного холестаза*. В дифференциальном диагнозе *холангиоцеллюлярного холестаза* на первое место выходит исследование антимитохондриальных антител (АМА) с целью исключения первичного билиарного холангита, после чего проводится дифференциальный диагноз с другими причинами холангиоцеллюлярного холестаза, представленными в таблице 37.

Таблица 37 — Диагностические критерии и особенности основных причин холангиоцеллюлярного холестаза

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Холангиоцеллюлярный холестаз	
Первичный билиарный холангит (АМА+/АМА–)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинико-лабораторные признаки холестаза. 2. Лабораторная диагностика: повышение концентрации иммуноглобулинов класса М (IgM), титра антимитохондриальных антител более 1 : 40, ПБХ-специфических антинуклеарных антител (антитела к антигенам gp210 и sp100). 3. Инструментальная диагностика: <ul style="list-style-type: none"> - гистологическое исследование (<i>проведение биопсии печени рекомендуется при отсутствии ПБХ-специфических антител</i>) — негнойное деструктивное воспаление, обнаружение гранулем с фокальной облитерацией желчных протоков
Первичный склерозирующий холангит	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинико-лабораторные признаки холестаза. 2. Анамнестические данные: чаще болеют мужчины 30–40 лет; наличие воспалительных заболеваний кишечника (особенно язвенного колита). 3. Инструментальная диагностика: <ul style="list-style-type: none"> - визуализация желчных протоков (МРХПГ, ЭРХПГ) — диффузные мультифокальные кольцевидные стриктуры, чередующиеся с участками нормальных или слегка расширенных протоков, короткие тяжёобразные стриктуры, мешотчатые выпячивания; - гистологическое исследование (биопсия печени) — склерозирование и облитерация желчных протоков по типу «луковичной шелухи»
IgG4-ассоциированный холангит	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинико-лабораторные признаки холестаза. 2. Анамнестические данные: наличие других IgG4-ассоциированных заболеваний (аутоиммунный панкреатит, тубулоинтерстициальный нефрит, ретроперитонеальный фиброз, дакриoadенит и сиаладенит, лимфаденит, пневмонит, аортит). 3. Лабораторная диагностика: повышение уровней общего IgG и IgG4 в сыворотке крови. 4. Инструментальная диагностика: <ul style="list-style-type: none"> - визуализация желчных протоков (УЗИ, эндосонография, ЭРХПГ, МРХПГ) — диффузное или сегментарное сужение внутрипеченочных и/или внепеченочных желчных протоков в сочетании с утолщением их стенок; - гистологическое исследование (биопсия печени) — выраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация и фиброз в подслизистом слое стенок желчных протоков, обнаружение не менее 100 IgG4-позитивных плазматических клеток в поле зрения при высоком разрешении в случае исследования операционного материала и не менее 10 — при изучении биоптата; вихревидный фиброз, облитерирующий флебит. 5. Дополнительный критерий: хороший ответ на терапию глюкокортикостероидами

Продолжение таблицы 37

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
<p>Пороки развития желчных протоков: болезнь Кароли, билиарная гамартома</p>	<p>Болезнь Кароли — это редкий порок развития, характеризующийся сегментарной необструктивной фиброзно-кистозной дилатацией внутрипеченочных желчных протоков с частым формированием внутрипеченочных камней.</p> <p>1. Клинические проявления: боль в правом подреберье, желтуха, клинические проявления синдрома холестаза, снижение аппетита, похудание, возможна клиника холангита.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: прямая гипербилирубинемия, синдромы цитолиза, холестаза.</p> <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - УЗИ органов брюшной полости и почек — расширение желчных протоков (диаметр общего желчного протока более 6 мм), кисты печени и почек (тонкостенные округлые образования внутри паренхимы органа; кисты необходимо дифференцировать от вен по данным ультразвуковой доплерографии); - визуализация желчных протоков (ЭРХПГ и МРХПГ) — мешотчатые расширения внутрипеченочных желчных протоков, чередующиеся с нормальными протоками. <p>Билиарная гамартома (комплекс фон Мейенбурга) — доброкачественные образования из расширенных пролиферирующих желчных протоков и фиброзно-коллагеновой стромы вследствие недостаточной инволюции эмбриональных желчных протоков.</p> <p>1. Клинические проявления: малоспецифичны, часто бессимптомное течение.</p> <p>2. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - МСКТ органов брюшной полости — множественные разнокалиберные, субсантиметровые гиподенсные образования в паренхиме печени, не накапливающие контрастный препарат, нет связи между образованиями и желчными протоками; - МРТ органов брюшной полости и МРХПГ — множественные образования (гипоинтенсивные на T1-взвешенном изображении, гиперинтенсивные на T2-взвешенном изображении) без связи с желчными протоками
<p>Синдром Алажилия</p>	<p>Синдром Алажилия — это аутосомно-доминантное мультиорганное заболевание, встречающееся у детей и подростков и характеризующееся хроническим прогрессирующим холестазом с дуктопенией без соответствующих воспалительных изменений в печени.</p> <p>1. Клинические проявления: типичное лицо с гипертелоризмом, глубоко посаженными глазами, широкой плоской переносицей, выпуклым лбом и острым подбородком; поражение сердца (стеноз легочной артерии), почек, скелета, центральной нервной системы.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: определение мутаций гена <i>JAG1</i>.</p> <p>3. Инструментальная диагностика: при гистологическом исследовании биоптатов печени выявляется снижение числа междольковых внутрипеченочных желчных протоков</p>

Окончание таблицы 37

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Вторичный склерозирующий холангит	<p>Клинические проявления специфичны для основного заболевания; по данным визуализации желчных протоков (УЗИ, эндосонография, ЭРХПГ, МРХПГ): диффузное или сегментарное сужение внутрипеченочных и/или внепеченочных желчных протоков.</p> <p><i>Группы причин вторичного склерозирующего холангита:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хронические обструктивные [холедохолитиаз, холангиокарцинома, другие доброкачественные и злокачественные новообразования, портальная билиопатия, травматизация во время хирургического вмешательства (холецистэктомия), стриктура анастомоза после операции (трансплантация печени, гепатикоюноанастомоз), хронический панкреатит]. 2. Иммуноопосредованные (IgG4-ассоциированный холангит, саркоидоз печени, эозинофильный холангит, отторжение аллотрансплантата печени). 3. Инфекционные [рецидивирующий холангит, хроническая желчная инвазия (печеночная двуустка, аскариды), гистиоцитоз X, криптоспоридиоз, микроспоридиоз, цитомегаловирус, ВИЧ-ассоциированная холангиопатия]. 4. Ишемические [неанастомотические стриктуры после трансплантации печени, тромбоз печеночной артерии, трансартериальная химиотерапия / эмболизационная терапия, склерозирующий холангит у пациентов в критическом состоянии (включая COVID-19-ассоциированную холангиопатию), системные васкулиты]. 5. Наследственные (муковисцидоз-ассоциированная холангиопатия). 6. Токсические (кетамин)

К причинам *гепатоцеллюлярного холестаза* относятся вирусные гепатиты, алкогольная болезнь печени, неалкогольная жировая болезнь печени, лекарственное поражение печени; дифференциально-диагностические критерии вышеперечисленных заболеваний представлены в разделе 5.3. Стоит отметить, что существуют редкие причины гепатоцеллюлярного холестаза, которые представлены в таблице 38, их исключение целесообразно только при наличии других диагностических критериев данных заболеваний.

Таблица 38 — Редкие причины гепатоцеллюлярного холестаза

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Генетические нарушения (семейный внутрипеченочный холестаз, эритропоэтическая протопорфирия), пороки развития желчных протоков (врожденный печеночный фиброз)	<p>Семейный внутрипеченочный холестаз — группа заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, которые подразделяются на две группы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - прогрессирующий семейный внутрипеченочный холестаз (Progressive Familial Intrahepatic Cholestasis — PFIC) 1, 2, 3-го типов; - доброкачественный рецидивирующий внутрипеченочный холестаз (Benign Recurrent Intrahepatic Cholestasis — BRIC) 1-го и 2-го типов

Продолжение таблицы 38

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p><i>Прогрессирующий семейный внутрипеченочный холестаз (Progressive Familial Intrahepatic Cholestasis — PFIC) 1, 2, 3-го типов</i></p> <p>1. Клинические проявления: манифестация зуда и желтухи в младенчестве или в детском возрасте, отставание в развитии, потеря слуха, водянистая диарея, прогрессирование до цирроза печени в первые 10 лет жизни.</p> <p>2. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - биохимия крови — снижение уровня ГГТ у пациентов с 1-м и 2-м типами PFIC; при PFIC 3-го типа определяется высокий уровень ГГТ; - генетическое исследование: определение мутации гена <i>ATP8B8</i> (для PFIC-1); гена экспортной помпы желчных кислот — <i>BSEP/ABCB11</i> (для PFIC-2); гена, кодирующего экспортную помпу фосфолипидов, — <i>MDR3/ABCB4</i> (для PFIC-3). <p>3. Инструментальная диагностика: гистологическое исследование (биопсия печени) — картина «чистого» внутрипеченочного холестаза с незначительным некрозом гепатоцитов, образованием гигантских клеток и пролиферацией дуктул.</p> <p><i>Доброкачественный рецидивирующий внутрипеченочный холестаз (Benign Recurrent Intrahepatic Cholestasis — BRIC) 1-го и 2-го типов</i></p> <p>1. Клинические проявления: наличие как минимум 2 эпизодов желтухи и кожного зуда; первый эпизод обычно возникает в конце второго десятилетия жизни и длится от нескольких недель до 18 месяцев с последующим полным разрешением симптомов.</p> <p>2. Анамнестические данные: беременность, прием оральных контрацептивов, недавно разрешившийся инфекционный процесс, прием антибиотиков и осельтамивира.</p> <p>3. Лабораторная диагностика: синдром холестаза (в межприступный период ферменты печени нормализуются).</p> <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - визуализация желчевыводящих путей (МРХПГ) — отсутствие каких-либо изменений; - гистологическое исследование (биопсия печени) — интраканаликулярный холестаз с сохраненной нормальной структурой печени. <p>5. Исключение других заболеваний, сопровождающихся синдромом холестаза.</p> <p><i>Болезнь не прогрессирует (не развивается цирроз) — в отличие от прогрессирующего семейного внутрипеченочного холестаза!</i></p>
Внутрипеченочный холестаз беременных	<p>1. Клинико-лабораторные признаки холестаза, которые проявляются в III триместре беременности, нарастают к родам и исчезают сразу после родов.</p> <p>2. Лабораторная диагностика: значительное (в 10–100 раз) увеличение уровня желчных кислот сыворотки крови, уробилиногенурия</p>

Продолжение таблицы 38

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>3. Инструментальная диагностика: гистологическое исследование (биопсия печени) — централобулярный холестаз, желчные тромбы в канальцах.</p> <p>4. Исключение других заболеваний, сопровождающихся синдромом холестаза.</p> <p><i>Nota bene! Физиологически уровень щелочной фосфатазы во время беременности (особенно в третьем триместре) может увеличиваться в 2–4 раза</i></p>
Сепсис, эндотоксемия	<p>1. Клинические проявления: клиника основного заболевания, наличие очага инфекции, полиорганная недостаточность (шкала SOFA).</p> <p>2. Лабораторная диагностика: синдром системной воспалительной реакции, положительный прокальцитониновый тест</p>
Холестаз на фоне парентерального питания	<p><i>Полное парентеральное питание является фактором риска стеатоза печени и стеатогепатита.</i></p> <p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов (клиника основного заболевания, которое потребовало назначения парентерального питания).</p> <p>2. Лабораторная диагностика: прямая гипербилирубинемия, синдромы цитолиза и холестаза</p>
Сосудистые заболевания: синдром Бадда — Киари, веноокклюзионная болезнь, застойная печень	Диагностические критерии состояний представлены в разделе 5.7
Доброкачественные инфильтративные заболевания: амилоидоз, саркоидный гепатит и другие гранулематозы, болезни накопления	Диагностические критерии состояний представлены в разделе 5.3
Гематологические заболевания, метастазы злокачественных новообразований, паранеопластический синдром	Клинические проявления специфичны для основного заболевания
Гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз	<p>1. Клинические проявления: лихорадка более семи дней, отечный, геморрагический синдромы, желтушность кожных покровов и иктеричность слизистых, симптомы поражения центральной нервной системы (возбудимость, судороги, менингеальные знаки, угнетение сознания), кожная сыпь.</p> <p>2. Анамнестические данные: развитие вторичного гемофагоцитарного синдрома на фоне инфекционного процесса, злокачественных новообразований, первичного иммунодефицита, аутоиммунных заболеваний или наличие первичного гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза у родственников</p>

Окончание таблицы 38

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>3. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общий и биохимический анализы крови — панцитопения, гипертриглицеридемия, гипофибриногенемия, синдром цитолиза, гипогальбуминемия, гипонатриемия, гиперферритинемия; - генетическое исследование: мутации в генах <i>PRF1</i>, <i>MUNC13D</i>, <i>STX11</i>, <i>MUNC18-2</i>. <p>4. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - УЗИ органов брюшной полости — спленомегалия, гепатомегалия; - анализ спинномозговой жидкости; - миелограмма: феномен гемофагоцитоза, инфильтрация активированными моноцитами/макрофагами, малыми лимфоцитами
Фокальная узловатая гиперплазия (фокальная нодулярная гиперплазия)	Диагностические критерии состояния представлены в разделе 5.8
Цирроз печени любой этиологии	Диагностические критерии состояния представлены в разделе 5.5

5.5. Дифференциальный диагноз синдрома печеночной недостаточности (гепатодепрессии)

Печеночная недостаточность — синдром, характеризующийся угнетением основных функций печени, в первую очередь детоксикационной и синтетической, обусловленный дефицитом нормально функционирующих гепатоцитов.

В клинической практике принято выделять три формы печеночной недостаточности в зависимости от клинического течения, их характеристика представлена в таблице 39.

Таблица 39 — Характеристика течения основных клинических форм печеночной недостаточности

Форма печеночной недостаточности	Характеристика
Острая или фульминантная	<p>Острая печеночная недостаточность — обратимое снижение синтетической и детоксикационной функций печени, у пациентов без цирроза печени или хронического гепатита, с продолжительностью заболевания менее 26 недель (или 6 месяцев).</p> <p>Фульминантная печеночная недостаточность — быстро прогрессирующая недостаточность функции печени, которая характеризуется развитием печеночной энцефалопатии в течение ближайших 8 недель после появления первых клинических симптомов у пациентов без предшествующих заболеваний печени</p>
Хроническая	Хроническая печеночная недостаточность — необратимое снижение функции печени, возникающее на фоне цирротической трансформации хронических заболеваний печени
Острая на фоне хронической	Острая печеночная недостаточность на фоне хронической — внезапное ухудшение функции печени (декомпенсация), наблюдающееся у пациентов с предшествующим хроническим заболеванием печени и характеризующееся одной или несколькими внепеченочными органными недостаточностями и высокой смертностью

Дальнейший дифференциальный диагноз при печеночной недостаточности проводится в зависимости от течения заболевания и преобладающего лабораторного синдрома.

5.5.1. Острая печеночная недостаточность

Острая печеночная недостаточность представляет собой клиническое состояние, проявляющееся быстрым развитием печеночной энцефалопатии и коагулопатии на фоне биохимических признаков гепатоцеллюлярного повреждения в результате быстрого угнетения функций печени. Основные причины острой печеночной недостаточности представлены в таблице 40.

Таблица 40 — Основные причины острой печеночной недостаточности

Группы	Заболевания
Вирусная инфекция	Гепатиты А, Е, В, реже цитомегаловирусная и герпетическая инфекции, вирус Varizella-Zoster, вирус лихорадки денге
Лекарственные средства и токсичные вещества	Парацетамол (ацетаминофен), фосфор, токсин бледной поганки, противотуберкулезные и противоопухолевые препараты, статины, НПВП, фенитоин, карбамазепин, экстази, флуклоксациллин
Расстройства кровообращения	Синдром Бадда — Киари, ишемический гепатит
Беременность	Разрыв печени при преэклампсии, HELLP-синдром, острый жировой гепатоз беременных
Другие	Болезнь Вильсона — Коновалова, аутоиммунный гепатит, лимфома, злокачественные новообразования

5.5.2. Хроническая печеночная недостаточность

Медленное прогрессирование хронических заболеваний печени в конечном счете приводит к развитию цирроза печени (терминальной стадии болезни печени), который характеризуется появлением синдрома хронической печеночной недостаточности и портальной гипертензии. Основные причины цирроза печени представлены на рисунке 26.

Установка диагноза «цирроз печени» в некоторых клинических ситуациях может вызвать серьезные затруднения и должна основываться на сочетании клинических, лабораторных и инструментальных данных. Основные методы диагностики цирроза печени представлены в таблице 41.

Таблица 41 — Основные методы диагностики цирроза печени

Клинические проявления	Синдром портальной гипертензии Синдром печеночной недостаточности
Лабораторная диагностика	Сывороточные маркеры фиброза: «Фибротест» Индексы фиброза: NFS, FIB4
Инструментальная диагностика	УЗИ органов брюшной полости: расширение портальной вены на 13 и более мм, гепатоспленомегалия, асцит ЭГДС: варикозное расширение вен пищевода, портальная гастропатия Эластография: «Фиброскан», УЗ-эластография, МР-эластография Гистологическое исследование (биопсия печени) — золотой стандарт диагностики цирроза печени!



Рисунок 26 — Основные причины цирроза печени

5.6. Дифференциальный диагноз синдрома гепатомегалии

Синдром гепатомегалии устанавливается при увеличении передне-заднего размера правой доли печени более 12,5 см и передне-заднего размера левой доли печени более 7 см на основании данных визуализирующих методик.

Nota bene!

Гепатомегалию стоит отличать:

- от конституциональных особенностей;
- смещения печени вниз (гепатоптоз);
- эмфиземы легких;
- релаксации правого купола диафрагмы;
- поддиафрагмального абсцесса;
- ошибочной пальпации опухолей желчного пузыря, ободочной кишки, желудка, правой почки, инфильтратов в брюшной полости.

В клинической практике данный синдром редко бывает ведущим, и в случае сочетания гепатомегалии с другими гепатологическими синдромами дифференциальный диагноз проводится в зависимости от лабораторного паттерна печеночного повреждения: холестатического или цитолитического. При отсутствии других лабораторных изменений, свидетельствующих о патологии печени, необходимо исключить стеатоз печени и другие причины гепатомегалии (рис. 27).

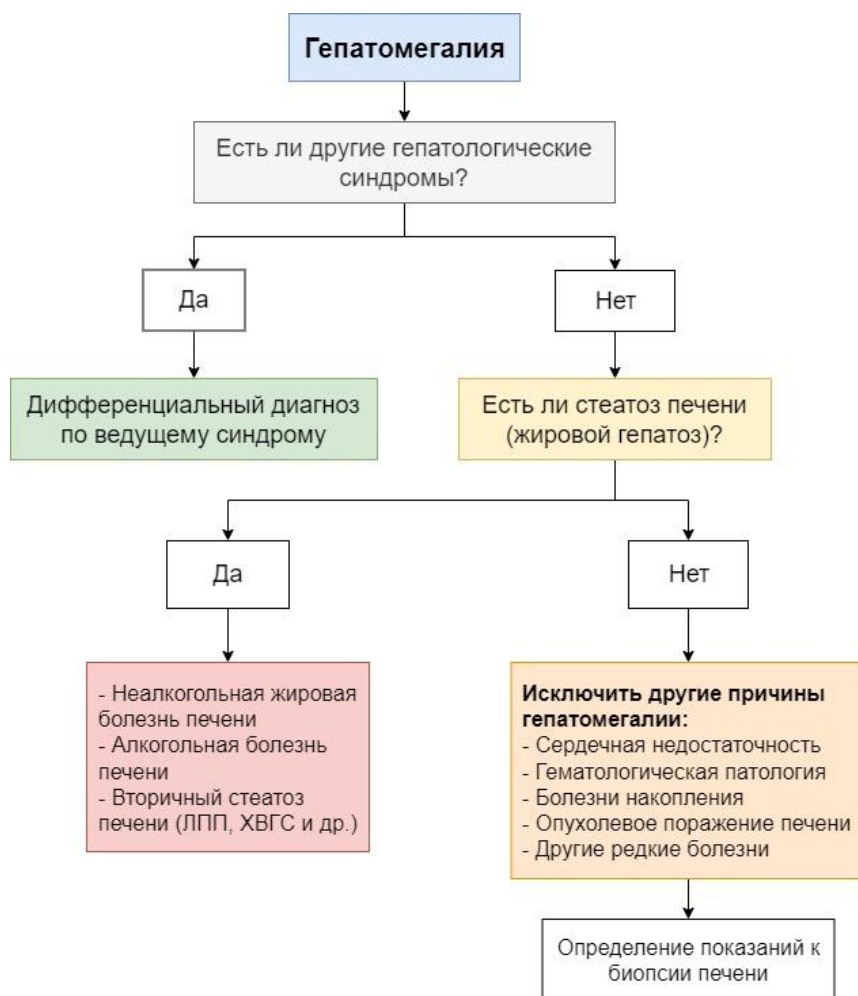


Рисунок 27 — Алгоритм дифференциального диагноза при гепатомегалии

5.7. Дифференциальный диагноз синдрома портальной гипертензии

Портальная гипертензия представляет собой клинический синдром, который характеризуется повышением давления в портальной вене и увеличением градиента портального венозного давления между воротной веной и нижней полой веной более 5 мм рт. ст.

Традиционно портальную гипертензию в зависимости от анатомического расположения причины, которая вызвала данный синдром, классифицируют на надпеченочную, печеночную и подпеченочную. Печеночная в свою очередь подразделяется на пресинусоидальную, синусоидальную и постсинусоидальную (рис. 28).

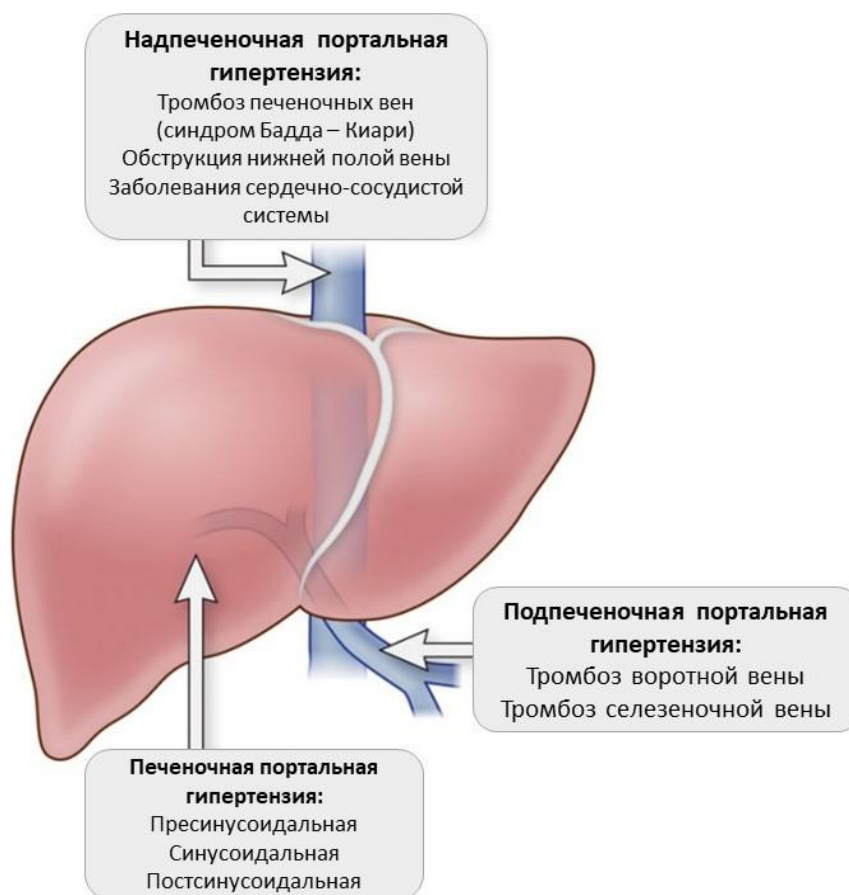


Рисунок 28 — Причины портальной гипертензии

(рисунок адаптирован из Koh C., Heller T. Approach to the diagnosis of portal hypertension // Clin. Liver Dis. (Hoboken). 2012. Vol. 1, № 5. P. 133–135. doi: 10.1002/cld.78)

В зарубежной литературе также принято подразделять портальную гипертензию на цирротическую и нецирротическую. Стоит отметить, что цирроз печени является основной причиной портальной гипертензии, а нецирротические причины преимущественно носят сосудистый характер.

На I этапе дифференциального диагноза портальной гипертензии при выявлении ее типичных клинических и инструментальных признаков стоит исключить заболевания печени, вызывающие цирроз и нецирротическую портальную гипертензию.

Затем **на II этапе дифференциального диагноза** требуется визуализация воротной и печеночных вен с целью исключения внепеченочных причин портальной гипертензии, после чего устанавливают диагноз «идиопатическая нецирротическая портальная гипертензия» (рис. 29).

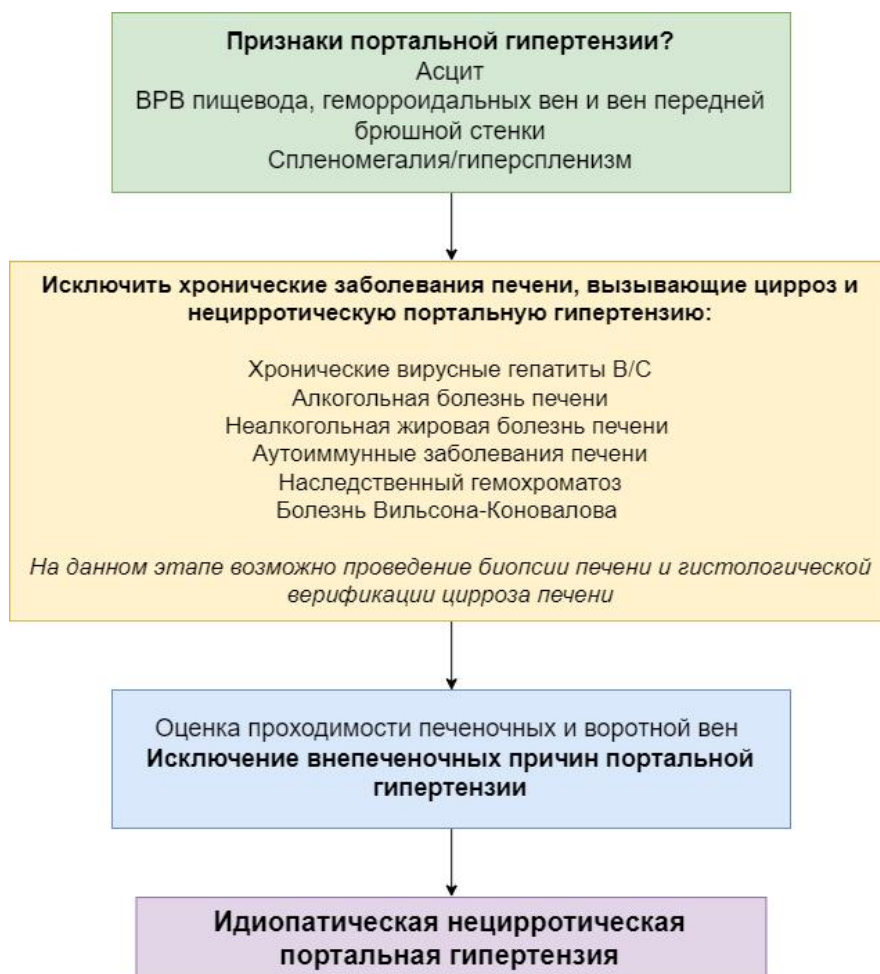


Рисунок 29 — Алгоритм дифференциальной диагностики портальной гипертензии

В настоящее время зафиксировано множество причин портальной гипертензии, большинство из которых встречается крайне редко. В этой связи во многих источниках этиологическая классификация портальной гипертензии варьирует в широких пределах, особенно это касается заболеваний печени и их подразделения на пресинусоидальный, синусоидальный и постсинусоидальный уровни.

Nota bene!

Разделение печеночной портальной гипертензии на пресинусоидальную, синусоидальную и постсинусоидальную во многом условное, так как при одной нозологии возможно сочетание патогенетических механизмов, характерных для всех этих типов печеночной портальной гипертензии.

Например, портальная гипертензия при алкогольной болезни печени может быть связана с циррозом печени и, соответственно, синусоидальной портальной гипертензией за счет увеличения внутripеченочного сосудистого сопротивления, однако при алкогольном гепатите без цирроза печени она будет относиться к синусоидальной за счет дефенестрации синусоид и постсинусоидальной за счет флебосклероза печеночных вен.

Основные причины портальной гипертензии и их характеристика представлены в таблице 42.

Таблица 42 — Классификация портальной гипертензии

Заболевание или состояние	Характеристика и основные диагностические критерии
Надпеченочная портальная гипертензия	
Тромбоз печеночных вен (синдром Бадда — Киари, инвазия опухолью)	<p>1. Клинические проявления: абдоминальная боль, гепатомегалия, резистентный асцит.</p> <p>2. Анамнестические данные: протромботические состояния (дефицит протеинов С или S, антифосфолипидный синдром, дефицит антитромбина III, мутации фактора V Лейдена, беременность, прием оральных контрацептивов), гематологические заболевания (полицитемия, пароксизмальная ночная гемоглобинурия), воспалительные заболевания кишечника, инфекции (абсцесс печени, эхинококкоз, сифилис), заболевания соединительной ткани, травма, опухолевая инвазия печеночных вен (гепатоцеллюлярная карцинома, почечноклеточная карцинома).</p> <p>3. Лабораторная диагностика: исследование асцитической жидкости [высокая концентрация белка ($> 2,0$ г/дл), количество лейкоцитов менее 500 в мм³, сывороточно-асцитический альбуминовый градиент выше 1,1].</p> <p>4. Инструментальная диагностика — УЗДГ, КТ и МРТ сосудов печени с контрастным усилением: наличие препятствия венозному оттоку из печени, многочисленные узловые образования в печени</p>
Обструкция нижней полой вены	<p>1. Клинические проявления: клиника портальной гипертензии.</p> <p>2. Инструментальная диагностика — визуализация нижней полой вены (УЗДГ, КТ): мембрана в просвете нижней полой вены, инвазия опухолью нижней полой вены</p>
Заболевания сердечно-сосудистой системы	<p>1. Клинические проявления: клиника портальной гипертензии, сердечная недостаточность, симптомы основного заболевания.</p> <p>2. Инструментальная диагностика — эхокардиография: констриктивный перикардит, выраженная трикуспидальная регургитация, хроническая правожелудочковая недостаточность, рестриктивная кардиомиопатия</p>
Печеночная портальная гипертензия	
Пресинуоидальная	<p>Врожденные причины: врожденный фиброз печени, поликистоз.</p> <p>Сосудистые причины: болезнь Рандю — Ослера, пелиоз печени (пелиозный гепатит).</p> <p>Билиарные причины: первичный билиарный холангит, первичный склерозирующий холангит.</p> <p>Гранулематозы: шистосомоз, саркоидоз, туберкулез.</p> <p>Воздействие токсичных веществ: медь, мышьяк, 6-меркаптопурин</p>

Окончание таблицы 42

Заболевание или состояние	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>Болезни накопления: болезнь Вильсона — Коновалова, гемохроматоз, амилоидоз.</p> <p>Другие причины: идиопатическая (нецирротическая) портальная гипертензия, миелопролиферативные заболевания, нодулярная регенераторная гиперплазия</p>
Синусоидальная	<p>Цирроз печени любой этиологии.</p> <p>Алкогольный гепатит.</p> <p>Вирусные гепатиты.</p> <p>Метаболические причины: НАЖБП, острый жировой гепатоз беременных.</p> <p>Инфильтративные заболевания: системный мастоцитоз, амилоидоз.</p> <p>Токсические причины: цитотоксические лекарства, интоксикация витамином А</p>
Постсинусоидальная	<p>Веноокклюзионная болезнь.</p> <p>Флебосклероз печеночных вен: алкогольная болезнь печени, гипервитаминоз витамином А.</p> <p>Обструкция выводного тракта печеночной вены: синдром Бадда — Киари</p> <p>Первичные сосудистые злокачественные новообразования: эпителиоидная гемангиоэндотелиома, ангиосаркома</p>
Подпеченочная портальная гипертензия	
Тромбоз воротной и селезеночной вен, кавернозная трансформация воротной вены	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: абдоминальная боль, асцит. 2. Анамнестические данные: цирроз печени, врожденные и приобретенные тромбофилические состояния, острый панкреатит, травма живота, хирургические вмешательства на брюшной полости. 3. Инструментальная диагностика — визуализация воротной вены (УЗДГ, МСКТ и МРТ с контрастным усилением): отсутствие видимого просвета воротной вены, протяженность тромба
Висцеральная артериовенозная фистула	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: асцит, ВРВП, спленомегалия, редко диарея. 2. Анамнестические данные: беременность, травма живота, повторные роды, хирургические вмешательства на брюшной полости. 3. Инструментальная диагностика: визуализация артериовенозной фистулы по данным ангиографии, УЗДГ, КТ с контрастным усилением
Массивная спленомегалия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнестические данные: болезнь Гоше, лимфома, миелопролиферативные заболевания, идиопатическая тропическая спленомегалия

5.8. Дифференциальный диагноз при очаговых образованиях печени

Отдельно стоит выделить дифференциальный диагноз очаговых образований печени, которые зачастую обнаруживаются случайно при УЗ-диагностике и в некоторых клинических ситуациях требуют дообследования.

Общепризнанной классификации очаговых образований печени не существует, однако чаще всего можно встретить их разделение на доброкачественные и злокачественные новообразования.

Классификация:

1. Доброкачественные (чаще всего обнаруживаются случайно):

- гемангиома;
- фокальная узловая гиперплазия (фокальная нодулярная гиперплазия);
- гепатоцеллюлярная аденома;
- регенеративные узелки (при циррозе печени);
- кисты печени: паразитарные (эхинококкоз, альвеококкоз), непаразитарные (одиночная киста, множественные кисты, поликистоз печени);
- другие образования: абсцесс, гематома.

2. Злокачественные:

- гепатоцеллюлярная карцинома;
- холангиокарцинома;
- метастатическое поражение.

К наиболее часто встречающимся доброкачественным образованиям печени относят гемангиому, фокальную нодулярную гиперплазию и гепатоцеллюлярную аденому, их краткая характеристика, а также тактика ведения пациентов с данными новообразованиями представлены в таблице 43.

Наибольшую настороженность у врача должно вызывать появление очаговых образований печени у пациентов, имеющих высокий риск гепатоцеллюлярной карциномы. Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации по раннему выявлению онкологических заболеваний органов пищеварения, к группе высокого риска развития гепатоцеллюлярной карциномы относят:

- пациентов с циррозом печени вирусной этиологии класса А, В по Чайлду — Пью;
- пациентов с хроническим гепатитом В без формирования цирроза печени (при наличии признаков активности гепатита или при наличии гепатоцеллюлярной карциномы у родственников первой линии);
- пациентов с хроническим гепатитом С на стадии выраженного фиброза (F3–F4 по METAVIR);
- пациентов азиатского происхождения, мужского пола — старше 40 и женского — старше 50 лет;
- пациентов с алкогольной болезнью печени;
- пациентов с болезнями накопления (болезнь Вильсона — Коновалова, наследственный гемохроматоз);
- пациентов с неалкогольным стеатогепатитом, ассоциированным с сахарным диабетом и ожирением;
- пациентов с первичным билиарным циррозом печени.

Таблица 43 — Характеристика и тактика ведения пациентов с доброкачественными очаговыми образованиями печени

Образование	Характеристика	Тактика ведения
Гемангиома печени	<p><i>Наиболее часто встречающаяся опухоль печени.</i></p> <p>Клинические проявления: чаще всего отсутствуют, возможен синдром Казабаха — Меррит (боль, анемия, коагулопатия, тромбоцитопения).</p> <p>Типичные признаки по данным УЗИ: однородное гиперэхогенное образование, с четкими контурами, без затухания сигнала (кавернозная гемангиома имеет четкие бугристые контуры и неоднородную структуру).</p> <p>Типичные признаки по данным УЗИ, КТ или МРТ с контрастным усилением: периферическое или сферическое усиление сосудистого рисунка в артериальную фазу с последующим центральным усилением в отсроченную фазу</p>	<p>В случае обнаружения образования менее 3 см с типичными признаками гемангиомы печени для постановки диагноза достаточно УЗИ.</p> <p>Пациентам с онкологическими заболеваниями или с первичным заболеванием печени в анамнезе требуется дополнительное обследование: УЗИ, КТ или МРТ с контрастным усилением</p>
Фокальная узловая гиперплазия (фокальная нодулярная гиперплазия, ФНГ)	<p><i>Вторая по распространенности доброкачественная опухоль печени, чаще встречается у женщин (до 90 %).</i></p> <p>Ассоциирована с сосудистыми заболеваниями печени: синдромом Бадда — Киари, наследственными геморрагическими телеангиэктазиями, агенезией воротной вены.</p> <p>Типичные признаки по данным УЗИ в стандартном В-режиме: гипоехогенный узел, четкие границы с ровными контурами, соединительнотканная капсула в виде тонкого нимба.</p> <p>Типичные признаки по данным УЗИ в режиме цветного доплеровского картирования: интенсивное кровоснабжение узла, сосудистый рисунок в центре в виде «колеса со спицами» или «баскетбольной корзины», среди сосудов преобладают артерии.</p> <p>Типичные признаки по данным КТ, МРТ с контрастным усилением: гомогенное образование с сильным и гомогенным окрашиванием в артериальную фазу за исключением зоны центрального рубца, сохраняющей гиподенсивную плотность, дольчатые контуры</p>	<p>МРТ имеет самую высокую диагностическую точность при ФНГ размером более 3 см.</p> <p>При ФНГ размером менее 3 см лучше использовать УЗИ или КТ с контрастным усилением.</p> <p>При типичной ФНГ нет необходимости в динамическом наблюдении.</p> <p>Лечение не рекомендовано</p>

Образование	Характеристика	Тактика ведения
Гепатоцеллюлярная аденома (ГЦА)	<p><i>Наблюдается примерно в 10 раз реже, чем ФНГ, чаще встречается у женщин в возрасте 35–40 лет.</i></p> <p>ГЦА склонна к кровоизлияниям и злокачественной трансформации (ГЦА у женщин чаще имеет доброкачественное течение, у мужчин — высокий потенциал к озлокачествлению).</p> <p>Факторы риска ГЦА: ожирение, метаболический синдром, прием оральных контрацептивов, анаболических стероидов.</p> <p>Редкие сопутствующие заболевания: семейная форма гепатоцеллюлярной аденомы, MODY-диабет, β-талассемия, гемохроматоз, синдром Олбрайта — Маккьюна, гликогенозы I, III и IV типов.</p> <p>Молекулярная классификация ГЦА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гепатоцеллюлярная аденома с мутированным ядерным фактором 1α. 2. Воспалительные аденомы. 3. β-катенин-мутированные ГЦА (чаще озлокачествляются). 4. Не классифицируемые ГЦА. <p>Типичные признаки по данным УЗИ: округлое образование гетерогенной эхогенности (чаще гиперэхогенной) с четкими контурами, умеренно неоднородной внутренней структурой, внутриопухолевыми сосудами, септами, окруженное гипоэхогенным ободком.</p> <p>Типичные признаки по данным КТ с контрастным усилением: чередование зон гипо-, гипер- и нормальной плотности, максимальное контрастирование наблюдается в артериальную фазу в отличие от гемангиомы</p>	<p>УЗИ, КТ или МРТ с контрастным усилением используются для диагностики. МРТ имеет самую высокую диагностическую точность (есть возможность определить подтипы ГЦА).</p> <p>Тактика ведения зависит от пола, размера опухоли и динамики роста:</p> <ul style="list-style-type: none"> - рекомендуется изменение образа жизни — прекращение приема оральных контрацептивов и снижение веса; - у мужчин независимо от размера ГЦА рекомендуется удаление новообразования; - у женщин через 6 месяцев после изменения образа жизни осуществляется резекция очагов ≥ 5 см или растущего очага; - женщинам с ГЦА менее 5 см через 1 год проводят повторное обследование, далее динамически наблюдают 1 раз в год

Всегда стоит помнить, что специфические клинические симптомы на ранних стадиях гепатоцеллюлярной карциномы отсутствуют, в этой связи требуется ее активный скрининг в вышеперечисленных группах пациентов. Алгоритм действий врача при выявлении очаговых образований печени у пациентов из групп высокого риска гепатоцеллюлярной карциномы представлен на рисунке 30.

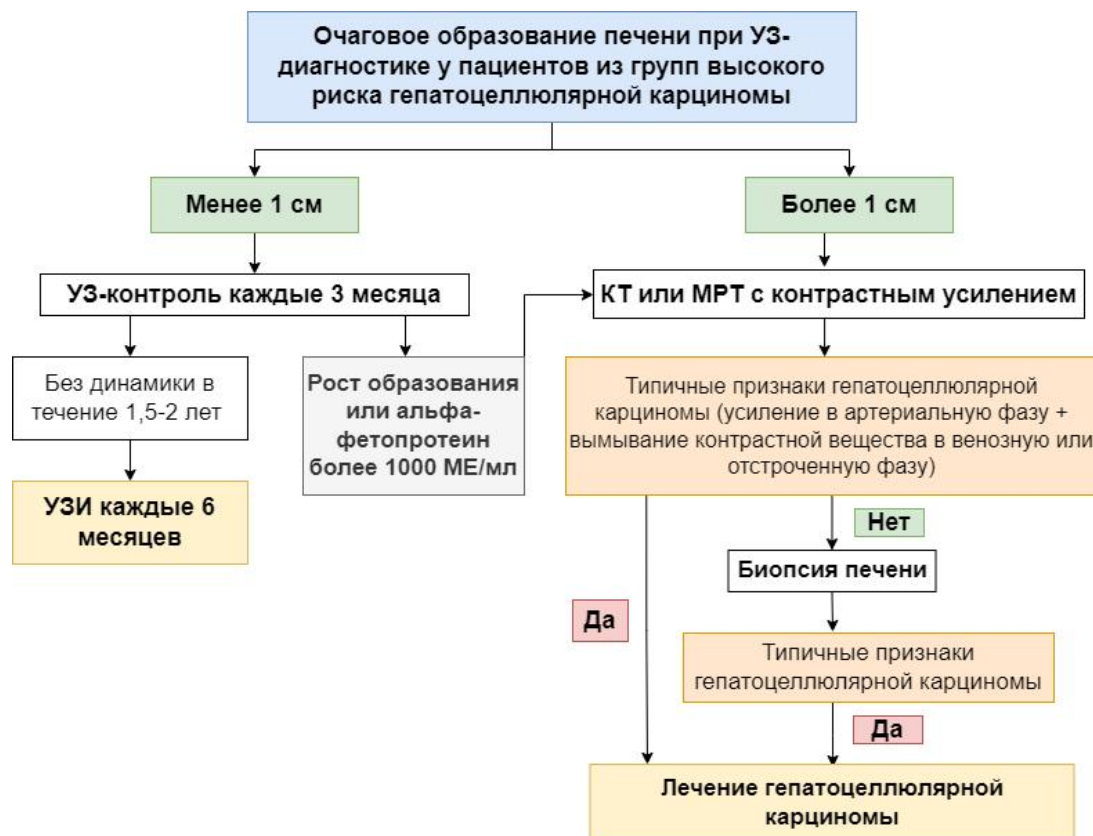


Рисунок 30 — Алгоритм действий врача при выявлении очаговых образований печени у пациентов из групп высокого риска гепатоцеллюлярной карциномы (алгоритм адаптирован из методического руководства Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации онкологов России по раннему выявлению онкологических заболеваний органов пищеварения)

Тестовые задания для самоконтроля к главе 5

Выберите один правильный ответ.

1. К КРИТЕРИЯМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТ

- 1) повышение уровней АЛТ, АСТ
- 2) асцит
- 3) кожный зуд
- 4) геморрагический синдром

2. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ ОТНОСИТСЯ** К ПРИЧИНАМ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЕЙ ТРАНСАМИНАЗ

- 1) рабдомиолиз
- 2) гемолитическая анемия
- 3) аутоиммунный гепатит
- 4) хронический панкреатит

3. КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕОБЛАДАНИЕМ АСТ НАД АЛТ (ИНДЕКС ДЕ РИТИСА БОЛЕЕ 1)

- 1) аутоиммунный гепатит
- 2) алкогольная болезнь печени
- 3) целиакия
- 4) гемохроматоз

4. НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ВСЕГДА ИСКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) гемолитическая анемия
- 2) синдром Жильбера
- 3) подпеченочная желтуха
- 4) алкогольный гепатит

5. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ ЯВЛЯЕТСЯ** ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА

- 1) синдром холестаза
- 2) повышение уровня антимитохондриальных антител
- 3) повышение уровня IgG
- 4) выявление антител к антигенам gp210 и sp100

6. ЧТО ИСКЛЮЧАЕТСЯ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) идиопатическая нецирротическая портальная гипертензия
- 2) цирроз печени
- 3) синдром Бадда — Киари
- 4) тромбоз портальной вены

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Характерным клиническим проявлением патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей является билиарная боль. В литературе также фигурирует термин *билиарная диспепсия*, который подразумевает рецидивирующие боли в правом подреберье и симптомы диспепсии при отсутствии очевидных структурных изменений со стороны желчевыводящих путей, однако данный термин не является общепризнанным и редко упоминается в современных источниках. При обструкции желчевыводящих путей патогномичными синдромами являются *холестаз* и *механическая желтуха* (смотри главу 5).

Key points

- Основными клиническими проявлениями патологии желчевыводящих путей являются билиарная боль, холестаз и механическая желтуха.
- При билиарной боли необходимо исключить органическую патологию желчевыводящих путей и других органов.
- При исключении органической патологии переходят к дифференциальному диагнозу дискинезий желчевыводящих путей.

6.1. Дифференциальный диагноз билиарной боли

Билиарная боль подразумевает наличие боли в животе с характерной локализацией и динамикой, которая не имеет четкой связи с дефекацией, физической нагрузкой и не уменьшается при приеме антисекреторных средств. Это позволяет провести тонкую грань между болью при заболеваниях билиарного тракта и болью, связанной с язвенной болезнью, панкреатитом, функциональной диспепсией, СРК и патологией опорно-двигательного аппарата.

Диагностические критерии билиарной боли

Боль в эпигастрии и/или в правом подреберье и соответствие следующим критериям:

- достигает определенного уровня и длится 30 минут и дольше;
- появляется с разной периодичностью (не ежедневно);
- снижает повседневную активность и может стать причиной обращения в отделение неотложной помощи;
- несущественно связана (менее 20% случаев) с дефекацией;
- несущественно связана (менее 20% случаев) с изменением положения тела, нет эффекта от приема антацидов и ингибиторов протонной помпы.

Поддерживающие критерии

Боль может быть связана с тошнотой, рвотой, иррадиацией в спину и/или в правую подлопаточную область, пробуждением ото сна.

Однако даже при выявлении типичной клинической картины билиарной боли **I этап диагностического поиска** требует проведения набора обследований, включающего общий и биохимический анализы крови, УЗИ органов брюшной полости и ЭГДС для исключения патологий верхних отделов ЖКТ, которые могут протекать со схожей клинической симптоматикой (рис. 31).



Примечание: * — оценка фракции опорожнения желчного пузыря (ЖП) при помощи билиосцинтиграфии и УЗ-холецистографии.

Рисунок 31 — Алгоритм дифференциального диагноза билиарной боли

Скрининговым тестом, позволяющим выявить органическую патологию желчевыводящих путей, является УЗИ. Данный метод в первую очередь позволяет исключить желчнокаменную болезнь (ЖКБ). УЗ-картина при ЖКБ может быть весьма разнообразной, и на ее основании выделяют несколько стадий:

- I стадия — начальная, или предкаменная:
 - густая неоднородная желчь;
 - формирование билиарного сладжа с наличием микролитов;
 - формирование билиарного сладжа с наличием замазкообразной желчи;
 - формирование билиарного сладжа с наличием микролитов и замазкообразной желчи.
- II стадия — формирование желчных камней:
 - локализация;
 - количество конкрементов;
 - состав;
 - клиническое течение.
- III стадия — стадия хронического рецидивирующего калькулезного холецистита.

По клиническому течению:

 - латентное течение;
 - с наличием клинических симптомов:
 - болевая форма с типичными желчными коликами;
 - диспепсическая форма;
 - под маской других заболеваний.
- IV стадия — наличие осложнений.

Согласно этой классификации, хронический калькулезный холецистит является одной из стадий ЖКБ, может быть бессимптомным или сопровождаться типичной/атипичной симптоматикой. Отдельного внимания заслуживает предкаменная стадия, которая может быть как бессимптомной, так и проявлять себя билиарной болью или осложнениями ЖКБ.

Типичным клиническим проявлением ЖКБ является *билиарная* или *желчная колика*, которая полностью укладывается в определение билиарной боли, подчеркивая ее интенсивность и приступообразность. При нетипичной зоне иррадиации — влево, за грудину — приступ билиарной колики следует дифференцировать от стенокардии и абдоминального варианта инфаркта миокарда. Как правило, провоцирующими факторами билиарной боли при ЖКБ являются жирная пища, алкоголь, тряская езда, а купируют симптомы голод и спазмолитики. При обструкции желчевыводящих путей после приступа билиарной колики развивается механическая желтуха. Физикальные симптомы, характерные для острого холецистита, описаны в главе 1.

Nota bene!

Хронический бескаменный (некалькулезный) холецистит подразумевает хроническое воспаление стенки желчного пузыря в отсутствие ЖКБ.

Четкие критерии диагностики отсутствуют. Основанием для постановки диагноза «хронический бескаменный холецистит» является наличие билиарной боли в сочетании с маркерами воспаления желчного пузыря. Ключевым моментом может быть выявление этиологического фактора — жиардиаза (лямблиоза) или описторхоза.

Основным методом, позволяющим судить о хроническом бескаменном холецистите, остается УЗИ, демонстрирующее утолщение стенки желчного пузыря более 3 мм.

Следует отметить, что утолщение стенки желчного пузыря является характерным признаком полипов желчного пузыря или гиперпластических холецистозов, представленных в таблице 44.

Полипы желчного пузыря — разрастания слизистой оболочки, выступающие в его просвет, являются собирательным понятием, включающим в себя как неопухолевые, так и неопластические процессы в желчном пузыре.

Холецистозы — дегенеративные и пролиферативные изменения стенки желчного пузыря.

Не стоит также забывать, что, помимо этого, при различных патологических состояниях: циррозе печени, остром гепатите, почечной недостаточности, гипопроteinемии, застойной сердечной недостаточности и сепсисе — может наблюдаться отек стенки желчного пузыря, который может быть ошибочно принят за холецистит (табл. 44).

Таблица 44 — Заболевания, сопровождающиеся утолщением стенки желчного пузыря

Холестероз и холестериновые полипы. Холестероз — заболевание, характеризующееся очаговым и/или диффузным отложением холестерина и его метаболитов в стенке желчного пузыря (сетчатая форма, полипозная форма, полипозно-сетчатая форма). УЗИ — метод диагностики, позволяет идентифицировать множественные небольшие (обычно 1–2 мм, < 10 мм) внутрипросветные поражения с ровными контурами, которые сохраняют фиксированное положение стенки, несмотря на изменение положения тела

Аденомиоматоз желчного пузыря — чрезмерная пролиферация поверхностного эпителия с инвагинацией в утолщенную мышечную оболочку и образованием внутренних ложных дивертикулов — синусов Рокитанского — Ашоффа. Различают три морфологических типа аде-

Окончание таблицы 44

<p>номиоматоза: диффузный, сегментарный (или кольцевидный) и очаговый. Визуализация синусов Рокитанского — Ашоффа имеет решающее значение для диагностики аденомиоматоза. На УЗИ видна утолщенная стенка с небольшими анэхогенными интрамуральными кистозными пространствами. На КТ аденомиоматоз также проявляется утолщением стенки желчного пузыря или его объемным поражением с небольшими кистозными пространствами. «Признак жемчужного ожерелья» является отличительной чертой аденомиоматоза на МРТ, обозначая очаги высокой интенсивности сигнала стенки желчного пузыря на T2-взвешенном изображении</p>
<p><i>Аденомы</i> — истинные неопластические полипы, имеющие потенциал к малигнизации (прогрессированию в аденокарциному). Встречаются обычно одиночно, представляют собой сидячие или гипсехогенные полипы на ножке с внутренней васкуляризацией, которую видно на цветном доплеровском УЗИ. Отличить доброкачественные и злокачественные полипы желчного пузыря по данным УЗИ крайне сложно, общепринятой является тактика динамического наблюдения и холецистэктомия при быстром росте и больших размерах полипов (более 1 см)</p>
<p><i>Ксантогранулематозный холецистит</i> — редкое хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря, которое характеризуется накоплением липидных макрофагов и смешанных воспалительных клеточных инфильтратов в стенке желчного пузыря и может быть связано с ЖКБ. Общими признаками при визуализации являются диффузное утолщение стенки желчного пузыря, наличие камней в желчном пузыре, непрерывная линейность слизистой оболочки и интрамуральные гиподенсивные узлы или полосы на УЗИ, КТ или МРТ</p>
<p><i>Фарфоровый желчный пузырь</i> — хроническое воспалительное поражение желчного пузыря, характеризующееся пристеночной кальцификацией, ассоциировано с повышенным риском рака желчного пузыря. Обызвествление варьирует от очаговых бляшек в слизистом слое до полнослойного поражения, которое замещает мышечный слой</p>
<p><i>Варикоз желчного пузыря</i> — формирование венозных коллатералей у пациентов с портальной гипертензией, чаще при внепеченочной окклюзии воротной вены</p>

Патология желчных протоков включает в себя:

- холедохолитиаз как форму ЖКБ;
- инфекционный холангит (бактериальный, паразитарный);
- склерозирующий холангит (первичный, вторичный, IgG4-ассоциированный);
- опухоль желчных протоков;
- сдавление желчного протока извне опухолью, лимфоузлами;
- нарушение оттока желчи через большой дуоденальный сосочек (дивертикулы ДПК, опухоль, склероз сосочка, паразитоз);
- атрезию желчного протока.

Отличительной чертой патологии желчных протоков является наличие синдромов *холестаза* и *механической желтухи* (глава 5). Для инфекционного холангита патогномичной является триада Шарко: болезненность в правом подреберье, желтушное окрашивание кожных покровов и лихорадка с ознобами.

При исключении органической патологии билиарной системы и других органов ЖКТ переходят ко **II этапу дифференциального диагноза** — верификации типа функциональных расстройств желчевыводящих путей (рис. 31).

Nota bene!

В настоящее время не используются понятия гипертоническая и гипотоническая дискинезии желчного пузыря.

При ранее проведенной холецистэктомии и наличии абдоминальной боли должны быть применены критерии диагноза *дисфункция сфинктера Одди по билиарному или панкреатическому типам*. Многие авторы используют термин «постхолецистэктомический синдром» для объяснения функциональных и органических изменений, возникших после холецистэктомии, в том числе в результате технических погрешностей ее выполнения. Если холецистэктомии не было, рекомендовано оценить функцию желчного пузыря — определить фракцию опорожнения желчного пузыря при помощи билиосцинтиграфии и УЗ-холецистографии. Если она менее 40 %, диагностируется дисфункция (дискинезия) желчного пузыря. В то же время если функция желчного пузыря в норме — правомочен диагноз *функциональная билиарная боль*. Диагностические критерии основных форм функциональных заболеваний билиарной системы представлены в таблице 45.

Таблица 45 — Диагностические критерии функциональных заболеваний билиарного тракта

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Дискинезия (дисфункция, функциональное расстройство) желчного пузыря	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: билиарная боль. 2. Лабораторная диагностика: нормальная активность печеночных ферментов, амилазы/липазы и уровень прямого билирубина в крови. 3. Инструментальная диагностика: отсутствие камней/сладжа и других структурных изменений желчного пузыря по данным УЗИ, снижение фракции опорожнения желчного пузыря (< 40%) по данным УЗ-холецистографии или билиосцинтиграфии
Дисфункция (дискинезия, функциональное расстройство) сфинктера Одди по билиарному типу (билиарной порции сфинктера Одди)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: билиарная боль. 2. Анамнестические данные: холецистэктомия (не обязательно). 3. Лабораторная диагностика: может быть преходящее повышение уровней АСТ, АЛТ, общего билирубина, нормальная активность амилазы/липазы. 4. Инструментальная диагностика — УЗИ органов брюшной полости: отсутствие конкрементов в желчных протоках и других их структурных изменений, может быть преходящее расширение холедоха (более 8 мм), характерные изменения по данным билиосцинтиграфии и манометрии сфинктера Одди
Дисфункция (дискинезия, функциональное расстройство) сфинктера Одди по панкреатическому типу	<ol style="list-style-type: none"> 1. Атаки панкреатита в анамнезе, отсутствие других причин развития панкреатита. 2. Инструментальная диагностика: отсутствие изменений по данным эндоУЗИ, характерные изменения по данным манометрии сфинктера Одди
Функциональная билиарная боль	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: билиарная боль. 2. Лабораторная диагностика: нормальная активность печеночных ферментов, амилазы/липазы и уровень прямого билирубина в крови. 3. Инструментальная диагностика: отсутствие камней и/или сладжа и других структурных изменений желчного пузыря по данным УЗИ. 4. Несоответствие критериям других дискинезий желчевыводящих путей

Тестовые задания для самоконтроля к главе 6

Выберите один правильный ответ.

1. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ БИЛИАРНОЙ БОЛИ **НЕ ОТНОСЯТ**

- 1) боль в эпигастрии и/или в правом подреберье длительностью 30 минут и дольше
- 2) боль появляется с разной периодичностью (не ежедневно)
- 3) боль имеет связь с дефекацией
- 4) боль не имеет связи с изменением положения тела

2. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТСЯ К ДИСКИНЕЗИЯМ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- 1) холангит
- 2) дисфункция сфинктера Одди
- 3) хронический панкреатит
- 4) стриктура холедоха

3. ВЫБЕРИТЕ КРИТЕРИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- 1) наличие камней в желчном пузыре
- 2) повышение уровня общего билирубина
- 3) нормальная фракция опорожнения желчного пузыря
- 4) снижение фракции опорожнения желчного пузыря

4. ПЕРВАЯ СТАДИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) бессимптомным камненосительством
- 2) наличием билиарного сладжа
- 3) хроническим калькулезным холециститом
- 4) холедохолитиазом

5. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОЧАГОВЫМ И/ИЛИ ДИФFUЗНЫМ ОТЛОЖЕНИЕМ ХОЛЕСТЕРИНА И ЕГО МЕТАБОЛИТОВ В СТЕНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- 1) желчнокаменная болезнь
- 2) аденомиоматоз желчного пузыря
- 3) фарфоровый желчный пузырь
- 4) холестероз желчного пузыря

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Типичными проявлениями заболеваний поджелудочной железы являются следующие синдромы и симптомы: абдоминальная боль, внешнесекреторная недостаточность, внутрисекреторная недостаточность (сахарный диабет), при увеличении головки поджелудочной железы — механическая желтуха и/или хроническая дуоденальная непроходимость.

Key points

- Диагноз «хронический панкреатит» основан на типичных клинических проявлениях (абдоминальная боль и внешнесекреторная недостаточность) и данных визуализирующих методик (УЗИ, МРТ, МСКТ, эндоУЗИ).
- Для установления причины хронического панкреатита необходимо уточнить анамнез (включая злоупотребление алкоголем, курение и наследственность), лабораторное обследование дополнить оценкой уровней кальция, триглицеридов. Всем пациентам с семейной историей раннего начала заболевания должны быть проведены генетические тесты для исключения муковисцидоза.
- Если никакая другая этиология хронического панкреатита не может быть идентифицирована, следует исключить аутоиммунный панкреатит.
- Среди тестов, подтверждающих экзокринную недостаточность поджелудочной железы, наиболее доступным является определение фекальной эластазы.

7.1. Диагностика хронического панкреатита



Рисунок 32 — Краткий алгоритм диагностики хронического панкреатита

В современной клинической практике диагноз «хронический панкреатит» часто устанавливается только на основании клинической картины хронической абдоминальной боли с локализацией в верхних отделах живота и неспецифических изменений при УЗ-диагностике. Подобный подход к постановке диагноза зачастую приводит к гипердиагностике заболевания и последующим ошибкам в ведении данной группы пациентов. Краткий алгоритм диагностики хронического панкреатита представлен на рисунке 32.

I этапом дифференциального диагноза является выявление клинико-лабораторных и инструментальных признаков хронического панкреатита.

Абдоминальная боль является самым частым проявлением (у 80% пациентов) и имеет следующие характеристики:

- локализация — эпигастрий, левое и правое подреберье, опоясывающая;
- интенсивность — от ноющей, тупой до жгучей, интенсивной;
- возможны ночные боли;
- иррадиация боли — в спину, левую половину грудной клетки, левую лопатку, руку;
- связь с характером пищи (жирная, жареная, алкоголь); уменьшается при голоде.

Характер болей также может зависеть от длительности заболевания (I стадия — доклиническая, II стадия — начальных проявлений, III стадия — персистирующая симптоматика, IV стадия — атрофия поджелудочной железы), однако преимущественно выделяют два основных типа болей при хроническом панкреатите:

- тип А — непродолжительные приступы (до 10 дней) с длительными безболевыми периодами;
- тип В — тяжелые длительные болевые эпизоды с безболевыми периодами до двух месяцев.

Со временем на первый план могут выходить симптомы внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы.

При физикальном обследовании могут быть выявлены патогномоничные для хронического панкреатита зоны болезненности при пальпации живота: точка Губергрица, точка Дежардена, зона Шоффара, зона Губергрица — Скульского (рис. 33).

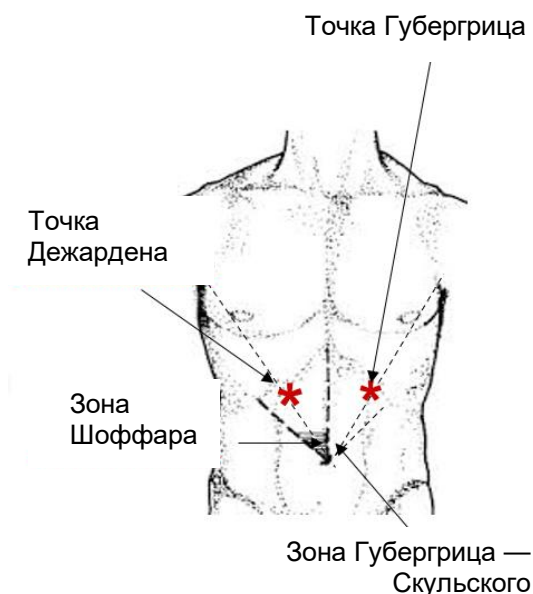


Рисунок 33 — Физикальные симптомы при хроническом панкреатите

Nota bene!

В диагностике хронического панкреатита — в отличие от острого — повышение уровня ферментов в крови и моче не играет существенной роли, поскольку является низкочувствительным и малоспецифичным признаком. Дифференциальный диагноз при гиперамлаземии представлен в разделе 7.3.

Основными методами, подтверждающими диагноз «хронический панкреатит», в настоящее время являются лучевые методы исследования. Их диагностическая ценность охарактеризована в таблице 46.

Таблица 46 — Инструментальные методы диагностики хронического панкреатита

Метод	Достоинства	Недостатки
УЗИ брюшной полости	Высокая доступность (первичный скрининг). Удобен для мониторинга осложнений (псевдокисты и псевдоаневризмы). УЗИ с контрастированием может увеличить точность диагностики	Позволяет диагностировать заболевание только на поздней стадии. Зависимость от оператора и сложности визуализации поджелудочной железы из-за ожирения или кишечного газа
МРТ и МРХПГ	Внутривенное введение секретина (s-MRCP) повышает диагностическую ценность, так как улучшает визуализацию протоков и позволяет оценить экзокринную недостаточность	Присутствия типичных изменений на МРТ/МРХПГ достаточно для диагноза, однако норма не исключает присутствия легких форм
МСКТ с контрастным усилением	Является подходящим методом для диагностики хронического панкреатита, включая выявление кальцинатов, панкреонекроза, опухолей более 5 мм	Лучевая нагрузка, ограничения при использовании контраста
Эндоскопическое УЗИ	Наиболее чувствительная визуализирующая технология для диагностики хронического панкреатита. Возможно проведение тонкоигольной биопсии, что позволяет верифицировать начальные стадии рака поджелудочной железы	
ЭРХПГ	Не считается диагностической процедурой из-за ее инвазивности и риска осложнений, возможно проведение с лечебно-диагностическими целями	

На основании проведенного инструментального исследования предложено несколько шкал, оценивающих вероятность хронического панкреатита: Кембриджская классификация (табл. 47) и диагностические критерии Rosemont по данным эндоскопического УЗИ. Согласно диагностическим критериям Rosemont, к наиболее характерным для хронического панкреатита признакам относятся изменения паренхимы органа (ячеистость, гиперэхогенные очаги с тенью / без тени, кисты, тяжистость) и протоков (дилатация, неравномерность главного панкреатического протока и его боковых ветвей, гиперэхогенность стенок и наличие конкрементов).

Таблица 47 — Кембриджская классификация хронического панкреатита по данным КТ и УЗИ

Норма	<ul style="list-style-type: none"> • Размер главного панкреатического протока менее 2 мм; • нормальный размер и форма поджелудочной железы; • гомогенность паренхимы
Сомнительный	<p>Один признак из следующих:</p> <ul style="list-style-type: none"> • размер главного панкреатического протока 2–4 мм; • небольшое увеличение поджелудочной железы (до 2 норм); • гетерогенность паренхимы
Легкий	<p>Необходимы два или более признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • размер главного панкреатического протока 2–4 мм; • небольшое увеличение поджелудочной железы (до 2 норм); • гетерогенность паренхимы
Умеренно тяжелый	<ul style="list-style-type: none"> • Мелкие полости менее 10 мм; • неравномерность диаметра протоков; • очаговый острый панкреатит; • повышенная эхогенность стенки протоков; • неровность контуров
Тяжелый	<p>Критерии умеренно тяжелого панкреатита + один и более признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • большие полости (> 10 мм); • значительное увеличение поджелудочной железы (> 2 норм); • дефекты наполнения внутри протоков или камни; • обструкция протоков, стриктуры или выраженная неравномерность диаметра; • поражение соседних органов

Nota bene!

Заключение УЗИ органов брюшной полости «диффузные изменения поджелудочной железы» не является основанием для постановки диагноза «хронический панкреатит»!

II этап дифференциального диагноза является определение этиологии хронического панкреатита, для уточнения которой используют общепринятую классификацию TIGAR-O (табл. 48).

Таблица 48 — Причины хронического панкреатита и их диагностика согласно классификации TIGAR-O (version 2.0)

Этиология		Диагностика
Токсический/ метаболический (Toxic-metabolic)	<ul style="list-style-type: none"> - Злоупотреблением алкоголем; - табакокурение; - гиперкальциемия; - гипертриглицеридемия; - медикаменты и токсичные вещества; - хроническая болезнь почек; - сахарный диабет 	<ul style="list-style-type: none"> - Алкогольный анамнез (тесты AUDIT, CAGE и др.); - индекс курильщика; - уровень общего Са более 12,0 мг/дл (или более 3 ммоль/л); - уровень триглицеридов более 500 мг/дл (или более 5,65 ммоль/л); - лекарственный анамнез; - скорость клубочковой фильтрации менее 15 мл/мин/1,73 м²; - уровень гликированного гемоглобина более 6,5 %
Идиопатический (Idiopathic)	<ul style="list-style-type: none"> С ранним началом (< 35 лет) С поздним началом (> 35 лет) 	Не удается диагностировать причину
Наследственный (Genetic)	<p>Аутосомно-доминантный:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мутации <i>PRSSI</i> (ген катионического трипсиногена). <p>Аутосомно-рецессивный:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мутации <i>CFTR</i> (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator — ген трансмембранного регулятора муковисцидоза); - мутации <i>SPINK1</i> (serine protease inhibitor, Kazal type 1 — панкреатический секреторный ингибитор трипсина) 	<ul style="list-style-type: none"> - Раннее начало; - семейный анамнез; - генетическое тестирование. <p>Диагностика муковисцидоза (МВ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - положительный результат потового теста; - две мутации гена <i>CFTR</i>, вызывающие МВ (согласно базе CFTR-2 http://www.cftr2.org); - неонатальная гипертрипсиногемия; - характерные клинические проявления: диффузные бронхоэктазы, положительный посев мокроты значимой для МВ патогенной микрофлоры (особенно синегнойной палочки), экзокринная панкреатическая недостаточность, «синдром потери солей» (синдром псевдо-Барттера), обструктивная азооспермия
Аутоиммунный (AIP/steroid-responsive pancreatitis)	<ul style="list-style-type: none"> АИП тип 1 (IgG4-ассоциированные заболевания) АИП тип 2 	<p>Критерии HiSORT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гистология (Histology) — перидуктальный лимфоплазмочитарный инфильтрат, облитерирующий флебит, фиброз в виде завихрений, не менее 10 IgG4+-клеток в поле зрения;

Этиология		Диагностика
		<ul style="list-style-type: none"> - визуализация (Imaging) — диффузное увеличение поджелудочной железы с периферическим гиподенсным капсулоподобным ободком и диффузным неравномерным сужением главного панкреатического протока; - серологическая диагностика (Serology) — повышение уровней IgG, IgG4 сыворотки; - вовлечение других органов (Other organ involvement) — склерозирующий холангит, ретроперитонеальный фиброз, сиалоаденит; - ответ на терапию глюкокортикостероидами (Response to steroid therapy) — быстрый положительный эффект терапии глюкокортикостероидами
Хронический панкреатит как следствие рецидивирующего и тяжелого острого панкреатита	<ul style="list-style-type: none"> - Единичный эпизод острого панкреатита или рецидивирующий острый панкреатит в анамнезе (исключая алкогольный, гипертриглицеридемию, гиперкальциемию и генетический); - билиарный панкреатит; - ЭРХПГ-индуцированный панкреатит (постманипуляционный); - травматическое повреждение ПЖ 	Анамнез (эпизоды острого панкреатита, наличие желчнокаменной болезни, травма, ЭРХПГ)
Обструктивный	<ul style="list-style-type: none"> - Pancreas divisum *; - стеноз большого дуоденального сосочка; - конкременты и/или стриктуры главного панкреатического протока; - распространенные кальцинаты поджелудочной железы; - сдавление извне (опухолью, парафатериальными дивертикулами ДПК) 	Расширение/обструкция протоков поджелудочной железы (КТ, эндоУЗИ)
<p>Примечание: * pancreas divisum — аномалия развития поджелудочной железы с отдельным дренированием ее частей: вентральная часть головки дренируется вирсунговым протоком, открывающимся в большой дуоденальный сосок; дорсальная часть головки, тела и хвоста — через санториниев проток и малый дуоденальный сосочек.</p>		

Наиболее часто в отечественной гастроэнтерологической практике при формулировке диагноза «хронический панкреатит» используют классификацию В. Т. Ивашкина и соавт. (1990), которая приведена в таблице 49.

Таблица 49 — Классификация хронического панкреатита *

<p>1. По этиологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • билиарнозависимый • алкогольный • дисметаболический • инфекционный • лекарственный • аутоиммунный • идиопатический 	<p>4. По характеру клинического течения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • редко рецидивирующий • часто рецидивирующий • с постоянно присутствующей симптоматикой
<p>2. По клиническим проявлениям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • болевой • диспепсический • сочетанный • латентный 	<p>5. Осложнения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нарушения оттока желчи • портальная гипертензия (подпеченочная) • эндокринные нарушения: <ul style="list-style-type: none"> - панкреатогенный сахарный диабет - гипогликемические состояния и др. • воспалительные изменения — абсцесс, киста, парапанкреатит, «ферментативный» холецистит, пневмония, экссудативный плеврит, паранефрит
<p>3. По морфологическим признакам:</p> <ul style="list-style-type: none"> • интерстициально-отечный • паренхиматозный • фиброзно-склеротический • гиперпластический • кистозный 	
<p>Примечание: * — Ивашкин В. Т., Хазанов А. И., Пискунов Г. Г. О классификации хронического панкреатита // Клиническая медицина. 1990. № 10. С. 96–99.</p>	

III этап дифференциального диагноза: диагностика внутри- и внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы и осложнений хронического панкреатита (смотри раздел 7.2).

На любом этапе дифференциального диагноза хронического панкреатита одной из наиболее важных задач является исключение рака поджелудочной железы. Следует отметить, что наличие клинических симптомов, как правило, свидетельствует о развернутой стадии рака, в настоящее время приоритетной целью является выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях.

Поскольку хронический панкреатит считается заболеванием, увеличивающим риск аденокарциномы поджелудочной железы, одной из целей диспансерного наблюдения за данной категорией пациентов является скрининг рака поджелудочной железы и проведение дифференциального диагноза между данными нозологиями (табл. 50).

Таблица 50 — Дифференциальный диагноз хронического панкреатита и рака поджелудочной железы

Параметр	Хронический панкреатит	Рак поджелудочной железы
Типичные клинические проявления	Абдоминальная боль в эпигастрии, левом подреберье, опоясывающая, связанная с приемом пищи. Внешне- и внутрисекреторная недостаточность при прогрессировании заболевания	Дебют заболевания часто с развития подпеченочной желтухи, общей слабости, снижения массы тела. Абдоминальная боль постоянная, усиливается ночью, заставляет принимать вынужденное положение тела с наклоном вперед. Возможны внешне- и внутрисекреторные недостаточности
Анамнез	Курение, злоупотребление алкоголем, ранее перенесенный острый панкреатит, патология желчных путей	Курение, злоупотребление алкоголем, наличие хронического панкреатита (длительностью более 10 лет), сахарного диабета, наследственного анамнеза (по меньшей мере двое родственников 1-й степени родства, у которых был диагностирован рак поджелудочной железы), синдромов Пейтца — Егерса, Линча и наследственного рака молочной железы и яичников, связанного с мутациями генов <i>BRCA1/2</i>
Физикальные симптомы	Болезненность в зоне Шоффара, Губергрица — Скульского	Симптом Курвуазье
Дополнительные методы	Лабораторная диагностика: фекальная эластаза (эластаза-1 кала). Инструментальная диагностика: МСКТ органов брюшной полости с контрастным усилением, эндоскопическое УЗИ	Лабораторная диагностика: онкомаркеры (РЭА, СА19-9). Инструментальная диагностика: МСКТ органов брюшной полости с контрастным усилением, эндоскопическое УЗИ с гистологическим исследованием

7.2. Дифференциальный диагноз внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

Экзокринная недостаточность поджелудочной железы (ЭНПЖ, внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы) — нарушение функции поджелудочной железы, которое выражается в снижении продукции панкреатических ферментов, в особенности панкреатической липазы, и/или бикарбонатов.

Клинические проявления: диарея, зловонный стул большого объема, похудание, вздутие живота, метеоризм. ЭНПЖ является одной из ведущих причин синдрома мальабсорбции (смотри главу 4), с преобладанием симптомов дефицита жирорастворимых витаминов (патологические переломы на фоне остеопороза).

Функциональные тесты для оценки наличия экзокринной недостаточности поджелудочной железы подразделяются на непрямые и прямые методы.

Непрямые методы:

- **определение эластазы-1 в кале:** снижение менее 200 мкг/г свидетельствует об ЭНПЖ (наиболее доступный метод);
- определение жира в кале (тест по Ван-де-Камеру): пациент в течение 3–5 дней получает пищу, содержащую 100 г жира, затем кал собирают в течение 72–96 часов (если с калом выделяется более 5 % жира, то это свидетельствует об ЭНПЖ);
- дыхательный тест с триглицеридами, меченными ¹³C.

Прямые методы:

- секретин-панкреозиминный зондовый тест (инвазивный, не имеет широкой доступности).

В настоящее время основные причины ЭНПЖ принято подразделять на две группы, но-зологическая структура которых представлена в таблице 51:

- первичная экзокринная недостаточность поджелудочной железы — вследствие разрушения ткани самой железы;
- вторичная экзокринная недостаточность поджелудочной железы — в результате нарушения нервной и/или гуморальной регуляции панкреатической секреции, разрушения ферментов в тонкой кишке.

Таблица 51 — Заболевания и состояния, сопровождающиеся экзокринной недостаточностью поджелудочной железы

Заболевания поджелудочной железы	Другие заболевания / состояния (чаще сопровождаются вторичной ЭНПЖ)
Хронический панкреатит	Заболевания органов ЖКТ (целиакия, ВЗК, синдром короткой кишки)
Кистозный фиброз (муковисцидоз)	Синдром Шегрена
Острый панкреатит	Сахарный диабет 1-го и 2-го типов
Опухоли поджелудочной железы	Гемохроматоз
Оперативные вмешательства на поджелудочной железе	ВИЧ-инфекция
Синдром Швахмана — Даймонда [ЭНПЖ, гематологические проявления (нейтропения, анемия и тромбоцитопения), задержка роста, костные аномалии — метафизарная дисхондроплазия]	Дефицит трипсиногена или энтеро-пептидазы
Синдром Йохансон — Близзарда (ЭНПЖ, гипоплазия крыльев носа, нарушение прорезывания зубов, задержка роста и развития, врожденная глухота, эктодермальные дефекты волосистой части головы)	Факторы, способствующие появлению ЭНПЖ (курение, пожилой возраст, лечение аналогами соматостатина)

7.3. Дифференциальный диагноз гиперамилаземии

В современной клинической практике даже незначительное повышение уровня амилазы сыворотки крови (гиперамилаземия) вызывает настороженность у докторов различных специальностей и часто ассоциируется только с поражением поджелудочной железы. Однако существует множество экстрапанкреатических причин, приводящих к его увеличению (табл. 52).

Таблица 52 — Причины гиперамилаземии

Группа	Заболевания
Панкреатические причины	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый панкреатит и его осложнения (абсцесс, псевдокисты, асцит). 2. Травматическое повреждение поджелудочной железы (тупая травма живота, ЭРХПГ, недавнее оперативное вмешательство). 3. Хронический панкреатит (<i>гиперамилаземия — не специфический признак хронического панкреатита!</i>) 4. Злокачественное новообразование поджелудочной железы
Поражение слюнных желез	<ol style="list-style-type: none"> 1. Радиационный сиалоаденит. 2. Обструкция протока / камни. 3. Хроническое злоупотребление алкоголем. 4. Травматическое повреждение (тупая травма, осложнения челюстно-лицевой хирургии). 5. Эпидемический паротит. 6. Синдром Шегрена. 7. Анорексия/булимия
Другие причины	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хроническая болезнь почек. 2. Заболевания органов брюшной полости: болезни желчевыводящих путей (холецистит, холедохолитиаз), осложнения язвенной болезни (перфорация или пенетрация язв), непроходимость или инфаркт кишечника, воспалительные заболевания кишечника, заболевания печени (гепатит, цирроз, гепатоцеллюлярная карцинома). 3. Злокачественные новообразования (рак легкого, яичников, пищевода, множественная миелома). 4. Беременность. 5. Ацидоз (кетоацидоз и некетотический ацидоз). 6. Прием лекарственных препаратов (морфин). 7. Термические и химические ожоги

Nota bene!

При исключении вышеперечисленных заболеваний причиной может быть макроамилаземия, критерием которой является снижение соотношения клиренса амилазы и креатинина.

Тестовые задания для самоконтроля к главе 7

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) локализацию в эпигастрии, левом и правом подреберьях
- 2) иррадиацию в паховую область
- 3) связь с приемом жирной пищи
- 4) локализацию только в левом подреберье

2. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ ОТНОСИТСЯ** К ФАКТОРАМ РИСКА РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) курение
- 2) прием НПВП
- 3) подтвержденный синдром Пейтца — Егерса
- 4) сахарный диабет в анамнезе

3. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- 1) УЗИ органов брюшной полости
- 2) эзофагогастродуоденоскопия
- 3) ЭРХПГ
- 4) эндоскопическое УЗИ
- 5) КТ-энтероскопия

4. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО **НЕ ОТНОСИТСЯ** К ПРИЧИНАМ ГИПЕРАМИЛАЗЕМИИ

- 1) острый панкреатит
- 2) язвенная болезнь желудка
- 3) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- 4) сиалоаденит

5. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- 1) снижение уровня эластазы-1 кала
- 2) хронический запор
- 3) примеси крови в кале
- 4) боль в левой подвздошной области

8. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Желудочно-кишечное кровотечение — это синдром, который объединяет осложненное кровотечением течение заболеваний органов желудочно-кишечного тракта.

На **I этапе дифференциального диагноза желудочно-кишечного кровотечения** на основании клинической картины и в зависимости от скорости кровопотери необходимо определить тип желудочно-кишечного кровотечения и исключить острое кровотечение (табл. 53).

Таблица 53 — Типы желудочно-кишечного кровотечения

Тип	Диагностические критерии
Острое (явное, открытое)	Проявляется в виде кровавой рвоты, рвоты «кофейной гущей», мелены или гематохезии. В зависимости от тяжести кровопотери: тахикардия, снижение АД, нарушение сознания. Лабораторная диагностика: анемия, повышение гематокрита, положительный кал на скрытую кровь
Хроническое (оккультное, скрытое)	Проявляется в виде положительного анализа кала на скрытую кровь и/или наличия железодефицитной анемии, когда нет признаков острого (явного) кровотечения
Неясное (невыясненное)	Проявляется в виде рецидивирующих кровотечений, при которых источник не идентифицирован после проведения эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии

Стоит отметить, что при выявлении у пациента диагностических критериев острого кровотечения также важно оценить гемодинамические расстройства на основании шокового индекса (отношение частоты сердечных сокращений к систолическому АД). Клинические ситуации с нестабильным гемодинамическим состоянием (шоковый индекс более 1) требуют экстренного эндоскопического вмешательства и гемотрансфузии.

Стабильное состояние	Шоковый индекс < 1 (менее 1)
Нестабильное состояние	Шоковый индекс > 1 (более 1)

II этап дифференциального диагноза при синдроме желудочно-кишечного кровотечения полностью основан на определении локализации патологического процесса. Так, в зависимости от локализации кровотечения выделяют кровотечения из верхних отделов ЖКТ, когда источник кровотечения располагается в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (проксимальнее связки Трейтца), и нижних отделов ЖКТ — источник в тощей, подвздошной и толстой кишках. Решающее значение в диагностике имеют эндоскопические методы исследования ЖКТ. Основные клинические проявления данного синдрома в соответствии с уровнем расположения предполагаемого патологического процесса представлены в таблице 54.

Таблица 54 — Клинические проявления при желудочно-кишечных кровотечениях

Симптом	Определение
Симптомы при кровотечении из верхних отделов ЖКТ	
Гематомезис	Рвота алой кровью
Рвота «кофейной гущей»	Рвота, при которой рвотные массы имеют черно-коричневый цвет, обусловленный образованием солянокислого гематина при взаимодействии крови с соляной кислотой
Мелена	Черный, дегтеобразный стул
Симптомы при кровотечении из нижних отделов ЖКТ	
Гематохезия	Выделение неизменной крови из прямой кишки

С наибольшей частотой в клинической практике встречается кровотечение из верхних отделов ЖКТ (около 80% случаев). При выявлении клинических проявлений кровотечения из верхних отделов ЖКТ и/или признаках хронического кровотечения (железодефицитная анемия, латентный дефицит железа) дифференциальный диагноз следует проводить с заболеваниями, представленными в таблице 55.

Таблица 55 — Основные причины кровотечений из верхних отделов ЖКТ

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	<p>Острое кровотечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> Клинические проявления (симптомы определяются выраженностью кровотечения). <i>Жалобы:</i> рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул, боли в эпигастрии, усиление диспепсических явлений, обморок, нарушение сознания. <i>Физикальное обследование:</i> бледность кожных покровов, признаки гиповолемии и системных нарушений гемодинамики (тахикардия, снижение АД, снижение темпа диуреза), черные каловые массы на перчатке при пальцевом исследовании прямой кишки. Лабораторная диагностика: в общем анализе крови снижение уровня гемоглобина и эритроцитов (нормохромная анемия), повышение — гематокрита. Инструментальная диагностика — ЭГДС: выявление источника кровотечения (в ходе исследования может быть выполнен эндоскопический гемостаз). <p>Хроническое кровотечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> Клинические проявления: бледность кожных покровов, боли в эпигастрии, диспепсические явления. Лабораторная диагностика: в общем анализе крови снижение уровня гемоглобина и эритроцитов (гипохромная анемия), снижение уровня ферритина, увеличение ОЖСС; положительный анализ кала на скрытую кровь. Инструментальная диагностика — ЭГДС: выявление язвенного дефекта

Продолжение таблицы 55

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
Эрозии желудка или двенадцатиперстной кишки (в том числе НПВП-ассоциированные)	<p>1. Клинические и лабораторные проявления схожи с таковыми при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.</p> <p>2. Анамнестические данные: прием низких доз аспирина и/или других антитромботических средств, нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикостероидов; возможно выявление факторов риска НПВП-ассоциированных гастродуоденопатий (возраст старше 65 лет, курение, инфицированность <i>H. pylori</i>).</p> <p>3. Инструментальная диагностика — ЭГДС: выявляются множественные острые эрозии, геморрагии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки</p>
Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка	<p>1. Клинические проявления (симптомы определяются выраженностью кровотечения).</p> <p><i>Жалобы:</i> гематомезис, мелена, боли за грудиной, общая слабость, обморок, нарушение сознания, возможны клинические проявления цирроза печени (увеличение в объеме живота, желтушное окрашивание кожных покровов и слизистых оболочек, инверсия сна, снижение концентрации и внимания, нарушения почерка и другие проявления печеночной энцефалопатии).</p> <p><i>Физикальное обследование:</i> бледность кожных покровов, признаки гиповолемии и системных нарушений гемодинамики (тахикардия, снижение АД, снижение темпа диуреза), черные каловые массы на перчатке при пальцевом исследовании прямой кишки.</p> <p>2. Лабораторная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общий анализ крови — снижение уровня гемоглобина и эритроцитов (нормохромная анемия); - биохимический анализ крови — синдромы цитолиза, холестаза, печеночной недостаточности. <p>3. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - УЗИ органов брюшной полости — асцит, гепатоспленомегалия, расширение воротной вены; - эзофагогастродуоденоскопия — выявление варикозно расширенных вен пищевода
Синдром Мэллори — Вейса	<p><i>Синдром Мэллори — Вейса — это состояние, которое сопровождается образованием острых линейных разрывов слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка.</i></p> <p>1. Клинические проявления.</p> <p><i>Жалобы:</i> эпизод кровавой рвоты, который зачастую возникает после нескольких приступов рвоты без крови, общая слабость, обморок, нарушение сознания.</p> <p><i>Физикальное обследование:</i> бледность кожных покровов, признаки гиповолемии и системных нарушений гемодинамики (тахикардия, снижение АД, снижение темпа диуреза), черные каловые массы на перчатке при пальцевом исследовании прямой кишки.</p> <p>2. Анамнестические данные: эпизод переедания, хроническая и острая алкогольная интоксикация, заболевания желудка, тупая травма живота</p>

Продолжение таблицы 55

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>3. Лабораторная диагностика: в общем анализе крови снижение уровня гемоглобина и эритроцитов (нормохромная анемия), повышение — гематокрита.</p> <p>4. Инструментальная диагностика — ЭГДС: линейные разрывы слизистой оболочки пищеводно-кардиальной области</p>
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивная форма	Редкое осложнение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, основные диагностические критерии данного заболевания представлены в главе 2
Ангиома	<p><i>Ангиома — опухоль, состоящая почти исключительно из новообразованных кровеносных сосудов (настоящая ангиома) или лимфатических пространств (лимфангиома). Настоящая ангиома встречается в двух видах — в виде простой ангиомы и в виде пещеристой сосудистой опухоли.</i></p> <p>Не имеет специфических симптомов</p>
Артериовенозные мальформации	<p><i>Артериовенозная мальформация — это состояние, при котором между артериями и венами вместо сети капилляров появляются патологически извитые шунтирующие сосуды.</i></p> <p>1. Клинические проявления. <i>Жалобы (при остром кровотечении): рвота «кофейной гущей» или алой кровью, мелена, обморок, нарушение сознания, признаки гиповолемии и системных нарушений гемодинамики (тахикардия, снижение АД, снижение темпа диуреза). При хроническом кровотечении отмечается бессимптомность течения.</i></p> <p><i>Физикальное обследование: бледность кожных покровов, признаки гиповолемии и системных нарушений гемодинамики (тахикардия, снижение АД, снижение темпа диуреза), черные каловые массы на перчатке при пальцевом исследовании прямой кишки.</i></p> <p>2. Лабораторная диагностика: в общем анализе крови снижение уровня гемоглобина и эритроцитов (нормохромная анемия) при остром кровотечении и гипохромная анемия, снижение уровня ферритина, увеличение ОЖСС, положительный анализ кала на скрытую кровь при хроническом кровотечении.</p> <p>3. Инструментальная диагностика — ЭГДС: артериовенозные мальформации могут визуализироваться в различных отделах ЖКТ в виде телеангиэктазии (сосудистой «звездочки») или в виде красного пятна, иногда кровоточащего, размеры которого, как правило, не превышают 3–4 мм</p>
Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО, GIST)	<p><i>ГИСО — группа злокачественных мезенхимальных опухолей, предположительно исходящих из клеток Кахаля. ГИСО имеют сходство с гладкомышечными (лейомиомами, лейомиосаркомами) и нейрогенными (шванномами) опухолями.</i></p> <p>1. Клинические проявления: нет специфических симптомов, зачастую диспепсические явления и проявления хронического желудочно-кишечного кровотечения</p>

Продолжение таблицы 55

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	<p>2. Инструментальная диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС и эндоУЗИ — обнаружение опухоли, определение ее размеров, структуры и распространенности; над новообразованием возможно образование дефектов слизистой оболочки (эрозий, язв); - гистологическое и иммуногистохимическое исследования (CD117 и/или DOG1), морфологическая верификация опухоли. В CD117 и/или DOG1 негативных опухолях необходим анализ мутационного статуса опухоли [гены <i>KIT</i> (экзоны 9, 11, 13 и 17) и <i>PDGFRA</i> (12, 14 и 18)]; - УЗИ и КТ органов брюшной полости с контрастным усилением — оценка распространенности опухолевого процесса
Синдром Дъелафуа (язва Дъелафуа)	<p><i>Синдром Дъелафуа — изолированное расширение артериовенозных соустьев подслизистой оболочки желудка, на фоне которого возникает эрозия слизистой оболочки, прилежащей к спиралевидной широкой артерии, как следствие давления ее ствола или локального гастрита с нарушением трофики и последующей эрозией стенки сосуда.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: чаще заболевание начинается без предвестников с признаков острого желудочно-кишечного кровотечения. 2. Анамнестические данные: прием салицилатов или стероидов, хронический алкоголизм. 3. Инструментальная диагностика — ЭГДС: визуализируется эрозированная артерия, выступающая в просвет желудка в виде небольшого сосочка среди нормально окрашенной слизистой оболочки, в 80 % случаев источник кровотечения находится на расстоянии 6–10 см от пищеводно-желудочного соустья, преимущественно по малой кривизне желудка
GAVE-синдром	<p><i>GAVE-синдром — это эктазия вен антрального отдела желудка.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинические проявления: нет специфических симптомов, возможны проявления как острого (рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул, обморок, нарушение сознания, бледность кожных покровов, тахикардия, снижение АД, снижение темпа диуреза), так и хронического желудочно-кишечного кровотечения (анемический и сидеропенические синдромы). 2. Анамнестические данные: чаще у женщин среднего возраста; аутоиммунные заболевания (синдром Шегрена, атрофический гастрит), портальная гипертензия. 3. Лабораторная диагностика: в общем анализе крови снижение уровня гемоглобина и эритроцитов (нормохромная анемия) при остром кровотечении и гипохромная анемия, снижение уровня ферритина, увеличение ОЖСС, положительный анализ кала на скрытую кровь при хроническом кровотечении. 4. Инструментальная диагностика: <ul style="list-style-type: none"> - ЭГДС — красные пятна, организованные в радиальные полосы, которые распространяются от привратника по антральному отделу (арбузный желудок);

Окончание таблицы 55

Заболевание	Характеристика и основные диагностические критерии
	- гистологическое исследование (биопсия слизистой оболочки желудка) — эктазия капилляров слизистой оболочки, очаговый тромбоз вен, веретенчатая пролиферация гладкомышечных клеток и фиброгиалиноз
Синдром Кэмерона	<p><i>Синдром Кэмерона — это состояние, при котором во время проведения эзофагогастродуоденоскопии выявляются линейные язвы и/или эрозии желудка на складках слизистой оболочки желудка в области диафрагмального вдавления у пациентов с крупной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.</i></p> <p>Клинические проявления могут быть обусловлены гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, зачастую у пациентов выявляются признаки хронического желудочно-кишечного кровотечения (железодифицитная анемия)</p>
Гемобилия	<p><i>Гемобилия — дуоденальное кровотечение из желчных путей, происходящее вследствие формирования сообщения между сосудистым руслом и желчным деревом.</i></p> <p>1. Клинические проявления: триада Гроува (приступообразный болевой синдром в правом подреберье, желтуха и желудочно-кишечное кровотечение).</p> <p>2. Анамнестические данные: травматизация (проникающая рана живота, биопсии печени, ЭРХПГ), абсцесс печени, холелитиаз, злокачественные новообразования печени, желчного пузыря и желчных протоков и паразитарные заболевания.</p> <p>3. Инструментальная диагностика — ЭГДС: обнаружение крови в дистальном отделе двенадцатиперстной кишки при отсутствии дефектов ее слизистой оболочки, детальный осмотр большого дуоденального сосочка</p>

В случае выявления у пациента гематоксезии и/или других признаков острого или хронического кровотечения из нижних отделов ЖКТ дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями, представленными в таблице 56. Стоит подчеркнуть, что при выявлении у пациента гематоксезии в первую очередь исключаются колоректальный рак и воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит и болезнь Крона), в дальнейшем дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями, сопровождающимися гиперэкссудативным патофизиологическим типом диареи (диагностические критерии заболеваний представлены в главе 3).

Таблица 56 — Причины кровотечений из нижних отделов ЖКТ

Причина располагается в тонкой кишке	Причина располагается в толстой кишке
Болезнь Крона	Анальная трещина
Ангиомы	Острый геморрой, хронический геморрой
Артериовенозные мальформации	Ангиодисплазия (сосудистая эктазия)
Меккелев дивертикул — локальное мешковидное выпячивание стенки подвздошной кишки, образовавшееся вследствие неполного зарращения желточного протока, на расстоянии 10–100 см от илеоцекального угла. Часто содержит гетеротопический эпителий, способный вырабатывать соляную кислоту, в этой связи возможно развитие язвенных дефектов, которые могут осложниться перфорацией или кровотечением	Заболевания, которые сопровождаются гиперэкссудативной диареей (язвенный колит, инфекционный колит, ишемический колит на фоне хронической мезентериальной ишемии, лучевой колит, болезнь Крона, колоректальный рак, дивертикулярная болезнь)
Опухоли (карциноид, лимфома)	Полипы толстой кишки

Тестовые задания для самоконтроля к главе 8

Выберите один правильный ответ.

1. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО
 - 1) появление кровавой рвоты
 - 2) положительный анализ кала на скрытую кровь
 - 3) железодефицитная анемия
 - 4) отсутствие признаков явного кровотечения
2. ДЛЯ ОСТРОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО
 - 1) рвота «кофейной гущей», мелена или гематохезия
 - 2) появление рецидивирующих кровотечений, при которых источник не идентифицирован после ЭГДС и колоноскопии
 - 3) железодефицитная анемия
 - 4) отсутствие рвоты, неизменный стул
3. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
 - 1) в пищеводе
 - 2) в сигмовидной кишке
 - 3) в прямой кишке
 - 4) в поперечно-ободочной кишке
4. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
 - 1) в пищеводе
 - 2) в желудке
 - 3) в двенадцатиперстной кишке
 - 4) в прямой кишке
5. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ
 - 1) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
 - 2) болезнь Крона
 - 3) язвенный колит
 - 4) геморрой
6. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ
 - 1) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
 - 2) синдром Мэллори — Вейса
 - 3) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
 - 4) полипы толстой кишки

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Глава 1

1.4	2.4	3.2	4.3	5.2	6.1
-----	-----	-----	-----	-----	-----

Глава 2

1.2	2.3	3.2	4.4	5.3	6.1
-----	-----	-----	-----	-----	-----

Глава 3

1.1	2.3	3.2	4.1	5.2	6.3
-----	-----	-----	-----	-----	-----

Глава 4

1.2	2.3	3.1	4.2	5.2
-----	-----	-----	-----	-----

Глава 5

1.2	2.4	3.2	4.1	5.3	6.2
-----	-----	-----	-----	-----	-----

Глава 6

1.3	2.2	3.4	4.2	5.4
-----	-----	-----	-----	-----

Глава 7

1.1,3	2.2	3.4	4.3	5.1
-------	-----	-----	-----	-----

Глава 8

1.1	2.1	3.1	4.4	5.1	6.4
-----	-----	-----	-----	-----	-----

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алкогольная болезнь печени (АБП) у взрослых : Клинические рекомендации / Общероссийская общественная организация «Российское научное медицинское общество терапевтов», Научное общество гастроэнтерологов России ; одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ. – Текст : электронный. – 2021. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/711_1 (дата обращения: 09.06.2023).
2. Болезнь Крона : Клинические рекомендации / Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России» ; одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ. – Текст : электронный. – 2020. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/176_1 (дата обращения: 09.06.2023).
3. Внутривенные кистозные новообразования: дифференциальная лучевая диагностика и принципы хирургического лечения : монография / Г. Г. Кармазановский, Н. В. Нуднов, В. А. Кубышкин, В. А. Вишневский, П. В. Усякий. – Москва : Крафт+, 2020. – 160 с.
4. Дивертикулярная болезнь : Клинические рекомендации / Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России», Российская гастроэнтерологическая ассоциация ; одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ. – Текст : электронный. – 2021. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/179_2 (дата обращения: 09.06.2023).
5. Ивашкин, В. Т. Диагностика и лечение запора у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России) / В. Т. Ивашкин, Ю. А. Шельгин, И. В. Маев, А. А. Шептулин, Д. В. Алешин, С. И. Ачкасов, Е. К. Баранская, Н. Д. Куликова, Т. Л. Лапина, А. И. Москалев, М. Ф. Осипенко, Е. А. Полуэктова, В. И. Симаненков, А. С. Трухманов, О. Ю. Фоменко, О. С. Шифрин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020. – Т. 30, № 6. – С. 69–85. – doi: 10.22416/1382-4376-2020-30-6-69-85
6. Ивашкин, В. Т. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России) / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, Ю. А. Шельгин, Е. К. Баранская, С. С. Белоус, Е. А. Белоусова, А. Г. Бениашвили, С. В. Васильев, А. В. Веселов, Е. Г. Григорьев, Н. В. Костенко, В. Н. Кашников, В. Ф. Куликовский, И. Д. Лоранская, О. С. Ляшенко, Е. А. Полуэктова, В. Г. Румянцев, В. М. Тимербулатов, О. Ю. Фоменко, Д. А. Хубезов, Е. Ю. Чашкова, Г. И. Чибисов, М. В. Шапина, А. А. Шептулин, О. С. Шифрин, А. С. Трухманов, О. П. Алексеева, С. А. Алексеенко, А. Ю. Барановский, О. Ю. Зольникова, Н. В. Корочанская, С. Н. Маммаев, И. Б. Хлынов, В. В. Цуканов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2021. – Т. 31, № 5. – С. 74–95. – doi: 10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95
7. Ивашкин, В. Т. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, П. В. Царьков, М. П. Королев, Д. Н. Андреев, Е. К. Баранская, С. Г. Бурков, А. А. Деринов, С. К. Ефетов, Т. Л. Лапина, П. В. Павлов, С. С. Пирогов, А. В. Ткачев, А. С. Трухманов, Е. Д. Федоров, А. А. Шептулин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020. – Т. 30, № 1. – С. 49–70. – doi: 10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70

8. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению фиброза и цирроза печени и их осложнений / В. Т. Ивашкин, М. В. Маевская, М. С. Жаркова, С. Б. Жигалова, Е. А. Киценко, Г. В. Манукьян, А. С. Трухманов, И. В. Маев, И. Н. Тихонов, Т. А. Деева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2021. – Т. 31, № 6. – С. 56–102.
9. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, Т. Л. Лапина, Е. Д. Федоров, А. А. Шептулин, А. С. Трухманов, А. В. Кононов, Р. А. Абдулхаков, О. П. Алексеева, С. А. Алексеенко, Д. Н. Андреев, Е. К. Баранская, Н. И. Дехнич, И. Л. Кляритская, Р. С. Козлов, Е. А. Коган, М. П. Королев, Н. В. Корочанская, С. А. Курилович, М. А. Ливзан, М. Ф. Осипенко, П. В. Павлов, С. С. Пирогов, А. С. Сарсенбаева, В. И. Симаненков, А. С. Тертычный, А. В. Ткачев, Ю. П. Успенский, И. Б. Хлынов, В. В. Цуканов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2021. – Т. 31, № 4. – С. 70–99. – doi: 10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99
10. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза / В. Т. Ивашкин, Е. Н. Широкова, М. В. Маевская, Ч. С. Павлов, О. С. Шифрин, И. В. Маев, А. С. Трухманов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2015. – № 2. – С. 41–57.
11. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дискинезии желчевыводящих путей / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, Ю. О. Шульпекова, Е. К. Баранская, А. В. Охлобыстин, А. С. Трухманов, Т. Л. Лапина, А. А. Шептулин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т. 28, № 3. – С. 63–80. – doi: 10.22416/1382-4376-2018-28-3-63-80
12. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дисфагии / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов, Т. Л. Лапина, А. А. Шептулин, О. А. Сторонова, Д. Н. Андреев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2015. – № 5. – С. 84–93.
13. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекционного эзофагита / В. Т. Ивашкин, Н. Д. Юшук, И. В. Маев, А. С. Трухманов, О. А. Сторонова, А. А. Макушина, С. С. Пирогов, О. В. Зайратьянц, О. П. Алексеева, Д. Н. Андреев, Т. Л. Лапина, А. В. Ткачев, Ю. П. Успенский, А. А. Шептулин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020. – Т. 30, № 5. – С. 63–83. – doi: 10.22416/1382-4376-2020-30-5-63-83
14. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. А. Шептулин, Т. Л. Лапина, А. С. Трухманов, И. М. Картавенко, В. А. Киприанис, О. З. Охлобыстина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2017. – Т. 27, № 1. – С. 50–61. – doi: 10.22416/1382-4376-2017-27-1-50-61
15. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению экзокринной недостаточности поджелудочной железы / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. В. Охлобыстин, С. А. Алексеенко, Е. В. Белобородова, Ю. А. Кучерявый, Т. Л. Лапина, А. С. Трухманов, И. Б. Хлынов, М. В. Чикунова, А. А. Шептулин, О. С. Шифрин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепа-

тологии, колопроктологии. – 2018. – Т. 28, № 2. – С. 72–100. – doi: 10.22416/1382-4376-2018-28-2-72-100

16. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов, Т. Л. Лапина, Д. Н. Андреев, Е. К. Баранская, А. С. Тертычный, С. С. Пирогов, А. А. Шептулин, Д. И. Абдулганиева, Д. Т. Дичева, А. В. Заборовский, Н. Ю. Ивашкина, Н. В. Корочанская, А. В. Параскевова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т. 28, № 6. – С. 84–98. – doi: 10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98

17. Ивашкин, В. Т. Лекарственные поражения печени (клинические рекомендации для врачей) / В. Т. Ивашкин, А. Ю. Барановский, К. Л. Райхельсон, Л. К. Пальгова, М. В. Маевская, Э. А. Кондрашина, Н. В. Марченко, Т. П. Некрасова, И. Г. Никитин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 1. – С. 85–115. – doi: 10.22416/1382-4376-2019-29-1-101-131

18. Ивашкин, В. Т. Раннее выявление онкологических заболеваний органов пищеварения (методическое руководство Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации онкологов России для врачей первичного звена здравоохранения) / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. Д. Каприн, М. Ю. Агапов, Д. Н. Андреев, А. С. Водолеев, М. Ю. Жаркова, М. П. Королев, Ю. А. Кучерявый, Т. Л. Лапина, М. В. Маевская, А. В. Охлобыстин, Ч. С. Павлов, А. В. Параскевова, С. С. Пирогов, Е. А. Полуэктова, Д. Е. Румянцева, А. С. Трухманов, П. В. Царьков, А. А. Шептулин, О. С. Шифрин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 5. – С. 53–74. – doi: 10.22416/1382-4376-2019-29-5-53-74

19. Ивашкин, В. Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов, Т. Л. Лапина, О. А. Сторонова, О. В. Зайратьянц, О. Б. Дронова, Ю. А. Кучерявый, С. С. Пирогов, Р. Г. Сайфутдинов, Ю. П. Успенский, А. А. Шептулин, Д. Н. Андреев, Д. Е. Румянцева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020. – Т. 30, № 4. – С. 70–97. – doi: 10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97

20. Ильченко, А. А. Болезни желчного пузыря и желчных путей : Руководство для врачей / А. А. Ильченко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2011. – 880 с.

21. Кучерявый, Ю. А. Хронический бескаменный холецистит и билиарная дисфункция: как клинический диагноз влияет на тактику ведения? / Ю. А. Кучерявый, М. Ф. Осипенко // Медицинский совет. – 2021. – № 5. – С. 54–61. – doi: 10.21518/2079-701X-2021-5-54-61

22. Хронический панкреатит : Клинические рекомендации / Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов», Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Международная общественная организация «Ассоциация хирургов-гепатологов», Ассоциация «Эндоскопическое общество «РЭндО»; одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ. – Текст : электронный. – 2020. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/273_4 (дата обращения: 09.06.2023).

23. Шептулин, А. А. Функциональная изжога и гиперчувствительность пищевода к рефлюксу / А. А. Шептулин, В. О. Кайбышева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2017. – Т. 27, № 2. – С. 13–18. – doi: 10.22416/1382-4376-2017-27-2-13-18

24. Язвенный колит : Клинические рекомендации / Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»; одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ. –

Текст : электронный. – 2020. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/193_1 (дата обращения: 09.06.2023).

25. Ahishali, E. Chemical colitis due to glutaraldehyde: case series and review of the literature / E. Ahishali, O. Uygur-Bayramiçli, C. Dolapçioğlu, R. Dabak, A. Mengi, A. Işik, E. Ermiş // *Dig. Dis. Sci.* – 2009. – Vol. 54, № 12. – P. 2541–2545. – doi: 10.1007/s10620-008-0630-2

26. Chang, H. S. Isolated terminal ileal ulcerations in asymptomatic individuals: natural course and clinical significance / H. S. Chang, D. Lee, J. C. Kim, H. K. Song, H. J. Lee, E. J. Chung, T. H. Kim, H. W. Park, J. S. Byeon, S. K. Yang, J. W. Choe // *Gastrointest. Endosc.* – 2010. – Vol. 72, № 6. – P. 1226–1232. – doi: 10.1016/j.gie.2010.08.029

27. Corinaldesi, R. Clinical approach to diarrhea / R. Corinaldesi, V. Stanghellini, G. Barbara, P. Tomassetti, R. De Giorgio // *Intern. Emerg. Med.* – 2012. – Vol. 7, suppl. 3. – P. S255–S262. – doi: 10.1007/s11739-012-0827-4

28. EASL Clinical Practice Guidelines on sclerosing cholangitis / European Association for the Study of the Liver // *J. Hepatol.* – 2022. – Vol. 77, № 3. – P. 761–806. – doi: 10.1016/j.jhep.2022.05.011

29. Gyawali, C. P. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus / C. P. Gyawali, P. J. Kahrilas, E. Savarino, F. Zerbib, F. Mion, A. J. P. M. Smout, M. Vaezi, D. Sifrim, M. R. Fox, M. F. Vela, R. Tutuian, J. Tack, A. J. Bredenoord, J. Pandolfino, S. Roman // *Gut.* – 2018. – Vol. 67, № 7. – P. 1351–1362. – doi: 10.1136/gutjnl-2017-314722

30. Kwo, P. Y. ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries / P. Y. Kwo, S. M. Cohen, J. K. Lim // *Am. J. Gastroenterol.* – 2017. – Vol. 112, № 1. – P. 18–35. – doi: 10.1038/ajg.2016.517

31. Lacy, B. E. Chronic nausea and vomiting: evaluation and treatment / B. E. Lacy, H. P. Parkman, M. Camilleri // *Am. J. Gastroenterol.* – 2018. – Vol. 113, № 5. – P. 647–659. – doi: 10.1038/s41395-018-0039-2

32. Lam, R. Gallbladder Disorders: A Comprehensive Review / R. Lam, A. Zakko, J. C. Petrov, P. Kumar, A. J. Duffy, T. Muniraj // *Dis. Mon.* – 2021. – Vol. 67, № 7. – P. 101130. – doi: 10.1016/j.disamonth.2021.101130

33. Mearin, F. Bowel Disorders / F. Mearin, B. E. Lacy, L. Chang, W. D. Chey, A. J. Lembo, M. Simren, R. Spiller // *Gastroenterology.* – 2016. – Vol. 150, № 6. – P. 1393–1407.E5. – doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.031

34. Muniraj, T. PANCREATITIS OR NOT? — Elevated lipase and amylase in ICU patients / T. Muniraj, S. Dang, C. S. Pitchumoni // *J. Crit. Care.* – 2015. – Vol. 30, № 6. – P. 1370–1375. – doi: 10.1016/j.jcrc.2015.08.020

35. Pichetshote, N. An Approach to the Patient With Chronic Undiagnosed Abdominal Pain / N. Pichetshote, M. Pimentel // *Am. J. Gastroenterol.* – 2019. – Vol. 114, № 5. – P. 726–732. – doi: 10.14309/ajg.000000000000130

36. Pusceddu, S. Differential Diagnosis and Management of Diarrhea in Patients with Neuroendocrine Tumors / S. Pusceddu, R. E. Rossi, M. Torchio, N. Prinzi, M. Niger, J. Coppa, L. Giacomelli, R. Sacco, A. Facciorusso, F. Corti, A. Raimondi, M. Prisciandaro, E. Colombo, T. Beninato, M. Del Vecchio, M. Milione, M. Di Bartolomeo, F. de Braud // *J. Clin. Med.* – 2020. – Vol. 9, № 8. – P. 2468. – doi: 10.3390/jcm9082468

37. Steger, M. Systemic review: the pathogenesis and pharmacological treatment of hiccups / M. Steger, M. Schneemann, M. Fox // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2015. – Vol. 42, № 9. – P. 1037–1050. – doi: 10.1111/apt.13374

38. Yu, M. H. Benign gallbladder diseases: Imaging techniques and tips for differentiating with malignant gallbladder diseases / M. H. Yu, Y. J. Kim, H. S. Park, S. I. Jung // *World J. Gastroenterol.* – 2020. – Vol. 26, № 22. – P. 2967–2986. – doi: 10.3748/wjg.v26.i22.2967

Учебное издание

Долгушина Анастасия Ильинична,
Саенко Анна Алексеевна,
Кузнецова Алла Сергеевна
и др.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

ISBN 978-5-6050048-2-0

ISBN 978-5-6050048-2-0



В авторской редакции.

Подписано в печать 26.06.2023.
Формат 60×84 ¹/₈. Усл. печ. л. 17,67. Уч.-изд. л. 7,23.
Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman суг.
Печать лазерная. Тираж 100 экз. Заказ № 2919/2023.

Подготовлено к печати в издательском центре «Титул»
Тел.: +7 351 215-04-15, +7 351 230-67-37; e-mail: titul74@inbox.ru

Отпечатано в ПЦ «ПРИНТМЕД»
454080, г. Челябинск, ул. Энтузиастов, 25а
Тел. +7 351 230-67-37; e-mail: rinmed@mail.ru

