На приеме пациент с диареей: алгоритм действий врача

О.В. Гаус[✉], <https://orcid.org/0000-0001-9370-4768>, gaus_olga@bk.ru

М.А. Ливзан, <https://orcid.org/0000-0002-6581-7017>, mlivzan@yandex.ru

Д.А. Гавриленко, <https://orcid.org/0000-0001-5245-7190>, gavrilenko_darya17@bk.ru

Омский государственный медицинский университет; 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12

Резюме

Диарея – одна из самых частых гастроэнтерологических жалоб, по поводу которой пациенты обращаются за медицинской помощью. Она может быть проявлением целого ряда различных заболеваний, причем не только пищеварительного тракта, что требует тщательного обследования пациента и нередко представляет собой сложную задачу для клинициста, особенно в условиях ограниченного времени в рамках амбулаторного приема. Раннее выявление причины диареи необходимо для начала своевременной и рациональной терапии больного. Диагностический поиск при курации пациента с диареей необходимо начинать с детализации жалоб, выявления симптомов тревоги и сбора анамнеза, включая эпидемиологический, лекарственный, наследственный, аллергический, а также анализ диетических предпочтений. Физикальный осмотр представляет собой неотъемлемую часть курации пациента, он позволяет оценить общее состояние, выявить признаки дегидратации и клинические стигмы основного заболевания, проявлением которого может быть диарея. После первичного осмотра и исключения симптомов тревоги назначается спектр лабораторно-инструментальных методов обследования с целью установления причины диареи. Принимая во внимание полиэтиологичность синдрома диареи, спектр методов исследования пациента может быть достаточно широк, поэтому выбор направления диагностического поиска и объем необходимых диагностических процедур осуществляется индивидуально с учетом особенностей клинической картины, данных анамнеза и данных физикального осмотра. Лечение пациента с диареей на этапе дообследования в обязательном порядке должно включать регидратацию, своевременное выявление и коррекцию электролитных нарушений и других возможных осложнений. После установления причины диареи лечение пациента проводится в зависимости от установленного этиологического фактора в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. В статье представлен пошаговый алгоритм проведения дифференциального диагноза у пациента с диареей, а также представлены собственные клинические наблюдения.

Ключевые слова: острая диарея, персистирующая диарея, хроническая диарея, алгоритм диагностики, энтеросорбент

Для цитирования: Гаус ОВ, Ливзан МА, Гавриленко ДА. На приеме пациент с диареей: алгоритм действий врача. *Медицинский совет*. 2024;18(8):154–161. <https://doi.org/10.21518/ms2024-213>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

At an appointment with a patient with diarrhea: the doctor's algorithm of actions

Olga V. Gaus[✉], <https://orcid.org/0000-0001-9370-4768>, gaus_olga@bk.ru

Maria A. Livzan, <https://orcid.org/0000-0002-6581-7017>, mlivzan@yandex.ru

Darya A. Gavrilenko, <https://orcid.org/0000-0001-5245-7190>, gavrilenko_darya17@bk.ru

Omsk State Medical University; 12, Lenin St., Omsk, 644043, Russia

Abstract

Diarrhoea is one of the most common gastroenterological complaints made by patients who seek medical attention. It can be a manifestation of the whole range of different diseases, although not exclusively of the digestive tract, which requires a thorough examination of the patient and often is a challenge for the clinician, especially in the limited time settings during an outpatient visit. The cause of diarrhoea should be identified early to begin treatment of the patient in a timely and rational manner. In managing a patient with diarrhoea, a diagnostic search must begin with the following actions: working out complaints in detail, identification of symptoms of anxiety and taking a medical history, including epidemiological, pharmaceutical, hereditary, allergic, as well as analysis of dietary preferences. A physical examination is an integral part of the patient management; it allows to assess the general health condition, identify signs of dehydration and clinical stigmas of the underlying condition, which may manifest itself as diarrhoea. After an initial examination and exclusion of anxiety symptoms, a number of laboratory and instrumental examination methods is prescribed to determine the cause of diarrhoea. Given the polyetiology of diarrhoea syndrome, the range of methods for examining the patient can be quite wide, therefore the choice of area for the diagnostic search and the scope of the necessary diagnostic procedures is carried out on an individual basis, taking into account the features of the clinical picture, history data and physical examination findings. Treatment of a patient with diarrhoea at the pre-examination stage must include rehydration, timely detection and correction of electrolyte disturbances and other possible complications. Once the cause of diarrhoea has been established, the patient is treated due to the identified etiological factor in accordance with the current clinical guidelines. The article presents a step-by-step algorithm for making a differential diagnosis in a patient with diarrhoea, and also presents our own clinical observations.

Keywords: acute diarrhoea, persistent diarrhoea, chronic diarrhoea, diagnostic algorithm, enterosorbent

For citation: Gaus OV, Livzan MA, Gavrilenko DA. At an appointment with a patient with diarrhea: the doctor's algorithm of actions. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(8):154–161. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-213>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Диарея входит в круг самых частых жалоб, по поводу которых пациенты обращаются к специалистам первичного звена здравоохранения в рамках амбулаторных консультаций и по неотложной помощи [1]. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), под диареей понимается неоформленный или жидкий стул три и более раза в день (или чаще, чем обычно для конкретного человека)¹. При этом многие профильные гастроэнтерологические сообщества подчеркивают, что частота дефекаций представляется недостаточно информативным критерием диареи, и рекомендуют в клинической практике ориентироваться прежде всего на изменение формы кала по Бристольской шкале (тип 5 и выше) [2–4]. Это связано с тем, что частота дефекаций во многом определяется характером потребляемой пищи, поэтому стул 3 и более раза в день с выделением оформленных каловых масс не является диареей, тогда как при ряде заболеваний с диарейным синдромом, напротив, возможно выделение жидких каловых масс при неизменной частоте стула [5, 6].

Важным с клинической точки зрения представляется классификация диареи по длительности на острую (до 14 дней), персистирующую или устойчивую (14–28 дней) и хроническую (более 28 дней) [7]. Длительность диареи может использоваться как важный параметр в установлении ее предполагаемого генеза. Острая диарея входит в десятку основных причин смертности во всем мире, и проблема вызывает особую настороженность экспертов ВОЗ среди детей до 5 лет в развивающихся странах [8]. При этом большинство случаев острой диареи имеют инфекционную этиологию, а симптомы, сохраняющиеся более 28 дней, свидетельствуют об их неинфекционной природе [9]. Однако необходимо уточнить, что ряд инфекционных агентов, например *Clostridioides difficile*, *Tropheryma Wipplei*, *Aeromonas* и *Yersinia*, могут также вызывать диарею длительностью более 4 нед. [10–13].

Диагностический поиск у пациента с синдромом диареи – сложная и трудоемкая задача для клинициста, поскольку причины развития диареи многообразны и не ограничиваются исключительно патологией пищеварительного тракта (*табл.*) [14].

Учитывая широкую полиэтиологичность синдрома диареи, актуальным представляется освещение пошагового алгоритма диагностики при курации пациента. В данной обзорной статье представлен краткий алгоритм проведения дифференциального диагноза у пациента

с диареей, а также представлены собственные клинические наблюдения.

При первичном контакте с пациентом с синдромом диареи крайне важным представляется сбор жалоб и анамнеза, а также проведение физикального осмотра с целью оценки общего состояния пациента и выявления симптомов тревоги. Детализация основной жалобы (длительность диареи, частота дефекаций, форма кала, наличие патологических примесей, сопутствующие симптомы, провоцирующие факторы), помимо информации о возможной этиологии (инфекционная, неинфекционная) и тяжести заболевания, может косвенно указывать на локализацию патологического процесса в кишечнике [15]. Диарея тонкокишечного происхождения обычно водянистая с выделением каловых масс большого объема, часто сопровождается абдоминальной болью спастического характера, вздутием живота и повышенным газообразованием [16]. Для диареи толстокишечного происхождения характерно выделение каловых масс небольшими объемами, нередко болезненные дефекации, а также ложные позывы на дефекацию (тенезмы) [17].

Дебют диареи в возрасте старше 50 лет, ночной характер симптомов, наличие патологических примесей в кале, боль при дефекации, лихорадка, прогрессирующее снижение массы тела должны насторожить клинициста в отношении возможной органической патологии и требуют проведения дообследования пациента, в т. ч. с применением широкого спектра лабораторно-инструментальных методов исследования [18].

Диарея преимущественно в утренние часы, после завтрака, усиливающаяся на фоне психоэмоционального стресса и не беспокоящая в ночное время, может свидетельствовать о функциональной природе заболевания [19, 20]. Необходимо отметить, что наличие примеси крови в кале может встречаться как при острой диарее, вызванной инвазивными бактериями (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*), вирусами (цитомегаловирус, аденовирус), простейшими (*Entamoeba histolytica*), шига-токсин продуцирующей *Escherichia coli* O157:H7, цитотоксин продуцирующей *Clostridioides difficile*, так и при хронической диарее неинфекционной этиологии (воспалительные заболевания кишечника, ишемический колит, онкологические заболевания и др.) [21].

Эпидемиологический анамнез имеет важное значение при курации пациента с острой диареей, проводится с целью выявить потенциальный источник и путь заражения. При сборе эпидемиологического анамнеза уточняется наличие предшествующего контакта с инфекционными больными, проживание или пребывание в неблагополучных по инфекционным заболеваниям странах или регионах, уход за животными, характер трудовой деятельности.

¹ World Health Organization. Diarrhoeal disease. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.

- **Таблица.** Основные этиологические факторы диареи [14]
- **Table.** Main etiological factors of diarrhoea [14]

Группа причин	Заболевания и факторы, приводящие к развитию диареи
Заболевания желудка	Атрофический гастрит с пониженной кислотностью, резекция желудка, демпинг-синдром
Заболевания поджелудочной железы, печени и желчевыводящих путей	Хронический панкреатит, муковисцидоз, резекция поджелудочной железы, гепатиты различной этиологии, цирроз печени, функциональная и органическая патология желчевыводящих путей, состояние после холецистэктомии
Заболевания кишечника инфекционные	Бактериальные (дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз, иерсиниоз и др.), вирусные (ВИЧ, герпесвирусы, ротавирусы и др.), энтеротоксигенные (<i>Staphylococcus</i> , шига-токсин продуцирующие <i>Escherichia coli</i> и др.), грибковые, паразитарные (<i>Cryptosporidium</i> , <i>Giardia</i> , <i>Cyclospora</i> , <i>Entamoeba</i> и др.), микобактерии, <i>Clostridioides difficile</i> , болезнь Уиппла (<i>Tropheryma Wippelei</i>)
Заболевания тонкой кишки неинфекционные	Целиакия, болезнь Крона, лимфома, интестинальная ишемия, СИБР, ферментопатии, нецелиакичная гиперчувствительность к глютену, болезнь тяжелых цепей, опухоли тонкой кишки, лимфома, хроническая мезентериальная ишемия и др.
Заболевания толстой кишки неинфекционные	Синдром раздраженного кишечника, функциональная диарея, болезнь Крона, язвенный колит, микроскопический колит (лимфоцитарный, коллагеновый), ишемический колит, радиационный (лучевой) колит, дивертикулярная болезнь, колоректальный рак, диффузный полипоз толстой кишки, антибиотико-ассоциированная диарея
Нейроэндокринные опухоли	ВИПома, гастринома, карциноид
Патология эндокринной системы	Сахарный диабет, гипертиреоз, надпочечниковая недостаточность
Аллергические заболевания	Пищевая аллергия (IgE-опосредованная и не IgE-опосредованная)
Прием лекарственных препаратов	Слабительные, антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, гипогликемические (метформин, глиптины), препараты желчных кислот, ингибиторы протонной помпы, препараты простагландинов, магний-содержащие препараты, колхицин, химиотерапевтические и противоопухолевые препараты и др.
Пищевые предпочтения	Кофеин, сорбитол, подсластители (ксилит, маннит), продукты с высоким содержанием ферментируемых олиго-, ди-, моносахаридов и полиолов
Другие	Алкоголь, уремия, системная склеродермия, амилоидоз, синдром короткой кишки, паранеопластический синдром, васкулиты, лимфопролиферативные заболевания

Крайне важным с этой точки зрения представляется анализ рациона питания: употребление непастеризованных молочных продуктов, сырого или термически плохо обработанных мяса или рыбы или органических витаминных препаратов может указывать на возможную острую кишечную инфекцию [22–24].

Оценка рациона питания играет важную роль и у пациента с персистирующей и хронической диареей, поскольку ряд продуктов может приводить к нарушению моторики кишечника за счет различных механизмов. К примеру, кофеин-содержащие продукты, грубая клетчатка обладают прямым раздражающим действием, стимулируя моторно-эвакуаторную функцию кишечника [25, 26]. Кроме того, группа продуктов с высоким содержанием ферментируемых олиго-, ди-, моносахаридов и полиолов (FODMAP), являясь осмотически активными, тянут на себя воду в просвет кишечника и стимулируют его пропульсивную активность [27].

При сборе медицинского анамнеза важно расспросить пациента о приеме лекарственных препаратов и биологически активных добавок, которые потенциально могут быть причиной диареи (табл.), а также получить информацию о сопутствующих заболеваниях со стороны других органов и систем, проведенных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости (холецистэктомия, резекция поджелудочной железы, шунтирующие операции и др.) [28]. Отягощенный наследственный анамнез в отношении злокачественных опухолей

пищеварительного тракта, целиакии, воспалительных заболеваний кишечника также относится к симптомам тревоги и должен быть в обязательном порядке оценен у пациента с диареей.

Физикальное обследование направлено на оценку общего состояния пациента и степени дегидратации, а также на выявление клинических стигм основного заболевания, проявлением которого может быть диарея. Дегидратацию можно предположить по сухости слизистых оболочек, снижению тургора кожи, постуральному или выраженному снижению артериального давления, рефлекторной тахикардии, потемнению и уменьшению количества отделяемой мочи. Эти признаки могут быть невыраженными или отсутствовать в раннем периоде гиповолемии. Гипопротеинемические отеки и асцит, объективные признаки анемического синдрома (бледность кожного покрова и слизистых), дефицита витаминов и микронутриентов (сидеропенический синдром при дефиците железа; иктеричность склер, малиновый лакированный язык со сглаженными сосочками и отпечатками зубов на боковых поверхностях, фуникулярный миелоз при дефиците витамина B12 и др.) могут свидетельствовать в пользу синдрома мальабсорбции при патологии тонкой кишки, поджелудочной железы и гепатобилиарного тракта [29–33].

При исследовании органов брюшной полости следует обратить внимание на их размеры, болезненность, наличие вздутия, пальпируемых образований, патологических перистальтических шумов, ригидности мышц живота.

Дообследование в условиях стационара показано пациентам с осложненным течением диареи (признаки выраженной дегидратации, примесь крови в кале, лихорадка более 3 дней, рвота, отсутствие эффекта от проводимой терапии), пациентам из групп высокого риска развития осложнений (дети, пожилые люди, беременные женщины, лица с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, получающие иммуносупрессивную терапию, и др.) [34].

Острая диарея, как правило, не требует углубленного диагностического поиска. В большинстве случаев алгоритм диагностики ограничивается сбором эпидемиологического анамнеза, назначением анализов для определения этиологического фактора (анализ кала на яйца глист и паразитов, анализ кала на бактерии кишечной группы, ПЦР кала на вирусы, анализ кала на токсины *Clostridioides difficile* A и B) [21, 35]. При выявлении симптомов тревоги, о которых упоминалось выше, пациент в обязательном порядке должен быть направлен на дополнительное обследование для исключения органической патологии кишечника.

Всем пациентам с хронической диареей на этапе первичной диагностики в обязательном порядке должен быть проведен минимально необходимый перечень лабораторных методов диагностики: общий анализ крови, биохимический анализ крови (СРБ, ферритин, АлАТ, АсАТ, общий белок, альбумин, общий билирубин, мочевины, глюкоза, амилаза, электролиты), гормоны щитовидной железы (тиреотропный гормон, свободная фракция Т4), серологический скрининг на целиакию (антитела к тканевой трансглутаминазе, иммуноглобулины класса А или G при селективном дефиците IgA), копрограмма и тест на скрытую кровь (предпочтительнее гемоглобин и трансферрин кала), анализ кала на яйца глист и паразитов, кал на токсины *Clostridioides difficile* A и B, фекальный кальпротектин [14, 36]. Фекальный кальпротектин – это белок, высвобождаемый из нейтрофилов, по содержанию которого можно косвенно оценить наличие воспаления в кишечнике. Уровень фекального кальпротектина повышен при воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, язвенный колит, микроскопический колит), кишечных инфекциях, целиакии, но не изменяется при функциональных расстройствах [37]. Повышение кальпротектина может быть также обнаружено у пациентов, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты или ингибиторы протонной помпы².

Дополнительно при подозрении на наличие внешне-секреторной недостаточности поджелудочной железы необходимо оценить содержание панкреатической эластазы в кале. При этом важно помнить, что диагностическая точность определения эластазы в кале резко снижается при диарее, полифекалии, приводя к ложноположительным результатам (низким значениям эластазы) за счет разведения фермента [14]. Степень экзокринной панкреатической недостаточности целесообразно оценивать только

после купирования или минимизации основных проявлений экзокринной панкреатической недостаточности (диареи, стеатореи) на фоне начальной терапии современными ферментными препаратами [38].

Для исключения нейроэндокринных опухолей проводится исследование содержания хромогранина А, гастрина, гистамина, вазоактивного интестинального пептида (ВИП), серотонина в сыворотке крови [39].

С целью исключения органической патологии на этапе первичной постановки диагноза всем пациентам с хронической диареей обязательно должны быть проведены ультразвуковое исследование органов брюшной полости, а при наличии симптомов тревоги – эзофагогастродуоденоскопия и илеоколоноскопия с поэтажной биопсией [40, 41].

Лечение диарейного синдрома во многом будет зависеть от его этиологии, что еще раз подчеркивает необходимость проведения тщательного обследования пациента. Конкретные подходы к медикаментозной терапии и методам немедикаментозной коррекции при различных заболеваниях, сопровождающихся синдромом диареи, выходят за рамки данной статьи и освещены в конкретных клинических рекомендациях по отдельным нозологиям.

Полезность каких-либо определенных диетических рекомендаций при диарее, кроме пероральной регидратации, не была установлена в контролируемых исследованиях. Однако адекватное питание с достаточным содержанием белка в рационе важно для обновления слизистой оболочки кишечника [42]. Следует избегать продуктов с раздражающим действием, высоким содержанием жиров. Временный отказ от молока и молочных продуктов целесообразен у пациентов с диареей на фоне острой кишечной инфекции, что связано с частым развитием вторичной мальабсорбции лактозы, которая может длиться от нескольких недель до месяцев после перенесенного инфекционного энтерита. В ряде случаев питание может выступать в качестве основного лечебного воздействия, например, аглютеновая диета при целиакии, безлактозная диета при врожденном дефиците лактазы и др. [43].

Одновременно с этим всем пациентам с острой и хронической диареей на этапе дообследования и верификации диагноза показана симптоматическая и патогенетическая терапия, дегидратация, своевременное выявление и коррекция электролитных нарушений. В качестве препарата первой линии для купирования острой и хронической диареи может быть рекомендовано назначение комбинированного препарата алюминия оксида и модифицированного углерода (Энтерумин®). Кроме энтеросорбирующего свойства, Энтерумин® обладает дезинтоксикационным и противодиарейным действием. Препарат характеризуется высокой адсорбирующей активностью, что определяет способность выводить из пищеварительного тракта патогенные микробные клетки, эндо- и экзотоксины различного происхождения. Особенностью строения алюминия оксида + модифицированного углерода является наличие развитой

² York Teaching Hospital – NHS Foundation Trust & Yorkshire and Humber Academic Health Sciences Network (2016). The York Faecal Calprotectin Care Pathway Information for GPs. Available at: <https://www.yorkhospitals.nhs.uk/secmsfile/?id=941>.

структуры. Транзит препарата не задерживается в верхних отделах и работает по всей длине пищеварительного тракта. Развитая поверхность углерода обеспечивает увеличение площади контакта лекарственного препарата с токсичными веществами. Энтерумин® назначается внутрь взрослым по 3–5 капсул 2–3 раза в день, детям – по 1–3 капсулы 2–3 раза в день. Детям до 3 лет следует принимать растворенный в воде порошок из капсул. Важно, что препарат рекомендовано принимать за 1 ч до или после еды и приема других лекарственных средств, а также не менее чем за 2 ч до или после приема антибиотиков. Длительность лечения острых отравлений и заболеваний, сопровождающихся эндотоксикозом, с возможным диарейным синдромом составляет от 3 до 14 дней.

Представляем на собственных клинических примерах опыт применения препарата у пациентов с диарейным синдромом.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 1

Пациентка Д., 25 лет, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на диарею до 8 раз в сутки, в т. ч. в ночные часы, кал неоформленный, с примесью слизи, урчание по ходу кишечника.

Из анамнеза заболевания: диарея беспокоит в течение 3 дней, связывает с приемом антибактериальных препаратов в составе эрадикационной терапии 1-й линии (рабепразол, амоксициллин, кларитромицин) по поводу лечения хронического гастрита, ассоциированного с инфекцией *Helicobacter pylori*, у терапевта по месту жительства. На 5-й день приема антибактериальных препаратов отметила появление урчания по ходу кишечника, учащение стула до 3 раз в день с отхождением полуоформленных каловых масс (тип 5–6 по Бристольской шкале), в последующем частота дефекаций увеличилась до 8 раз в сутки, кал стал неоформленным (тип 7 по Бристольской шкале), появилась примесь слизи в кале, в связи с чем и обратилась за медицинской помощью.

При расспросе жалоб со стороны других органов и систем нет.

Анамнез жизни: вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, туберкулез отрицает. Операций, гемотрансфузий не было. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез без особенностей. Не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. Рыбу речную не употребляет, домашних животных нет, за пределы региона в течение последних 3 мес. не выезжала.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычного цвета, умеренно влажный, чистый. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Щитовидная железа 0 степени по ВОЗ. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные без патологических шумов. Отеков нет. АД 110/65 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс ритмичный, симметричный, умеренного наполнения и напряжения, с частотой 84 уд/мин. Живот не увеличен, мягкий,

чувствительный по ходу толстой кишки. Кишечник урчит при пальпации. При глубокой пальпации отмечается болезненность по ходу толстой кишки. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Симптомы Ортнера, Мерфи, Кера отрицательные. Поджелудочная железа, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Выставлен предварительный диагноз «острая диарея, предположительно связанная с приемом антибактериальных препаратов».

Пациентке рекомендована отмена эрадикационной терапии, назначено дообследование (общий анализ крови, биохимический анализ крови с оценкой уровней электролитов, С-реактивного белка, функциональных проб печени, креатинина и мочевины, копрограмма, кал на яйца гельминтов и паразитов, кал на токсины *Clostridioides difficile A* и *B*). В качестве антидиарейного и энтеросорбирующего средства назначен Энтерумин® по 3 капсулы 3 раза в день за 1 ч до приема пищи; даны рекомендации по диете с коррекцией рациона питания и объема потребляемой жидкости.

При дообследовании: общий анализ крови, биохимический анализ крови без изменений, токсины *Clostridioides difficile A* и *B* в кале не обнаружены, кал на яйца гельминтов и паразитов – не обнаружено, копрограмма – кал неоформленный, слизь в умеренном количестве.

Пациентка отмечает прекращение диареи на 2-й день приема Энтерумина. Общий курс приема препарат составил 3 дня, в дальнейшем ей рекомендован курс пробиотической терапии.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 2

Пациент А., 37 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на тошноту, общую слабость, вздутие/урчание по ходу кишечника, диарею (стул 7 раз за сутки, в т. ч. в ночные часы, кал жидкий, пенистый, с примесью слизи, непереваренной пищи).

Из анамнеза заболевания: болен в течение суток, когда через 3 ч после обеда в заведении общественного питания появилась тошнота, однократно рвота съеденной пищей, к вечеру того же дня отметил повышение температуры тела до 37,3 °С, появление диареи, вздутия/урчания по ходу кишечника. Амбулаторно принимал уголь активированный, без должного эффекта. К утру следующего дня усиление диареи, кал жидкий, пенистый, с примесью слизи, непереваренной пищи. Обратился самостоятельно для консультации.

При расспросе жалоб со стороны других органов и систем нет.

Анамнез жизни: вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, туберкулез – отрицает. Аппендэктомия в детстве, гемотрансфузий не было. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез без особенностей. Не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. Рыбу речную не употребляет, домашних животных нет, за пределы региона в течение года не выезжал. Никакие

лекарственные препараты, биологически активные добавки не принимает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычного цвета, умеренно влажный, чистый. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Щитовидная железа 0 степени по ВОЗ. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные без патологических шумов. Отеков нет. АД 115/75 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс ритмичный, симметричный, умеренного наполнения и напряжения, с частотой 92 уд/мин. Живот не увеличен, мягкий, чувствительный в эпигастрии, по ходу толстой кишки. Кишечник вздут, громко урчит при пальпации. При глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастрии, по ходу толстой кишки. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Симптомы Орнера, Мерфи, Кера отрицательные. Поджелудочная железа, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Выставлен предварительный диагноз «пищевая токсикоинфекция, предположительно бактериальной этиологии, легкое течение».

Пациенту рекомендовано: пероральная регидратация, щадящая диета с достаточным содержанием белка, Энтерумин® по 3 капсулы 3 раза в день за 1 ч до приема пищи.

При дообследовании: общий анализ крови (незначительный лейкоцитоз $9,5 \times 10^9/\text{л}$, увеличение СОЭ до 20 мм/ч), биохимический анализ крови без изменений, ПЦР на кишечные инфекции, копрограмма – кал неоформленный, слизь в большом количестве, лейкоциты 20–30 в поле зрения. ПЦР кала на бактерии кишечной группы и вирусы – выявлена ДНК энтеропатогенной *Escherichia coli*.

После дообследования пациенту выставлен заключительный клинический диагноз «пищевая токсикоинфекция, ассоциированная с энтеропатогенной *Escherichia coli*, легкое течение».

На фоне приема Энтерумина пациент отмечает улучшение самочувствия: исчезновение тошноты, уменьшение

частоты и выраженности диареи, вздутия/урчания по ходу кишечника.

Пациенту рекомендовано продолжить прием приема Энтерумина до 10 дней, к лечению добавлен рифаксимин 400 мг по 1 таблетке 2 раза в день через 2 ч после приема Энтерумина в течение 10 дней с последующим курсом пробиотической терапии в течение 8 нед.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По числу обращений за медицинской помощью диарея входит в число самых частых причин среди всех гастроэнтерологических жалоб и является важной проблемой современного здравоохранения. Учитывая широкую полиэтиологичность синдрома, курация пациентов с диареей представляет собой сложную и трудоемкую задачу для клинициста. При первичном контакте с пациентом с диареей спектр методов диагностики в обязательном порядке должен включать тщательный сбор жалоб и анамнеза, физикальный осмотр, минимально необходимый перечень лабораторно-инструментальных методов исследования с целью выявления симптомов тревоги, оценки степени тяжести пациента и риска развития осложнений. При сохранении диареи и неустановленном этиологическом факторе необходимо назначение дополнительных методов обследования.

Лечение пациента с диареей проводится в зависимости от причины, способствующей ее развитию, в соответствии с соответствующими клиническими рекомендациями. Вместе с тем всем пациентам с диареей независимо от ее этиологии показана симптоматическая и патогенетическая терапия, включая контроль потребления жидкости и регидратацию, своевременное выявление и коррекцию электролитных нарушений, дезинтоксикацию и энтеросорбцию. В качестве антидиарейного средства с дезинтоксикационным и энтеросорбирующими свойствами пациенту с диареей может быть назначен препарат Энтерумин®, в т. ч. на этапе дообследования.

Поступила / Received 18.04.2024
Поступила после рецензирования / Revised 06.05.2024
Принята в печать / Accepted 07.05.2024

Список литературы / References

- Smalley W, Falck-Ytter C, Carrasco-Labra A, Wani S, Lytvyn L, Falck-Ytter Y. AGA Clinical Practice Guidelines on the Laboratory Evaluation of Functional Diarrhea and Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome in Adults (IBS-D). *Gastroenterology*. 2019;157(3):851–854. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.004>.
- Blake MR, Raker JM, Whelan K. Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(7):693–703. <https://doi.org/10.1111/apt.13746>.
- Arasaradnam RP, Brown S, Forbes A, Fox MR, Hungin P, Kelman L et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition. *Gut*. 2018;67(8):1380–1399. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2017-315909>.
- Sadowski DC, Camilleri M, Chey WD, Leontiadis GI, Marshall JK, Shaffer EA et al. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline on the Management of Bile Acid Diarrhea. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(1):24–41.e1. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.08.062>.
- Schiller LR, Pardi DS, Sellin JH. Chronic Diarrhea: Diagnosis and Management. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15(2):182–193.e3. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.07.028>.
- Schiller LR. Evaluation of chronic diarrhea and irritable bowel syndrome with diarrhea in adults in the era of precision medicine. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(5):660–669. <https://doi.org/10.1038/s41395-018-0032-9>.
- Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, Thielman NM, Slutsker L, Tauxe RV et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2001;32(3):331–351. <https://doi.org/10.1086/318514>.
- Ahmed Ismail M, Abdilahi MM, Abdeeq BA, Jama M. Prevalence and associated factors of acute diarrhea among under-five children living in Hargeisa Internally Displaced Persons, Somaliland: a community-based cross-sectional study. *Pan Afr Med J*. 2024;47:10. <https://doi.org/10.11604/pamj.2024.47.10.35958>.
- Fine KD, Schiller LR. AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology*. 1999;116(6):1464–1486. [https://doi.org/10.1016/s0016-5085\(99\)70513-5](https://doi.org/10.1016/s0016-5085(99)70513-5).

10. Kelly CR, Fischer M, Allegretti JR, LaPlante K, Stewart DB, Limketkai BN et al. ACG Clinical Guidelines: Prevention, Diagnosis, and Treatment of Clostridioides difficile Infections. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(6):1124–1147. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001278>.
11. Misbah SA, Mapstone NP. Whipple's disease revisited. *J Clin Pathol*. 2000;53(10):750–755. <https://doi.org/10.1136/jcp.53.10.750>.
12. Vila J, Ruiz J, Gallardo F, Vargas M, Soler L, Figueras MJ, Gascon J. *Aeromonas* spp. and traveler's diarrhea: clinical features and antimicrobial resistance. *Emerg Infect Dis*. 2003;9(5):552–555. <https://doi.org/10.3201/eid0905.020451>.
13. Marks MI, Pai CH, Lafleur L, Lackman L, Hammerberg O. *Yersinia enterocolitica* gastroenteritis: a prospective study of clinical, bacteriologic, and epidemiologic features. *J Pediatr*. 1980;96(1):26–31. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(80\)80318-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(80)80318-0).
14. Лазебник ЛБ, Сарсенбаева АС, Авалуева ЕБ, Орешко СЛ, Ситкин СИ, Голованова ЕВ и др. Клинические рекомендации «Хронические диареи у взрослых». *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2021;(4):7–67. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-188-4-7-67>.
Lazebnik LB, Sarsenbaeva AS, Avalueva EB, Oreshko LS, Sitkin SI, Golovanova EV et al. Clinical guidelines "Chronic diarrhea in adults". *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;(4):7–67. (In Russ.) <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-188-4-7-67>.
15. Burgers K, Lindberg B, Bevis ZI. Chronic Diarrhea in Adults: Evaluation and Differential Diagnosis. *Am Fam Physician*. 2020;101(8):472–480. Available at: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0415/p472.pdf>.
16. Wanke CA. Small intestinal infections. *Curr Opin Gastroenterol*. 1994;10(1):59–65. Available at: https://journals.lww.com/co-gastroenterology/abstract/1994/01000/small_intestinal_infections.10.aspx.
17. Anbazhagan AN, Priyamvada S, Arefai WA, Dudeja PK. Pathophysiology of IBD associated diarrhea. *Tissue Barriers*. 2018;6(2):e1463897. <https://doi.org/10.1080/21688370.2018.1463897>.
18. Ливзан МА, Макейкина МА. Воспалительные заболевания кишечника: современные аспекты диагностики и лечения. *Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.)*. 2010;(2):60–65. Режим доступа: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2010/gastro2010_pri/gastro2010_2_pri/vospalitelnye-zabolevaniya-kishechnika-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya.
Livzan MA, Makeikina MA. Inflammatory bowel diseases: modern aspects of diagnosis and treatment. *Consilium Medicum. Gastroenterology (Suppl.)*. 2010;(2):60–65. (In Russ.) Available at: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2010/gastro2010_pri/gastro2010_2_pri/vospalitelnye-zabolevaniya-kishechnika-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya/?ysclid=lvuzczrnw865502277.
19. Lacy BE. Diagnosis and treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Int J Gen Med*. 2016;9:7–17. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S93698>.
20. Гаус ОВ, Ливзан МА. Синдром раздраженного кишечника: что мы знаем о симптомах сегодня? *Consilium Medicum*. 2019;21(8):42–48. Режим доступа: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2019/cm2019_8_gastro/sindrom-razdrzhennogo-kishechnika-cto-my-znaem-o-simptomakh-segodnya.
Gaus OV, Livzan MA. Irritable bowel syndrome: what do we know about symptoms today? *Consilium Medicum*. 2019;21(8):42–48. (In Russ.) Available at: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2019/cm2019_8_gastro/sindrom-razdrzhennogo-kishechnika-cto-my-znaem-o-simptomakh-segodnya.
21. Riddle MS, DuPont HL, Connor BA. ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(5):602–622. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.126>.
22. Ali S, Alsayeh AF. Review of major meat-borne zoonotic bacterial pathogens. *Front Public Health*. 2022;10:1045599. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1045599>.
23. Grace D, Wu F, Havelaar AH. MILK Symposium review: Foodborne diseases from milk and milk products in developing countries-Review of causes and health and economic implications. *J Dairy Sci*. 2020;103(11):9715–9729. <https://doi.org/10.3168/jds.2020-18323>.
24. Bintsis T. Foodborne pathogens. *AIMS Microbiol*. 2017;3(3):529–563. <https://doi.org/10.3934/microbiol.2017.3.529>.
25. Iriondo-DeHond A, Uranga JA, Del Castillo MD, Abalo R. Effects of Coffee and Its Components on the Gastrointestinal Tract and the Brain-Gut Axis. *Nutrients*. 2020;13(1):88. <https://doi.org/10.3390/nu13010088>.
26. Katsirma Z, Dimidi E, Rodriguez-Mateos A, Whelan K. Fruits and their impact on the gut microbiota, gut motility and constipation. *Food Funct*. 2021;12(19):8850–8866. <https://doi.org/10.1039/d1fo01125a>.
27. Urminska D, Haring N, Fabry V, Urminska J. Fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols and their role in food digestion. *J of Microbiol Biotechnol and Food Sci*. 2022;11(4):e5521. <https://doi.org/10.55251/jmbfs.5521>.
28. Chassany O, Michaux A, Bergmann JF. Drug-induced diarrhoea. *Drug Saf*. 2000;22(1):53–72. <https://doi.org/10.2165/00002018-200022010-00005>.
29. Rogler G, Singh A, Kavanaugh A, Rubin DT. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Current Concepts, Treatment, and Implications for Disease Management. *Gastroenterology*. 2021;161(4):1118–1132. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.07.042>.
30. Nguyen CN, Kim SJ. Dermatitis Herpetiformis: An Update on Diagnosis, Disease Monitoring, and Management. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(8):843. <https://doi.org/10.3390/medicina57080843>.
31. De Leo S, Lee SY, Braverman LE. Hyperthyroidism. *Lancet*. 2016;388(10047):906–918. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00278-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00278-6).
32. Shahriari A, Papan AM, Nazari P. How can someone's entire skin change color?. *Clin Case Rep*. 2019;7(12):2581–2582. <https://doi.org/10.1002/ccr3.2505>.
33. Haque A, Hughes M. Raynaud's phenomenon. *Clin Med (Lond)*. 2020;20(6):580–587. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0754>.
34. Драпкина ОМ (ред.). *Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи*. М.: Видокс; 2019. 20 с. Режим доступа: <https://petsu.ru/files/user/fdbb9903df09bb6f04f397450a13732b/%D0%9A%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BA%D0%B8%D0%B5%20%D0%B0%D0%BB%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BC%D1%8B%20%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%BF%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B2.pdf>.
35. Драпкина ОМ, Дроздова ЛЮ, Авдеев СН, Бойцов СА, Иванова ЕС, Каприн АД и др. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, подлежащим диспансерному наблюдению, в условиях пандемии COVID-19. Временные методические рекомендации. Версия 2. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(8):3172. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-3172>.
Drapkina OM, Drozdova LY, Avdeev SN, Boytsov SA, Ivanova ES, Kaprin AD et al. The outpatient medical care in patients with chronic diseases under dispensary supervision in the conditions of the COVID-19 pandemic. Temporary guidelines. Version 2. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(8):3172 (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-3172>.
36. Парфенов АИ, Маев ИГ, Баранов АА, Бакулин ИГ, Сабельникова ЕА, Крумс ЛМ и др. Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых. *Педиатрия. Consilium Medicum*. 2016;(1):6–19. Режим доступа: <https://omnidocor.ru/upload/iblock/0a9/0a9a167147af79d63abfbbb7dccc6892.pdf>.
Parfenov AI, Maev IG, Baranov AA, Bakulin IG, Sabelnikova EA, Krums LM et al. The All-Russian consensus on the diagnosis and treatment of celiac disease in children and adults. *Pediatrics. Consilium Medicum*. 2016;(1):6–19. (In Russ.) Available at: <https://omnidocor.ru/upload/iblock/0a9/0a9a167147af79d63abfbbb7dccc6892.pdf>.
37. Осипенко МФ, Ливзан МА, Скалинская МИ, Лялюкова ЕА. Концентрация фекального кальпротектина в дифференциальной диагностике заболеваний кишечника. *Терапевтический архив*. 2015;87(2):30–33. <https://doi.org/10.17116/terarkh201587230-33>.
Osipenko MF, Livzan MA, Skalinskaya MI, Lyalukova EA. Concentration of fecal calprotectin in the differential diagnosis of intestinal diseases. *Terapevticheskii Arkhiv*. 2015;87(2):30–33 (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/terarkh201587230-33>.
38. Olson DE, Rhee MK, Herrick K, Ziemer DC, Twombly JG, Phillips LS. Screening for diabetes and pre-diabetes with proposed A1C-based diagnostic criteria. *Diabetes Care*. 2010;33(10):2184–2189. <https://doi.org/10.2337/dc10-0433>.
39. Raphael MJ, Chan DL, Law C, Singh S. Principles of diagnosis and management of neuroendocrine tumours. *CMAJ*. 2017;189(10):E398–E404. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160771>.
40. Fine KD, Seidel RH, Do K. The prevalence, anatomic distribution, and diagnosis of colonic causes of chronic diarrhea. *Gastrointest Endosc*. 2000;51(3):318–326. [https://doi.org/10.1016/s0016-5107\(00\)70362-2](https://doi.org/10.1016/s0016-5107(00)70362-2).
41. Shah RJ, Fenoglio-Preiser C, Bleau BL, Giannella RA. Usefulness of colonoscopy with biopsy in the evaluation of patients with chronic diarrhea. *Am J Gastroenterol*. 2001;96(4):1091–1095. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2001.03745.x>.
42. Duggan C, Santosham M, Glass RI. The management of acute diarrhea in children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep*. 1992;41(RR-16):1–20. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018677.htm>.
43. O'Brien L, Wall CL, Wilkinson TJ, Gearty RB. What Are the Pearls and Pitfalls of the Dietary Management for Chronic Diarrhoea? *Nutrients*. 2021;13(5):1393. <https://doi.org/10.3390/nu13051393>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – **М.А. Ливзан**
Концепция и дизайн исследования – **М.А. Ливзан**
Написание текста – **О.В. Гаус, Д.А. Гавриленко**
Сбор и обработка материала – **О.В. Гаус, Д.А. Гавриленко**
Обзор литературы – **О.В. Гаус**
Редактирование – **М.А. Ливзан, О.В. Гаус**
Утверждение окончательного варианта статьи – **М.А. Ливзан**

Contribution of authors:

Concept of the article – **Maria A. Livzan**
Study concept and design – **Maria A. Livzan**
Text development – **Olga V. Gaus, Darya A. Gavrilenko**
Collection and processing of material – **Olga V. Gaus, Darya A. Gavrilenko**
Literature review – **Olga V. Gaus**
Editing – **Maria A. Livzan, Olga V. Gaus**
Approval of the final version of the article – **Maria A. Livzan**

Информация об авторах:

Гаус Ольга Владимировна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, Омский государственный медицинский университет; 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12; gaus_olga@bk.ru

Ливзан Мария Анатольевна, чл.- корр. РАН, д.м.н., профессор, ректор, заведующая кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии, Омский государственный медицинский университет; 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12; mlivzan@yandex.ru

Гавриленко Дарья Александровна, ординатор 1-го года обучения по специальности «терапия» кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, Омский государственный медицинский университет; 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12; gavrilenko_darya17@bk.ru

Information about the authors:

Olga V. Gaus, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Omsk State Medical University; 12, Lenin St., Omsk, 644099, Russia; gaus_olga@bk.ru

Maria A. Livzan, Corr. Member RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, Rector, Head of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Omsk State Medical University; 12, Lenin St., Omsk, 644099, Russia; mlivzan@yandex.ru

Darya A. Gavrilenko, 1st year Resident in the Specialty "Therapy" of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Omsk State Medical University; 12, Lenin St., Omsk, 644099, Russia; gavrilenko_darya17@bk.ru