

А.М. САДЫКОВА, А.А.КАКЫШЕВА, Ж.Н.КАРАЧАЧЕВА, М.Р. МҰСАНОВА, Б.Ж.ЖУНИСОВ, О.Б.ЗАРИПОВ

С.Д. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медициналық университеті

Алматы қаласы, Қазақстан

Жұқпалы және тропикалық аурулар кафедрасы

ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР КЕЗІНДЕГІ ДИАРЕЯЛЫҚ СИНДРОМ ЖӘНЕ ОНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Осы мақалада диареялық синдром мәселесі қарастырылған, бұл жалпы тәжірибедегі дәрігер үшін салыстырмалы диагностика жасау басты қиындықтарға айналды. Диареяның пайда болуының заманауи көз-қарастары нәтижеленді, сонымен қатар ол науқастар сырқатнамасынан үлгі ретінде келтірілді.

Диарея деп жиілеген дефекация, нәжістің сұйық консистенцияда болуын айтамыз. Осыған байланысты диареяның себептері әртүрлі, яғни инфекциялық және инфекциялық емес түрде болады. Ерте диагностикасы шұғыл көмекті және ем тактикасын қажет етеді.

Диареяның алуан түрлі себептері және микробтық ортадағы агенттердің салмағының жоғары тығыздығы, әсіресе жұқпалы аурулар кезіндегі диареяның дифференциалды диагностикасында тәжірибелік мәнін анықтайды.

Түйінді сөздер: диареялық синдром, диагностика, дифференциалды диагностика

Іш өту – асқазан-ішек жолдарының көптеген жұқпалы және жұқпалы емес ауруларында жиі кездесетін синдром, ол басқа мүшелер мен жүйелер патологиясында да кездеседі. Дені сау адамдарда үлкен дәреттің қалыпты жиілігі мен нәжіс консистенциясының көптеген нұсқалары кездеседі. Гастроэнтерологтардың көп бөлігі күніне 3 реттен аптасына 3 ретке дейінгі дефекацияны, ал жалпы үлкен дәрет көлемі 100-ден 300 мл дейін (тағам рационасында қатты талшықтар көп болса, 500 мл дейін) болуын қалыпты деп есептейді. Қалыпты нәжіс құрамындағы су мөлшері 60-65%, іш өту кезінде - 95% және одан жоғары. Қалыпты үлкен дәреттің құрғақ затының шамамен жартысын бактериялар құрайтынын еске саламыз. Іш өту деп күні бойына бір реттік не қайталамалы, көлемі 300 мл артық сұйық нәжіс болған жағдайда айтамыз.

Ұзақтығы мен басталу сипатына байланысты жедел және созылмалы іш өту деп бөлінеді. Жедел іш өту кенеттен басталады және ұзақтығы 2-3 аптаға дейін, созылмалы іш өту ұзақтығы 4-6 аптадан бірнеше айға дейін созылады. Жедел іш өтудің абсолютті көп жағдайларда себебі жұқпалы аурулар, сондықтанда қоздырғышты не олардың маркерлерін нақты анықтауды қажет етеді [1].

Іш өтудің патогенетикалық механизмі

Негізгі патогенетикалық механизмы бойынша іш өтудің секреторлы, осмостық, және экссудативті түрлерін қарастырады (1 кесте).

«Таза» секреторлы іш өтудің классикалық мысалы - тырысқақ. Іш өтудің бұл түрінде судың (және тұздардың) секрециясы сіңірілуден жоғары, клиникалық көрінісі ауру сезімсіз көп мөлшердегі (1 л кем емес) сұйық сулы нәжіспен сипатталады. Ішек құрамының осмолярлы қысымы қан плазмасындағы қысымға қарағанда айтарлықтай төмен. Осмостық іш өту ішекке көп мөлшерде осмостық белсенді абсорбцияланбайтын заттар түскенде (мысалы, магний тұздары, лактулоза, сорбитола, ксилит тұздары) немесе олардың дисахаридазалық жеткіліксіздік, мальабсорбция кезінде шамадан тыс түзілуінен дамиды. Бұл кезде ішек қуысынан сіңірілу айқын бұзылады. Осмостық іш өту ашығу кезінде тоқтайды (не азаяды), бірақ бұл белгі оны секреторлы іш өтуден ажыратады. Секреторлы іш өту ашығу және басқа да емдәмдік режимдерде жалғасады. «Таза» осмостық іш өтудің мысалы - күкірт қышқылды магнезия қолдану кезіндегі іш өту. Осмостық іш өту кезінде үлкен дәрет көп мөлшерде, сұйық, жиі көпіршікті (газдардың сіңірілуі бұзылуына байланысты), нәжіс массаларында – көп мөлшерде жартылай қорытылған тамақ қалдықтары (стеаторея, креаторея, амилорея). Көп жағдайларда іш өтудің патогенезі күрделі және екі механизмнің – секреторлы мен осмостық бірігуімен жүреді.

Кесте 1 - Іш өтудің түрі және негізгі себептері

Осмостық	Секреторлы	Экссудативті
1.Ротавирусты инфекция, лямблиоз, кокцидоз, дисбактериоз	1.Токсиндер Staph.aureus,Clastridium.Bac,cereus,Vibri o cholera,токсигенді ішек таяқшалары,компило- бактериялар,иерсиния,клебсиелла	1.Дизентерия, сальмонеллез (сирек), ішек туберкулезі т.б.
2.Мальабсорбция синдромы (дисахарид, энтерокиназалар жеткіліксіздігі, панкреатикалық жеткіліксіздік), сонымен қатар бастан өткен ішек инфекциясы	2. Ауыр металдар, мышьяк, саңырауқұлақ токсиндері	2.Арнайы емес жаралы колит, Крон ауруы
3.Тиреотоксикоз, бүйрекүсті безінің жеткіліксіздігі; нәруыз-энергетикалық жеткіліксіздік; қысқа ішек синдромы т.б.	3. Іш айдағыш заттарды қабылдау (фенолфталеин, бесакодил, сенна, кастор майы, алоэ т.б.)	3.Қатерлі ісіктер, ішектің ишемиялық ауруы
4. Ішек лимфа тамырларының		

зақымдалуы (лимфома, лимфоангиоэктазия, амилоидоз, Уиппл ауруы)	4. Дәрілік заттарды қабылдау (фуросемид, тиазидтер, теофиллин, холиномиметиктер, холинэстераза ингибиторлары, хинин, хинидин, простагландиндер т.б.)	
5. Іш айдағыш заттар мен антацидтерді, Mg+2, дәрілік заттарды (холестирамин, неомицин, левулеза) қабылдау	5. Кейбір гормон түзуші ісіктер	

Экссудативті іш өту ішек қабырғасының өтімділігі, ақуыздың сіңірілуі және су мен электролиттерді ішек қуысына бөлуі бұзылғанда дамиды. Энтероциттерге инвазиямен жүретін жедел бактериялық инфекциялар кезіндегі бұл негізгі механизм. Классикалық мысалдар - жедел Флексер дизентериясы, эшерихиоз O-124, сондай-ақ арнайы емес жаралы колит, Крон ауруы. Экссудативті іш өту кезінде науқастардың үлкен дәреті сұйық, жиі және патологиялық бөлінділермен - шырыш, қан, ірің аралас.

Іш өтудің негізгі патогенетикалық түрлерін ажыратудың маңызы зор, әсіресе ем тағайындау үшін. Секреторлы іш өтуді дер кезінде анықтау маңызды, себебі ол тез дегидратация мен деминерализацияның дамуына алып келеді және уақтылы, адекватты су мен электролиттердің орнын толтыруды қажет етеді.

Кейбір авторлар іш өтудің төртінші түрін ажыратады – ішектің гипертоникасы салдары және ішек транзитінің жылдамдауы. Бұл механизм іш өтудің барлық түрінде кездеседі. Сирек жағдайларда «нейрогенді насостар» кезінде нәжіс көлемі 300 г аспайды, сондықтан да бұл науқастардағы сұйық нәжіс іштің патологиялық өтуі болып есептелмейді.

Арнайы әдебиеттерде іш өтуді жіңішке ішектік және жуан ішектік деп бөледі (В.Салупере). Біздің көзқарасымыз бойынша бұл жіктеме іш өту синдромының дифференциалды диагностикасын жеңілдетеді.

Іш өтудің жіңішке ішектік типі науқастардың жіңішке ішектерінің және олармен қызметтес мүшелердің – асқазан, ұйқы безі, бауыр, өт жолдарының зақымдалуы кезінде пайда болады. Бұл науқастарда тәулігіне үлкен дәреттің жиілігі 5 реттен аспайды, оларда күніне 1-2 рет дефекация болуы мүмкін, бірақ нәжіс көлемі әрқашанда көп: 1-2 л және жоғары (тырысқақ кезінде 20 л және одан көп). Тоқ ішектің қатысы болмағандықтан мұндай іш өту ауру сезімсіз болады, егер ауру сезімі болса, кіндік маңында орналасады, бірақ интенсивті және дистензионды сипатта болады. Іш өтудің жіңішке ішектік типінің мысалдары: тырысқақ, сальмонеллез, ішек таяқшасының энтеротоксигенді штаммымен шақырылған эшерихиоз, иерсиниоз, лямблиоз. Іш өтудің жіңішке ішектік типі әрқашанда энтеритпен жүрмейді. Тырысқақ кезінде ішектің шырышты қабатында қабынулық өзгерістер болмайды, сондай-ақ дисахаридтік жеткіліксіздік пен глютенді ауру кезінде де болмауы мүмкін.

Іш өтудің жуан ішектік типі инфекциялық колит, тоқ ішектегі қабынулық, онкологиялық, токсикалық процесстердің салдарынан дамиды және іштегі толғақ тәрізді ауру сезімімен, сигма тәрізді және тік ішектің зақымдалуы қосылғанда - тенезмдер және дефекацияға жалған шақырулармен сипатталады. Үлкен дәрет жиі, тәулігіне 10 реттен артық, тағам қабылдау және ішек пальпациясымен байланысты; нәжіс массалары ботқа тәрізді, сұйық, патологиялық бөлінділермен – шырыш, қан, ірің көп не аз мөлшерде. Жалпы үлкен дәрет көлемі көп болмайды, кейде 500 мл асады [2].

Кейбір ішектің жұқпалы ауруларының клиникалық көрінісінде іш өтудің екі түрі де кездеседі, мысалы, Зонне дизентериясы, сальмонеллездің кейбір түрлерінде. Бірақ ол кезде де клиникалық көрінісіне қарап, жиі инфекциялық процесстің әртүрлі фазаларында ішектің қай бөлігінің зақымдалғанын анықтауға болады.

Науқас сұйық нәжіс және үлкен дәретінің жиілеуіне шағымданғанда, дәрігер келесі сұрақтарға жауап беруі керек: науқаста іш өту синдромы бар ма; іш өтудің сипаты қандай – жедел не созылмалы, іш өтудің қай патогенетикалық түрі басым - секреторлы, осмостық, экссудативті; ішектің қай бөлігі басым зақымдалған - іш өтудің жіңішке ішектік не жуан ішектік типін анықтау; іш өтудің себебі қандай ауру.

Жұқпалы аурулар кезіндегі іш өту. Іш өтудің ең жиі себебі - әртүрлі бактериялармен, вирустармен, қарапайымдылармен, ішек құрттарымен шақырылған жедел ішек инфекциясы (2 кесте).

Кесте 2 - Жедел инфекциялық іш өтудің негізгі қоздырғыштары

Бактериялар	<i>Escherichia coli</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i> , <i>Clostridium difficile</i> , <i>Bacillus cereus</i> , <i>Klebsiella</i>
Вирустар Қарапайымдылар	Ротавирус, астровирус, цитомегаловирус <i>Giardia Lamblia</i> , <i>Cryptosporidium</i> , <i>Entamoeba histolytica</i>
Гельминттер	<i>Strongyloides stercoralis</i> , сирек жағдайда басқа ішектік түрлері Паразиттік құрттар (<i>Ascaris lumbricoides</i> , <i>Trichocephalus trichiurus</i> , <i>Diphyllobothrium latum</i>)

Жедел бактериялық іш өтудің этиологиясын анықтауға 72 сағаттан 2-3 аптаға дейін уақыт қажет (тек тырысқақ кезінде жылдамдатылған әдіс 1,5-2 сағ ішінде жауап алуға мүмкіндік береді). Бірақ іш өтуі бар науқас анықталғанда, бірден емдік және эпидемияға қарсы іс-шараларды бастау қажет, сондықтан да жедел ішек инфекциясының синдромалды дифференциалды диагностикасы оларды анықтауда құнды клиникалық әдіс болып табылады [3].

Жедел дизентерияның уақтылы диагностикасы амбулаторлық қызмет дәрігерінің күнделікті міндетіне жатады. Бұл инфекцияның клиникалық көрінісі екі негізгі синдроммен жүреді: интоксикациялық және диареялық. Типтік классикалық формада өтетін шигеллез кезінде тоқ ішектің зақымдануы симптомдары басым болады: шырышты қабатының, қан тамырларының, мейснер және ауэрбах интермуралды өрімдерінің, экстратуралды жүйке жүйесінің.

Демек диареяға тоқ ішектік типі тән, патогенезі бойынша айқын моторика бұзылысымен жүретін экскреторлық болып табылады (басым жағдайда гиперкинетикалық, аса ауыр жағдайларда гипокинетикалық). Нәтижесінде тоқ ішектің аса маңызды қызметтері зақымданады – резервуарлық, шығару және сіңіру.

Дизентериямен ауыратын науқас адамдардың дәретінің сипаты толығымен диареяның сипатына сәйкес келеді – жиі болуы (тәулігіне 10 реттен көп, үлкен дәретінің жиілігі 30 реттен асқанда, науқастар әдетте дефекация неше рет болғанына шатаса бастайды), аурудың басында және жеңіл, орташа ауыр жағдайларда – нәжіс құрамында шырыш, қан және іріңнің (шырыш тұнықсыз, жасыл және кір түстес болады) болуы. Нәжіс құрамында шырыштың көп мөлшерде болуы қолайлы белгі болып табылады, тоқ ішектің шырышты қабатының бокал тәрізді жасушаларының қызметі сақталғанын көрсетеді. Нәжістегі қан мөлшері диапедездік қан кету көлеміне байланысты, ал ол өз кезегінде жаралық процесстің жайылу көлеміне емес, интоксикацияның айқындылығына байланысты. Бір науқастарда сұйық немесе жартылай сұйық, ботқа тәрізді нәжісінде қан жолақ күйінде болса, екіншілерінде – қою лайлы (іріңді) шырышта (ректальды немесе дизентериялық түкірік) жағынды түрінде, ал үшіншілерінде көп мөлшерде бөлінген қан мен сұйық шырышты экссудат араласып, дәреті нәжістік сипатын жоғалтады. Бұндай жағдай дизентерияның ең ауыр ағымында, ішектің күшті тұрақты спазмы әсерінен, әсіресе, баигуниев қақпасы аймағында болады. Жиішке ішектің құрамындағы заттар тоқ ішекке түспегендіктен, дефекация кезінде қабынған шырышты қабатының патологиялық өнімдері шығады. Ішектің бұлшықеттік қабатының кенеттен, тырыспалы жиырылулары аса күшті ұстама тәрізді ауру сезімін тудырады. Ішектің немесе оның көбірек зақымданған бөлігінің – дистальді бөлігінің, әсіресе сигма тәрізді ішектің, айқын тонусы жоғарылайды. Тік ішектің зақымдануы дизентерияға тән симптомдармен көрінеді – жалған шақырулар, тенезмдар, дефекацияның жеңілдік әкелмеуі. Айта кететін жайт, дизентериямен ауыратын науқастардың тоқ ішегіне пальпация жасау спазм, дефекацияға шақырылулар тудырады. Кейде бұл диагнозды нақтылауға көмектеседі, дәрігер науқастың нәжісін көріп, бағалауға мүмкіндік алады, locus morbi- in анықтайды.

Жоғарыда жазылған дизентерияның симптомдары – спецификалық шигеллездік токсемияның нәтижесінде болады, сондықтан көп жағдайларда интоксикация синдромының айқындылығы мен диареялық синдромның ауырлығы арасында айқын параллелизм байқалады. Себебі тоқ ішектің дисталды бөлімдерінің қатерлі түзілімдері, тоқ ішектің ауыр ағымды дивертикулиті, спецификалық емес жаралы колит, уремиялық колит кезінде де науқастардың дәреті дизентериямен ауырған науқастардың дәретіне ұқсас болып келеді. Бірақ бұл ауруларда Флекснер шигеллезіндегідей айқын болмайды. Осылайша, амбулаторлық қызмет дәрігері қызбасы бар науқасқа іш пальпациясын жасамай, әдетте грипп диагнозын қояды. Диарея пайда болғанда дәрігер өзінің қойған диагнозын қайта өзгертетін болса, ешқандай зияны болмайды. Дәрігердің «ішектік грипп» жайлы айтып, өз дегенінен қайтпауы анағұрлым жаман. Ішектік грипп деген ауру жоқ. Егер грипп кезінде алғашқы екі күнде, яғни интоксикацияның шыңында күніне 1-2 рет сұйық нәжіс байқалса (1-2 % жағдайларда анықталады, аса ауыр грипп эпидемиялары кезінде, өте сирек әдеттегі, жыл сайынғы болатын эпидемиялар кезінде), бұл интоксикацияға жауап ретінде ішектің гипермоторикасына немесе дәрілік препараттарды қабылдаумен байланысты. Кейде бұл микстинфекцияны көрсетеді, бірақ жиі диагнозды қайта қарауды қажет етеді, ішектік инфекцияның пайдасына шешіледі (вирустық, мысалы, иерсиниоздар, кампилобактериоздар және басқалары.).

Барлық сипаты бойынша шигеллезге ұқсайтын, бірақ жеңілдеу өтетін диарея ішек таяқшасының энтероинвазивті штамдарымен (жиі E.coli – O-124, O-156) шақыралған эшерихиоз кезінде байқалады. Осы екі инфекция арасында клиникалық дифференциалды диагностика жасау мүмкін емес және маңыздылығы жоқ (емі, эпидемиологиясы, эпидемияға қарсы жүргізілетін шаралар толығымен сәйкес келеді). Қорытынды нозологиялық диагноз бактериологиялық және серологиялық зерттеулердің нәтижесімен қойылады [4].

Секреторлы типті жиішке ішектік диареямен жүретін типтік инфекцияның бірі тырысқақ болып табылады. Бұл инфекцияның эндемиялық аймақтардан (Үндістан, Пәкістан, Индонезия), эпидемиялық таралған Африка, Азия елдерінен, Оңтүстік Еуропадан, соның ішінде ТМД елдерінен (Азербайджан, Грузия), Ресейдің оңтүстік аудандарынан (Дағыстан, Шешенстан, Ингушетия, Ростов облысы, Краснодар және т.б.) келуінен болуы мүмкін.

Тырысқақ ауруы тез таралуымен, жедел басталуымен, өте тез (бір сағаттың ішінде немесе минут) клиникалық көрінісінің айқындалуымен, науқастың өміріне қауіп төндіруімен сипатталады. Тырысқақ кезінде энтерит болмайды, басқа ас қорыту ағзаларында да қабыну процесстері болмайды. Тырысқақ вибрионы цАМФ жиналуын шақыратын, ішек қуысына су мен электролиттердің келуін ынталандыратын энтероцит-жасушалардың аденилатциклазаны белсендіретін құрамы күрделі энтеротоксин (холероген) бөліп шығарады. 1 сағат ішінде науқастар 1 л-ден көп сұйықтық жоғалтуы мүмкін, оның әр миллилитрінде 10⁷-10⁸ вибрион болады. Жедел жасушасыртылық изотониялық дегидратация дамиды, оның айқындылығы тырысқақтың ағымының ауырлық критерийі болып табылады. Сусызданудың I дәрежесінде (тырысқақтың жеңіл формасы) науқас дене салмағының 1-3%-ын жоғалтады, II дәрежесінде (орташа ауыр формасы) 4-6%-ын, III дәрежесінде (ауыр формасы) 7-9%-ын, IV дәрежесінде (алгид, гиповолемиялық шок) - 10% және одан көп. Дегидратация мен деминерализация тырысқақтың маңызды клиникалық көріністерін анықтайды – шөлдеу, ауыздың құрғауы, тері тургорының төмендеуі, дауыстың қарлығы, содан соң афония, бұлшықет тонусының жоғарылауы, жеке бұлшықет топтарының тырысулары, цианоз, гипотензия, тахикардия, олигурия. Дене температурасы қалыпты, кейде субфебрильді болады. Қате немесе жеткіліксіз ем-шара қолданған кезде науқастардың есі сақталып тұрып, жағдайы нашарлайды. Дене температурасы 35-34° С-ке дейін төмендейді, тері жабындысы мұздап, жүрек қызметі баяулап, қан тамыр тонусы азайып, еңтігу мен олигоурия күшейеді. Бауыр мен көкбауыр ешқашан ұлғаймайды.

Тырысқақтың басталуы жедел, тіптен кенеттен басталады, әдетте түнгі уақытта немесе таңертең: іште ауру сезімсіз императивті дефекацияға шақырулар, «перистальтикалық мазасыздану» (шұрылдау) болады. Үлкен дәреті көп мөлшерде, нәжістің алғашқы порциялары нәжістік сипатта, құрамында қорытылмаған ас қалдықтары болуы мүмкін, кейін олар сулы, сары, жапалақтарымен болып, артынан ақшылданып, балықтың немесе шикі картоп иісті, күріш қайнатпасы түстес болып өзгереді. Үлкен дәретінің жиілігі әртүрлі, жеңіл формаларында тәулігіне 3-10 рет. Адекватсыз ем жүргізгенде үлкен дәретінің жиілігі артып, қайталамалы көп мөлшерлі сулы құсу пайда болады [5]. Эпидемиялық аурудың жайылуы кезінде тырысқақ диагнозын қою қиын емес. Қиындықтар инфекцияның алғашқы жағдайын диагностика жасағанда туындайды. Эпидемиологиялық шараларды өткізу үшін, алдын алу мақсатында

біздің елімізде диарея синдромымен келген науқастарды тырысқаққа тексеру жүргізу қабылданған (нәжісті бактериологиялық себіндіге алу 30 форма)

Сальмонеллездің гастроинтестинальді формасының көрінісі тырысқақтың жеңіл және ауыр дәрежесінің көрінісіне ұқсас. Бұл жағдайда диарея жіңішкеішектік тип және секреторлық сипатқа ие. Нәжіс көп мөлшерде, қорытылмаған ас қалдықтарымен, кейде көпіршікті болады. Шығарылымдар әдетте қоңыр (нәжістік) түсте болады, бірақ кей жағдайда жасыл, «шалшық» түстен күңгірт жасыл түске дейін немесе сары, тырысқақтық «күріш қайнатпасы» тәрізді де болуы мүмкін. Нәжіс шығару жиілігі көп жағдайда 10 реттен аспайды, әдетте жедел дегидратация мен деминерализацияға алып келетін үлкен мөлшерде 3-5-7 дефекация болады [6].

Сальмонеллез ағымының тырысқақтан ең негізгі айырмашылығы (эпидемиологиялық жағдайдан басқа) сальмонеллез кезінде дене температурасының қатты көтерілуі (кейде гиперпиретикалыққа дейін), бауыр мен көкбауырдың ұлғаюы болып табылады. Сальмонеллез кезінде абдоминальді ауыру сезімі болуы мүмкін, ауыру сезімі әлсіз, тұйық, тырысулық, кіндік айналасында орналасады, кейде илеоцекальді аймақта, бірақ ішекті босатқан соң қайтатын болады [7]. Ересектерде аз кездесетін ішек таяқшасының энтеротоксигенді штамдарымен шақырылатын эшерихиозбен ұқсас клиникалық көрініс береді. «Саяхатшылар диареясының» этиопатогенетикалық негізі дәл осы эшерихиоздар екенін есте сақтаған жөн.

Зонне жедел дизентериясының дебюті кезінде жіңішкеішектік диареялық синдром дамуы мүмкін және бұл сальмонеллез бен дизентерияны ауыр немесе қиын жағдайлардан айырады [8]. Сальмонеллездің клиникалық айқын колитпен көрінетін түрі кездеседі. Жалпы тәжірибелік дәрігер науқасқа білікті көмек көрсету мен қажетті эпидемияға қарсы шараларды жүргізу үшін диареяның типін анықтап және бактериологиялық және серологиялық зерттеулер тағайындап, нозологиялық диагнозға қадам жасауы керек.

Лямблиоз протозойлық инфекциялардың арасында диареяның жіңішкеішектік түрінің типтік мысалы болып табылады. Оның анықталуы кездесуінен аз. Халықтың 10% -дан кем емес бөлігі лямблиозден зардап шегетін көрінеді. Профузды сулы диарея бұл жағдайда кездеспейді, әдетте күн бойы қайталамалы, қорытылмаған ас қалдықтарымен, кейде көбікті полифекалия болады. Этиологиялық диагноз қою үшін міндетті түрде қоздырғышты іздеу керек. Лямблиозды шетел ғалымдары «Саяхатшылар диареясының» себептерінің бірі ретінде қарайды, криптоспорициоз сияқты. Споралылар класына жататын криптоспоридий энтерциттердің микробұрларын зақымдап, мальабсорбция мен мальдигестия синдромдарына (осмотикалық диарея) алып келеді. Осындай диареялардан соң гиперсекреторлық компонент пайда болады. Криптоспорициозбен ауыратын науқастардың нәжісі көп мөлшерлі, сулы, кейбір жағдайда ғана күніне 10 реттен көп шығырсыз және қансыз дефекация болуы мүмкін. Кіндік айналасында аздаған ауыру сезімі болуы мүмкін. Диарея қызбамен, қалтыраумен, жүрек айну, құсу, анорексия, әлсіздікпен жүреді. Диагноз қоюда осы инфекциямен аурушылдық профессионалық сипатқа ие, онымен көбінесе ветеринарлар, ферма, ет комбинаты қызметкерлері ауырады. Криптоспорициоз ауыр өтетін иммунокомпетирленгендердің санының көбеюімен инфекцияның актуальдылығы артуда. Басқа протозооз-амебиоз, тоқішектік, экссудативті ішетумен көрінеді. Аурудың бастапқы күндерінде нәжіс көпмөлшерлі, күніне 5 реттен болуы мүмкін, жіңішке ішектің зақымдалуына тән емес нәжістің мөлдір шырышпен аралас болуын көруге болады. Ары қарай дефекация жиілігі күніне 10-20 ретке дейін көбейіп, нәжістік сипатын жоғалтады, шырыш айналарда, қан араласып таңқурай желесіне ұқсас түрге ие болады. Аурудың жедел кезеңінде науқастарды іш айналасындағы тұрақты, толғақтәрізді ауыру сезімі, кейде тенезмдер мазалайды. Арнайы ем шаралардың көмегінің процесстің үдеуі кезінде ауыру сезімі басылады. Осы күндері амебиоз - экзотикалық инфекция, сондықтан оны тропикалық және субтропикалық белдеулерде, орталық Азия, Закавказьеде болып қайтқан науқастардан күтуге болады.

Соңғы он жылдықта балаларда және ересектерде қыс-көктем маусымында жедел ішек инфекциясын шақыратын вирустық агенттердің тобы айқындалды. Оларға ротавирус жатады. Ротавирустық инфекциямен ауыратын ересектердің 85 %-ға жуығында ауыр және орташа ауырлықтағы формада өтеді. 7%-ында айқын емес жіңішке ішектік диареялық синдромымен қоса іште қатты ауыру сезімі болады, ол «жедел іш»-ке күдік тудырып, дәлелсіз операция жасалуымен аяқталады. Диарея синдромы басқа да инфекциялар кезінде кездеседі, оларды клиникалық ажырату үшін симптомдар жиынтығы көмектеседі, ал верификация дұрыс, ерте жүргізілген бактериологиялық (вирусологиялық, паразитарлық) зерттеулерді талап етеді.

Жалпы тәжірибелік дәрігердің диарея анықталған науқаспен жүргізетін ең бірінші және ең басты міндеті – ішек инфекциясын анықтау, госпитализация немесе үй жағдайында тексеріліп, емделу қажеттілігін анықтау болып табылады. Айта кететін бір жайт, секреторлық диарея көп жағдайда инфекцияның үлесіне шешіледі және интенсивті регидратация және реминерализация жүргізу үшін науқасқа стационарға жолдама беріледі.

Жұқпалы аурулар кезіндегі диареялардың дифференциальді диагностикасы.

Вирусты гепатит пен жедел гастроэнтероколиттің дифференциальді диагностикасы. Соңғысының вирусты гепатиттен айырмашылығы жағымсыз тағамды қабылдаған соң қысқа уақыт аралығында жедел басталуы, жиі нақты локализациясыз іштегі қарқынды ауру сезімі, бірнеше рет құсу мен патологиялық қоспалармен іш өтумен және сусызданудың тез дамуымен, индикаторлы ферменттердің өзгермеуі және қан мен нәжісті бактериологиялық зерттеудің оң нәтижесі, сонымен қатар, аурудың этиологиясы бактериологиялық екендігін нақтылайтын серологиялық дәлелдер болуымен бірге жүреді.

Келесі диагностикалық қателіктердің мысалы, дәрігерлердің осы айырмашылықтарды әрдайым есте ұстамайтындығын көрсетеді.

Науқас А., 30 жаста, кәсіпкер, жалпы тәжірибелік дәрігерге ауруының бірінші күні төс астындағы аймағында әлсіз ауру сезіміне, қайталама құсуға, метеоризм, бір реттік сұйық нәжіске шағымданған, дәрігер соның негізінде «тағамдық токсикоинфекция» диагнозы қойылып диеталық режим бойынша кеңестер беріліп, асқазанды жуу тағайындалған. 3 күн аралығында науқастың жағдайы нашарлаған, әлсіздік артып, жүрек айну пайда болған, төбетінің айқын төмендеуі байқалған, нәжістің болмауын дәрігерге төртінші күні ғана айтқан, ал зәрінің күңгірттенуін диетасын өзгертумен байланыстырады. Науқастың шағымдары тағамдық токсикоинфекцияның нәтижесі деп бағаланып, қайта емдәм тағайындалды. Ары қарай науқас өзінің жұмысқа қабілеттілігінің төмендеуін, қайталанатын бас ауруы мен бас айналуын байқаған; аурудың 9-шы күні нәжістің түссізденуін науқас сүт-өсімдікті

диетамен байланыстырды. Жағдайының нашарлағанына қарамастан, жұмыс жасауды жалғастырған. Аурудың 11-күнінде науқастың жұбайы көзінің шырышты қабатының сарғыштануын байқаған, ал 12-күні тері жабындылары да сарғыштанған. Тек осыдан соң ғана вирусты гепатит диагнозын қойылған және науқас жұқпалы аурулар ауруханасына жатқызылған. Қабылдау бөлімшесінде айтылған нәрселерге қоса науқастың бірге тұратын бауыры 3 апта бұрын вирусты гепатит диагнозымен ауруханаға жатқызылғандығы анықталды. Қарап тексеруде орташа интоксикация белгілері, жабындылардың орташа сарғыштығы, брадикардия мен артериалды гипотония, бауырдың ұлғайғандығы, ауру сезімді жиегі қабырға доғасынан 4 см төмен пальпацияланған. Қанның лабораторлы тексерісінде: жалпы билирубин 85,5 мкмоль/л; АЛТ активтілігі 24,8 БЕ/л; сулемалық титр 1,6 мл; $л.4 \cdot 10^9$ /л; н.50%; лимф.41%; ЭТЖ 2мм/сағ. Несептегі уробилин +++, және өт пигменттері ++. Диагноз: вирусты гепатит А, сарғаю мен өтетін түрі, орташа ауырлықта.

Науқас А. да байқалған 3-4 күндері айқын көрінген аурудың клиникалық белгілері дер кезінде көп жағдайда тәжірибеде кездесетіндей вирусты гепатит пен гастроэнтероколитті дифференциальді диагностикалауды шын мәнінде қажет етті. Бұл жағдайда біз вирусты гепатитті ерте диагностика жасалмаудың өкінішке орай ең жиі кездесетін себебі-дәрігердің осы инфекцияға қатысты сақтық танытауымен кездесіп отырмыз. Соның салдарынан науқасты амбулаторлы тексерген кезде біріншіден, эпидемиологиялық анамнез анықталмады, жалпы тәжірибелік дәрігер ретінде үйдегі болған вирусты гепатит жағдайын есте сақтауға және науқаста дәл осы ауруды анықтау (не жоққа шығару) мақсатында оны тексеруі қажет еді. Екіншіден, дәрігер науқастың шағымдарын тыңдаумен шектелді, ауруға тән 4-күні белгілі болған уробилинурия мен гепатомегалия сияқты нақты белгілерді анықтамады. Үшіншіден, жоғары сезімталды және салыстырмалы түрде қарапайым лабораторлы тесттер жүргізілмеді: вирусты гепатиттің инкубациялық кезеңінің соңында немесе продромальді кезеңінің алғашқы күндері өзгеріске ұшырайтын АЛТ белсенділігі, зәрдегі уробилин құрамы.

Жедел дизентерияның атипті түрлерінің болуы оны асқазан ішек жолдарының басқа инфекциялық ауруларымен дифференциальді диагностикасын қиындатады. Атипті форманың пайда болуының негізгі себептерінің ішінде атап айтатындар қоздырғыштың биологиялық қасиеттерінің өзгеруі, преморбидті фон ауруының берілу факторлары мен жолдарының ерекшеліктері, табиғи тосқаулар мен ішектің эпителиальді жасушаларының жағдайы және ағзаның жалпы реактивтілігі. Дизентерияның қате диагноздар құрылымында басқа жедел ішек ауруларының алдыңғы қатарында сальмонеллез тұр. Осыған ұқсас жағдайлар көп кездесуі мүмкін еді, бірақ емхана дәрігерлері өздерінің диагноз қоюдағы қиыншылығын жасырып, бейтарап және қолайлы синдромальді «жедел (гастро) энтероколит» диагнозын қолданады, ол жайлы белгілі отандық жұқпалы аурулар маманы А.Ф.Билибин арамшөп-диагноз деп әділ айтқан болатын. Оны қолдана отырып, дәрігерлер өзін нозологиялық диагноз қоюдан босатады.

Көп жағдайларда, дәрігерлер инфекцияның диагностикасына нозологиялық тараптан келсе, олар этиологиялық диагнозды ауруханаға дейінгі кезеңде анықтай алады. Бірақ бірқатар жағдайларда дизентерия мен сальмонеллездің клиникалық диагностикасы қиынға соғады, және қорытынды диагноз науқасты бактериологиялық және серологиялық тексерген соң қойылады. Мысал ретінде ауру тарихынан шығару жайлы құжаттар келтірілген.

Науқас С., 21 жаста, студент, 07.05.2014ж. кешке жедел ауырған. Тұшпара жегеннен соң, 12 сағаттан кейін, жүрек айну мен қайталама құсу пайда болған. Тәбеті болмаған, аузының құрғауы мен бас ауруы мазалаған. Үш сағаттан соң іштегі жайылған ауру сезімінің қысқа уақытты, қарқынды, бұрап, кейде толғақ тәрізді ауру сезімдері пайда болған. 07.05 нен 08.05 қараған түні ауру сезімі эпигастральді және кіндік айналасында орналасқан. Ауру сезімімен бірге ботқа тәрізді, сосын сұйық, көп мөлшерде, қорытылмаған аспен, көп мөлшердегі газбен, жағымсыз иісті, шырыш жабындысымен және әлсіз қан қоспаларымен нәжіс аурудың алғашқы 4 тәулігінде пайда болды. Дене температурасын алғаш рет 08.05.2014ж. өлшеді-38,2С.

08.05 және 09.05 науқастың жағдайы жақсармады: тәбеті жоғалған, әлсіздік ары қарай мазалаған, ауыздың құрғауы, бас ауруы, аздаған қалтырау, таңертең - құсу 1-2 рет, іштегі ауру сезімі бұрынғыдай, бірақ сәл басылған, үлкен дәреті - тәулігіне үш-төрт рет, дене температурасы 37,6-37,8 С.

10.05 дәрігерге қаралған, ол науқастың жатақханада бір бөлмеде тұратын көршісімен бірге тамақтанатындығын және 7.05 көршісі де әлсіздік, жүрек айну, қалтырау, бас ауруына шағымданғандығын білді. Науқас С. «Жедел дизентерия» диагнозымен жұқпалы аурулар ауруханасына жатқызылды.

Қабылдау бөлімінде қарап тексеруде науқастың дене температурасы 37,5С, науқастың жағдайы - орташа ауырлықта. Тері және шырышты қабаттары қалыпты түсте, ылғалды, жұтқыншағы таза. Тілі көбіне түбірінде жабындымен жабылған, құрғақтау. Іші жұмсақ, мезогастррий аймағында ауру сезімді, тоқ ішек бойымен сезімтал. Науқаста бауыр мен көк бауырдың ұлғаюы байқалады. «Жедел дизентерия» диагнозымен мамандандырылған бөлімшеге жатқызылды. 10.05 жалпы қан анализінде: $л-7,2 \times 10^9$ /л; э-0%; т-3%; с-68%; лимф-24%; мон-5%; ЭТЖ-14мм/сағ. Несеп анализі патологиясыз. Копрограммада: шырыш, шырышта жиналған лейкоциттер, эритроциттер көру алаңында, лейкоциттер 5-15. 10.05, 11.05 және 17.05 күндері нәжіс себіндісінде S.enteritidis анықталған. Дизентериялық топ микробтарына қайтадан себінділер теріске шықты.

Бұл сальмонеллездің колиттік синдромымен жүретін гастроинтестинальді формасының бақылау мысалы.

Науқас С. дағы аурудың клиникалық көрінісін ретроспективті бағалауда айқын интоксикация бола тұра нәжістің салыстырмалы түрде жиілігі аз болуы (тәулігіне 4 ретке дейін), және де аш ішектің зақымдануын көрсететін оның сипаты (көп мөлшерде, көпіршікті, жағымсыз иісті, көп мөлшерде газбен) назарды аудартады. Мұның барлығы сальмонеллезге көбірек тән. Алайда, дизентерия мен сальмонеллездің дифференциальді диагностикасын науқаста осы симптомдармен негіздеу мүмкін емес еді, себебі сол не басқа клиникалық көріністер дизентериясы бар науқастарда, әсіресе тағамдық токсикоинфекциясына ұқсас түрінде кездеседі. Бұл зерттеуде көкбауыр мен сезімтал бауырдың ұлғаюына маңызды мән берілмеген. Гепато- және спленомегалия дизентерияға мүлдем тән емес және бұл инфекцияда кездеспейді деп айтуға болады.

Керісінше, сальмонеллез кезінде патологиялық үрдіске бұл ағзалардың қатысуы патогенетикалық негізделген, экспериментальді тәжірибеде дәлелденген және клиникада сирек болып табылмайды. Сальмонеллездің гастроинтестинальді формасында пальпация кезінде бауырдың сезімталдығы мен аздаған үлкеюі науқастардың

жартысынан көбінде кездеседі [9]. Көкбауырдың үлкеюі сирек кездеседі, бірақ сальмонеллездің дизентериядан және басқа жедел ішек инфекциясымен дифференциалды диагностика жасауда маңызды орын алады.

Айтылғандар бұрыннан және жақсы белгілі, бірақ тәжірибеде дәрігерлермен лайықты түрде қолданылмайды. Мысалы, жедел ішек инфекциясы бар науқастардың басым көпшілігінде госпитализацияға жолдамаларында бауыр мен көкбауыр пальпациясы нәтижесінің болмауы дәлелдейді.

Жедел ішек инфекциясы тобынан дизентерияны дұрыс анықтамаудан басқа, дизентерия мен басқа жұқпалы аурулардың дифференциалды диагностикасын жүргізуде қиындықтар қателікке алып келеді. Шигеллез кезінде интоксикация синдромы айқын немесе аздаған дәрежеде үнемі кездеседі. Көп жағдайда бұл ауру интоксикацияның пайда болуымен басталады, соған қарамастан ішектің зақымдалуы белгісі бірнеше сағаттан соң көрінеді. Егер науқас осы кезеңде дәрігерге қаралса, онда диагностикалық қателік жіберу қаупі жоғары болуы мүмкін.

Науқас М., 39 жаста, мұғалім, 13.01.14 жылы жедел ауырды. Қатты қалтырау, дене температурасы 39,8 С көтерілуі, әлсіреу, бас айналу, жүрек айну, лоқсу байқалды. Сол күні кешке қарай учаскілік дәрігер шақырылды, тұмау диагнозын қойды және еңбекке жарамсыздық парағы берілді. 13.01 ден 14.01-не қараған түні 17 жастағы, аспаздық училищеде оқитын науқастың қызы – К ауырды. Оның ауру ағымы анасының ауырғаны секілді басталды. 04.01. күні таңертең, яғни ауру басталғаннан 12 сағаттан кейін қызына шақырылған дәрігердің келуіне дейін, М. да іштің қатты ауру сезімі, қайталамалы шырышты сұйық нәжіс пайда болды, бірақ науқас бұл жаңа симптомдарды дәрігерге хабарламады және дәрігердің қарауы болмады. Қызына тұмау диагнозы қойылды, соған сәйкес ем тағайындалды. Ауру басталғаннан 10 сағаттан кейін науқас М. да ішінің толғақ тәрізді ауруы және ішектің зақымдалуының толық симптомокомплексі пайда болды. Алдағы инфекцияның ағымы екі науқаста да ауыр және жоғары дәрежелі көрінді. Бір тәуліктен соң қайта шақырылған дәрігер ішек симптомын дұрыс анықтап, анасы мен қызын жұқпалы аурулар ауруханасына жедел дизентерия диагнозымен жатқызылды.

Көрсетілген екі жағдай жайлы қысқа ақпаратта дизентерия өздігінен көрінбеген, аурудың клиникалық көрінісін бірнеше сағатта анықтайтын жедел шигеллездің айқын интоксикация белгілерімен басталуының мүмкін болатындығына мысал ретінде көрсетілген.

Көрсетілген бақылауда дұрыс диагноз қоюда анамнездегі маңызды ақпарат екі науқастың да аурудан алдын көп мөлшерде арахис жегендері және жемеген отбасы мүшесінің ауырмағаны. Әрине, олар шешімді диагностикалық маңыздылық болмағанымен, дәрігер науқастарды алғашқы қарауда ішек пальпациясын жүргізу міндетті еді. Сол уақыттың ішінде тоқ ішектегі дизентерияға сәйкес өзгерістерді: тығыздалу, қимылдың шектелуі және сигма тәрізді немесе ішектің басқа бөліктеріндегі ауру сезімі, іштегі шұрыл және т.б. анықтауға болатын еді. Кейде іш пальпациясы науқастарда дефекация шақыратынын диагностикалық маңызды белгі екенін жоғарыда айтқан болатынбыз. Нәжістің пайда болуы диагностикалық қиындықты толықтай жояды.

Біздің тәжірибеде дизентерия бет пердесімен жүретін туберкулездің ішектік түрімен ауыратын науқастарда дизентерияның қате клиникалық диагностикасы болуы мүмкіндігін куәландыратын жағдай болды. Бұл сияқты қателіктердің қаупі сирек кездесетін, табиғаты туберкулездік үрдіс болатын оң жақтық жергілікті немесе тотальді колит кезінде жоғарылайды. Туберкулезді үрдіс жиі илеоцекальді бөлімде орналасады (85-95% жағдайда) және нәжістің айтарлықтай жиілеуі және нәжіс массасындағы (ботқа тәрізді және сұйық) ішек зақымдалуының жаралы формасы жағдайында үнемі шырыш, ірің, қан табылуы мүмкін. Интоксикация синдромы мен абдоминальді ауру сезімі бірге көрінсе, мұндай науқастарды инфекцияны стационарға дизентериямен жатқызуға алып келеді.

Бұл тәрізді жағдайлар сирек болуына қарамастан, туберкулезбен аурушандықтың әсіресе соңғы жылдары елімізде әлеуметтік жағдайы төмен адамдарда едәуір көбеюін назарға ала отырып, бір науқасымыздың ауру тарихынан шығарылу туралы қағазын келтіруді жөн санаймыз.

Науқас Р., 46 жаста, көпжылдық қиын өтетін іш қатудан соң нәжістік массада шырыш және қанмен араласқан көп реттік іш өту дамыды. Жағдайы нашарлады, әлсіздік дамыды, дене температурасы біртіндеп 38,5 С дейін жоғарылады. Стационарда дизентерия диагнозы клиникалық және ректоромоноскопиялық тексеруді және бактериологиялық, серологиялық, аллергиялық мәліметтердің теріс болуын есепке алына отырып тез әрі оңай теріске шығарылды. Науқастың анамнезінен балалық шағында өкпе туберкулезін басынан өткергендігі және диспансерлік бақылауда тұратындығы белгілі болды. Стационарда болған кезеңде өкпедегі туберкулезді процесстің нашарлауы анықталмады. Науқас Р-ға ішек ауруының диагностикасы жоққа шығару әдісімен жүргізілді және диагностикалық қиындықтар ұзақ уақыт шешімі жоқ болып көрінді.

Соңында, іштің терең пальпациясын мұқият жасауда мезентериялды лимфатикалық түйіндердегі ауыру сезімді ұлғаю тізбегі анықталды. Науқас арнайы стационарға ауыстырылды, ол жерде диагнозы дәлелденді.

Ішек туберкулезі кезінде мезадениттің әрқашан анықталмайтындығына көңіл аудару қажет, бұл жағдай дәрігердің диагностикалық сәттілігі. Жалпы алғанда өкпе немесе басқа ағзалардың анамнестикалық туберкулезді үрдісі бар науқаста белгісіз және ұзақ уақыттық ішектің зақымдануының себебі туберкулез болуы мүмкін деп айтуға болады.

Осылайша, диареялық синдром - салыстырмалы диагностиканы ауруханаға дейінгі кезеңде де, стационар жағдайында да қажет ететін көптеген аурулар қатарының жиі көрінісі. Диареялық синдромы бар науқастар жиі шұғыл көмекті қажет етеді. Науқастарды мамандандырылған ауруханаға өз уақытында жатқызуға, оларға дер кезінде көмек қорсетпеу, дұрыс ем тағайындамау және науқасты бір ауруханадан басқа мекемеге артығымен тасымалдау қолайсыз жағдайларға әкеп соғуы мүмкін.

ӘДИБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Шувалова Е. П., Змушко Е.И. Синдромная диагностика инфекционных заболеваний. – СПб.: Питер, 2001.–157 б.
- 2 Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний: руководство для врачей. – М.: 1999. – 482 б.
- 3 Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., О.А., Склянская. Синдром диареи. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2008. – 348 с.
- 4 Васильев В.С., Комар В.И., Цыркунов В.М. Практика инфекциониста. – М.: Выш.шк., 1994. – 495 б.
- 5 Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. – М.: 1999. – Т. 1,2.. – 178 с.
- 6 Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2005. - 656 б.,
- 7 Шувалова Е. П., Белозеров Е.С., Беляева Т.В. Инфекционные болезни: Учебник. – Ростов на Дону: 2001. – 259 с.
- 8 Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник.- 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР – Мед, 2004. – 816 б.
- 9 Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение. – М.: Медицина, 2001. – 304 б.

**А.М. САДЫКОВА, А.А. КАКЫШЕВА, Ж.Н. КАРАЧАЧЕВА,
М.Р. МҰСАНОВА, Б.Ж. ЖУНИСОВ, О.Б. ЗАРИПОВ**

*Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова
г.Алматы, Казахстан*

ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Резюме: В данной статье рассмотрены проблемы диарейного синдрома, дифференциальная диагностика которой становится главной проблемой для врача общей практики. Проанализированы современные взгляды на природу происхождения диарей, также приводятся примеры из историй болезни пациентов.

Под диареей понимают учащенную дефекацию, при которой испражнения имеют жидкую консистенцию. При этом диарея может быть обусловлена многими причинами как инфекционного, так и неинфекционного характера. Ранняя диагностика определяет необходимый объем неотложной помощи и дальнейшую тактику лечения.

Многообразие причин диареи и большой удельный вес среди них микробных агентов определяют практическое значение дифференциальной диагностики, прежде всего инфекционных диарей.

Ключевые слова: диарейный синдром, диагностика, дифференциальная диагностика.

A.M. SADYKOVA, A.A. KAKYSHEVA, J.N. KARACHACHEVA, M.R. MUSANOVA, B.J. ZHUNISOV, O.B. ZARIPOV

*Kazakh national medical university named after S.D.Asfendiarov
Almaty city, Kazakhstan*

DIAREYRY SUNDROM IN INFECTIONS DISEASES AND THEIR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Resume: This article discusses the problem of diarrheal syndrome, differential diagnosis which becomes the main problem of a general practitioner. We analyzed the current views on the nature of the origin of diarrhea, as examples of patient records.

By diarrhea realize quickening of defecation, in wich bowel movements core licuid consistency. With diarrhea can be caused can by many reasons such as infectious and non – infectious. Early diagnosis determines the required volume of the emergency and subsequent treatment strategy.

The variety of causes of diarrhea, and a large proportion of them microbial agents determine the practical value of the differential diarrhea in the first place.

Keywords: diarrheal syndrome, diagnostics, differential diagnosis.