

Кафедра: Инфекционные
болезни

Тема: Диарея

Выполнила: Кошан К.А.

Проверила: Сарыбекова Л.Л.

Группа: 612 ВОП

Диарея

Диарея

инфекционная

бактериальная

Вирусная

Протозойная

Грибковая

Неинфекционная

СД Мальабсорбции

СД воспаленного кишечника

Сд раздраженного
кишечника

Другие причины

Не инфекционная диарея

Статистика

- СД РК - 3-22%, 50% всех направлений к гастроэнтерологу
- Целиакия 1:120-300 (в Европе и Сев. Америке)
- Б-нь Крона 90: 100,000
- НЯК 200: 100,000

СД раздраженного кишечника

- У 1/2 пациентов- симптомы развиваются до 35 лет
- У 40% - после 35 лет
- 70% -женщины
- У 26% детей с повторными болями в животе был диагностирован СДРК
- У женщин с гистероэктомией СДРК в 2 раза чаще.

Симптомы и признаки

Наиболее частые

- Изменение характера стула
- Изменение частоты дефекации
- Боль в животе, которая проходит после дефекации

Симптомы и признаки

Другие симптомы:

- Вздутие живота
- Слизь в кале
- Императивные позывы
- Чувство неполного опорожнения.

Типы СДРК



Факторы, сочетанные с СДРК

- Аллергия (низкий процент –атопические явления и дефицит лактазы, непереносимость пищи)
- Клетчатка (нехватка клетчатки)
- Перистальтика кишечника (нарушена перистальтика)
- Иннервация кишечника (гиперреакция на стимулы-повышенная перистальтика, увеличение порога боли)
- Психические (физические и психические стрессы, алкоголизм)
- Другие (СД хронической усталости, СД височно-нижнечелюстного сустава)

Диагностика

по крайней мере 2 из следующих симптомов,
длительностью

По крайней мере 12 недель (не обязательно
последовательных)

- Боль в животе или дискомфорт, которые:

- Проходят после дефекации
- сочетанные с изменениями частоты стула
- Сочетанные с изменениями характера стула

Дополнительные симптомы

- дефекация реже 3 раз/нед
- дефекация чаще 3 раз/день
- Плотный/овечий кал
- Водянистый стул
- Чувство растяжения кишечника
- Слизь в стуле
- Чувство переполнения/распирания

Лабораторные исследования

- ОАК (для исключения СДВК, опухолей, метаболических изменений)
- СОЭ
- Кал на скрытое кровотечение
- Кал на я\г
- Функция ЩЖ

Тактика

- 
- Установить диагноз
 - Объяснить больному
 - Убедить, в том, что болезнь – функционального характера
 - Диета
 - Регулярное наблюдение
 - Избегать большого количества тестов
 - Низкие дозы антидепрессантов
 - Лечить депрессию
 - Лечить тревогу
 - Лечить боль

**В случае
сложных
ситуаций:
Специалист и/или
Консультант**

Лечение

Запор	Слабительные, лактулоза
Диарея	Лоперамид , холестирамин
Вздутие	Активированный уголь
Газы	Овощная диета
Боль после еды	Но-шпа
Хроническая боль	Антидепрессанты

СД Мальабсорбции

- Стеаторея (зловонный, жирный стул с повышенной экскрецией жира)
- Хроническая водянистая диарея
- Увеличение газообразования
- Похудание, признаки авитаминоза (анемия, быстрое образование синяков, судороги, остеопороз)

СД мальабсорбции



СИМПТОМЫ

У детей

Возникают после отнятия от груди, наиболее часто встречаются от 9 мес. до 3 лет

- Отставание в развитии
- диарея
- раздражительность
- анорексия
- периодически генерализованные отеки

У взрослых

Симптомы менее острые. Пик - 3 десятков жизни и меньший пик на 5-6 десятке

- 80-90%- общая усталость
- 75-80% -Диарея
- 85% -дефицит железа и фолатов
- 15-30% -дефицит витамина Д
- 10% - дефицит витамина К

Целиакия

Глютенсодержащие продукты:

- Пшеница
- Рожь
- Овес
- ячмень

Диета при целиакии

- Кукурузный или рисовый хлеб, макароны и печенье из кукурузы
- продукты, богатые железом, витамином Д и кальцием

Диета

Дополнительные добавки :

- Железо
- Фолиевая кислота
- Кальций (витамин Д)
- Витамин В12

Повторный осмотр, визиты

- Всем пациентам нужно дать письменные инструкции о диете на протяжении всей жизни.
- У пациентов с хорошим эффектом от аглютеновой диеты – каждые 6-12 мес для оценки симптоматики, статуса питания и согласия продолжать диету , анализов крови
- Важно осматривать пациентов в их стрессовых ситуациях (особенно во время беременности)
- ВОП должен знать о возможных осложнениях и направлять к специалисту при необходимости

Что делать если эффект от диеты слабый

1. Убедиться, что пациент соблюдает диету (или хочет ее соблюдать)
2. Подтверждение диагноза (институт гастроэнтерологии)
3. Исключить другие заболевания

Осложнения от целиакии

- Герпетиформный дерматит
- Озлокачествление (лимфома, аденокарцинома тонкого кишечника)
- Язвенный еюно-илеит
- Риск СД 2 типа
- Остеопороз в будущем.

НЯК

- Следует заподозрить у больного НЯК, если кровянистая диарея продолжается более 7 дней
- НЯК является идиопатическим рецидивирующим воспалительным заболеванием толстого кишечника с обязательным вовлечением прямой кишки. Вне тропиков – НЯК наиболее частая причина кровянистой диареи

СИМПТОМЫ

- Если кровь и слизь смешаны с оформленными каловыми массами – в процесс вовлечена только прямая кишка; если у больного сопутствующая диарея- следует подозревать, что процесс более обширный.

Симптомы острого воспаления

- >12 дефекаций/сут
- Вздутие живота
- Pyoderma gangrenosum
- Лихорадка, артрит, ирит
- Анемия
- Erythema nodosum

Другие признаки

- Лихорадка
- Афтозные язвы
- Императивные позывы на стул с недержанием
- Боль в животе
- Похудание
- Запоры

5-дневный режим (для выраженного заболевания)

- Необходимо проконсультироваться со специалистами (гастроэнтерологом и хирургом).
- Ничего не давать через рот. В\в катетер (1 л 0.9% NaCl + 2 л декстрозы-NaCl/24часа, + 20mmol K+/л—меньше у стариков). Следить за пульсом и АД
- Два раза в день осмотр пациента. Регистрация частоты стула & характер
- 1 раз в день: ОАК, мочевины и электролиты, измерять объем живота
- Гидрокортизон 100мг/6ч в\в + две 125мг клизмы с гидрокортизоном ацетатом в сутки (~50% всасывание). В зависимости от эффекта дозу снизить через неделю
- При необходимости –парентеральное питание. Витамины в\м.
- Показания для колэктомии: ухудшение колита спустя 5 дней; 'токсическая' дилатация кишечника (megacolon); перфорация. 'токсическая' означает, что пациенту становится все хуже . Общая смертность после операции: 2–7%.
- В менее серьезных случаях ГКС можно давать внутрь или ректально.
- Следует избегать назначения антидиарейных ЛС –они могут усилить дилатацию кишечника

Поддерживающая терапия в периоды ремиссии

- Сульфасалазин-это комбинация сульфапиридина (несущий агент) и 5 АСК (активный агент) 1г/12ч внутрь снижает частоту обострений на 65%. ПЭ: сыпь, бесплодие. Мезалазин (только 5АСК) 400–800мг/8ч внутрь такой же эффективный , но меньше поб.эфффектов
- длит.прием , например 6 мес. азатиоприна может снизить необходимость в ГКС. Мониторировать ОАК
-

Плохой прогноз

- Сразу выраженное активное начало ;
распространенный процесс

Поражение других органов и систем

- сакроилеит,
- анкилозирующий спондилит,
- холангит,
- гепатит,
- амилоидоз
- карцинома толстого кишечника (риск зависит от длительности НЯК и его распространенности; общий риск 11% спустя 26лет).

- **Данные колоноскопии позволяют выявить рак у ~1 в 400 случаев : поэтому** рекомендуется проводить однократную колоноскопию спустя ~8лет после начала заболевания и повторять только если симптомы того требуют
- **Операция** проктоколэктомия и илеостома или илеоанальный анастомоз
Питание Такое же как и при болезни Крона (см. ниже).

Болезнь Крона

- Это хроническое воспалительное заболевание поражает любые отделы кишечника, особенно терминальный отдел подвзд. кишки, толстый кишечник и прямую кишку, с изъязвлением, образованием фистул и гранулем. Воспаление носит фокальный характер с микро-эрозиями, язвами, свищами, лимфоидной агрегацией и нейтрофильной инфильтрацией. В отличие от НЯК, поражается вся толща кишки.

-

Клинические признаки

- лихорадка
- диарея
- сжимающие боли в животе
- подострая обструкция кишечника
- похудание и задержка роста у детей.

Вовлечение прямой кишки и ректальные кровотечения встречаются реже, чем при НЯК, в то время как лихорадка и боль –чаще .

Клинические признаки

- Характерны анальные и перианальные повреждения, абсцессы и свищи.
- Гранулема может встречаться на коже, надгортаннике, во рту, голосовых связках, печени, брыжейке, брюш.полости, в костях, почках, мышцах .

В 80% случаев можно дифференцировать б-нь Крона от НЯК

Озлокачествление

- **Предрасполагающие факторы риска рака тонкой и толстой кишки:**
 - Продолжительное заболевание (15–20 лет);
 - хроническая обструкция ЖКТ;
 - слепая петля (после операции).
 - Может также развиваться лимфома толстой кишки.

Контрастирование с барием

- Обнаруживают стриктуры, язвы по типу «шипы розы» , изменение слизистой по типу «булыжной мостовой»
- Всегда необходимо искать сочетанную карциному

Лечение.

- Преднизолон улучшает симптоматику, но нет доказательств, что улучшает течение. Приемлемая стартовая доза для контроля 20–30мг/сут РО. Поражение прям.кишки можно лечить гидрокортизоном(клизма), 1 (125mg)/12–24ч PR, в теч. 1–2 нед, и затем в через день
- метронидазол 400мг/12ч РО м.б. эффективным при перианальных язвах, свищах, но курс лечения д.б. не более 3 мес, из-за риска нейропатии

- Азатиоприн (2мг/кг/сут РО) позволяет отменить стероиды у больных с хрон. заболеванием (ПЭ: супрессия костного мозга).
- Сульфасалазин Сульфасалазин можно попытаться использовать , но малоэффективен как для лечения так и для лечения в ремиссию . Если нарушение всасывания билирубина вызывает диарею, можно использовать Холестирамин 4-8г/8ч РО.
- Если появились симптомы обструкции следует прекратить антидиарейные ЛС. Если заболевание сохраняет активность, несмотря на ваши усилия, отправьте больного к специалисту
- **Не следует назначать лечения с целью оттянуть оперативное лечение (например, по поводу обструкции, свищей, абсцессов)**

Беременность

- Допускается прием стероидов и мезалазина.
- Следует избегать метронидазола и азатиоприна

Питание

- Имеется непереносимость пищи (например, каши, молоко, дрожжевых продуктов), и специальная диета, может быть такой же эффективной как и преднизолон в активную стадию. Постепенное добавление продуктов позволяет сохранить улучшение. Если стеаторея назначьте диету с ограничением жиров если есть непереносимость лактозы – безлактозная диета Парентеральное питание назначается в случае невозможности энтерального питания

Pyoderma Gangrenosum

- Рецидивирующие узловые-пустулезные язвы ~10см обширные, с напряженными цианостичными некротичными краями, заживающие безобразящими рубцами. Это сочетается с серонегативным артритом
- **Локализация:** типично: бедра, живот, лицо

Лечение

- 1 .Нужен совет специалиста.
 2. Лечить основное заболевание. Промывание солевыми растворами, высокие дозы ГКС внутрь и на рану ± Циклоспорин можно с микофеналатом мофетил, который ингибирует метаболизм пуринов ± местно антибиотики.
- Другие средства: Dapsone Другие средства: Dapsone (100мг/сут PO), Clofazimine Другие средства: Dapsone (100мг/сут PO), Clofazimine , Colchicine.

Эритема нодозум

- болезненные, напряженные, обусловленные заболеванием, эритематозные подкожные узловые повреждения , располагающиеся на передней поверхности(± бедра/предплечья).