

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

Rome II

# 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

Rome I

# 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.эффффектов
- 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).