

Острая диарея

Выполнила: Ғалымжанқызы Ж.
Проверила: Тогизбаева Г.↓



Острая диарея

- **Наличие трех или более эпизодов жидкого, водянистого стула за сутки**
- **Более 90% случаев острой диареи имеют инфекционную природу и вызваны патогенными или условно-патогенными бактериями, вирусами или простейшими**
- Диарея могут быть острыми и хроническими. Продолжительность острого поноса не превышает 2 - 3 нед. Этиология его в большинстве случаев связана с инфекцией. Кровавый жидкий стул указывает на повреждение слизистой оболочки патогенными микробами типа шигелл Флекснера, *кишечной палочкой с энтеропатогенными свойствами*



Данные ВОЗ

В мире каждый год регистрируется от **68,4** млн. до **275** млн. диарейных заболеваний.

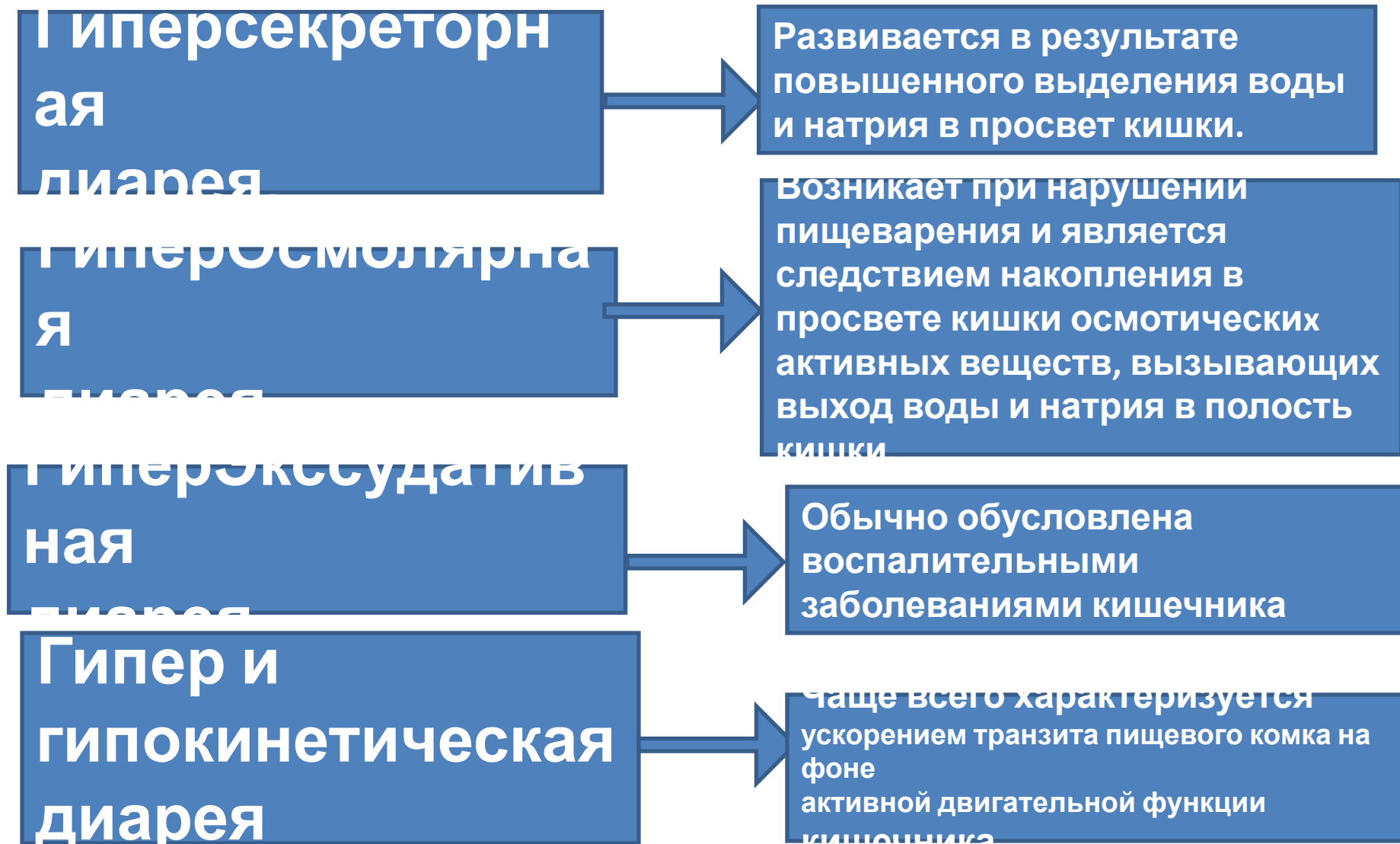
Диарейные заболевания являются третьей, наиболее частой причиной смерти среди детей младше 5 лет в мире

Они являются причиной более чем за **1 млн.** смертей среди детей каждый год

Любая диарея

- Выделение стула в количестве более 10г/кг – это клинические проявления нарушения всасывания воды и электролитов в кишечнике. В патогенезе диареи участвуют 4 основных механизма: кишечная гиперсекреция, повышение осмотического давления в полости кишки, нарушение транзита кишечного содержимого и кишечная гиперэкссудация.

Классификация ДИАРЕИ



Тип поноса	Патогенетические механизмы	Стул
1. Гиперсекреторная диарея (повышенная секреция воды и электролитов в просвет кишки)	1.1. Пассивная секреция (увеличение гидростатического давления вследствие поражения лимфатических сосудов кишечника) 1.2. Активная секреция 1.2.1. Секреторные агенты, связанные с активацией системы аденилатциклаза — цАМФ (желчные кислоты, жирные кислоты с длинной цепью; бактериальные энтеротоксины — холерный, кишечной палочки, термолабильный) 1.2.2. Секреторные агенты, связанные с другими внутриклеточными вторичными мессенджерами (слабительные; ВИП, глюкагон, серотонин, простагландины, кальцитонин; бактериальные токсины — стафилококк, кloстридиум перфрингенс и др.)	Обильный, водянистый, в копрограмме нет лейкоцитов
2. Гиперосмолярная диарея (сниженная абсорбция воды и электролитов)	2.1. Нарушения переваривания и всасывания 2.1.1. Нарушения всасывания (глютеновая энтеропатия, ишемия тонкой кишки, врожденные дефекты абсорбции) 2.1.2. Нарушения мембранного пищеварения (дисахаридазные недостаточности и др.) 2.1.3. Нарушения полостного пищеварения (дефицит панкреатических ферментов, желчных кислот) 2.2. Недостаточное время контакта химуса с кишечной стенкой	Полифекалия, стеаторея
3. Гипер- и гипокинетическая диарея (повышенная или пониженная скорость продвижения кишечного содержимого)	3.1. Повышенная скорость продвижения кишечного содержимого (неврогенная стимуляция; гормональная стимуляция — секретин, панкреозимин, серотонин; фармакологическая стимуляция) 3.2. Замедленная скорость продвижения кишечного содержимого (склеродермия, сочетающаяся с синдромом бактериального обсеменения)	Жидкий или кашицеобразный, необильный
4. Гиперэкссудативная диарея («сброс» воды и электролитов в просвет кишки)	Воспалительные болезни кишечника (язвенный колит, болезнь Крона); кишечные инфекции с цитотоксическим действием (дизентерия, сальмонеллез); энтеропатии с потерей белка	Жидкий, необильный, кровь, слизь, в копрограмме — лейкоциты

Различия осмотической и секреторной диареи

Стул	Осмотическая диарея	Секреторная диарея
Электролиты	Натрий менее 70 ммоль/л	Натрий более 70 ммоль/л
Осмотический «пробел»*	Более 100 мосмоль	Менее 50 мосмоль
pH	Менее 5	Более 6
Редуцирующие вещества	Имеются	Отсутствуют
Объем	Менее 20 мл/кг в сутки	Более 20 мл/кг в сутки
После голодной паузы	Менее 10 мл/кг в сутки	Более 20 мл/кг в сутки
Кровь, гной , жиры	Могут быть	Отсутствуют

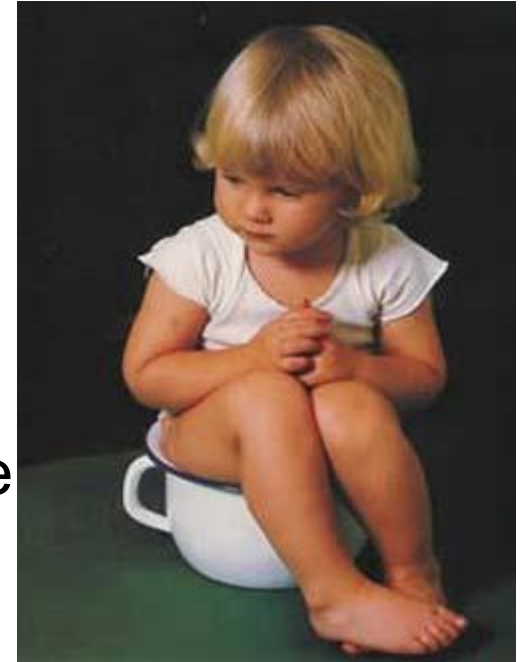
- Клинические особенности поносов в значительной степени зависят от возраста больного, от причины, продолжительности, тяжести и локализации поражения кишечника.

Алгоритм при пищевых отравлениях

- начало в течение 1-6 ч после употребления контаминированного мик-робами пищевого продукта с тошноты, рвот и коллаптоидного состояния без лихорадки — экзотоксин золотистого патогенного стафилококка;
- абдоминальные колики и диарея без лихорадки в течение 8-36 ч — *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*;
- лихорадка, абдоминальные колики и диарея на протяжении 16-48 ч — *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter jejuni*, инвазивные *E. Coli*;
- абдоминальные колики, водянистая диарея в течение 16-72 ч, иногда тошнота, лихорадка — холера, *Vibrio parahaemolyticus*, энтеротоксигенные *E. Coli*;
- лихорадка, абдоминальные колики без диареи в течение 16-48 ч — *Yersinia enterocolitica*;
- тошнота, рвоты, параличи черепно-мозговых нервов, птоз, диплопия, хриплый голос — ботулизм (*Clostridium botulinum*). v

Симптомы:

- характер стула (жидкий, водянистый, типа «рисовый отвар», скудный, наличие патологических примесей);
- лихорадка;
- тошнота, рвота;
- боли в животе;
- частота стула (3 раза и более в течение суток);
- длительность диареи 14 и более дней (затяжная диарея);
- приступы плача с развитием бледности;
- судороги;
- недавно проведенное лечение антибиотиками или другими препаратами.



Диагностика

- копрологическое исследование;
- бактериологическое исследование испражнений;
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (глюкоза, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, диастаза);
- кал на яйца глист и простейших;
- соскоб на яйца глист;
- вирусологическое исследование испражнений;
- УЗИ органов брюшной полости.
- Для диагностики бактериальных диарей

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне

- концентрация электролитов в сыворотке крови;
- б/х анализ крови: мочевины, креатинина, остаточный азот, общий белок;
- коагулограмма (МНО, ПВ, фибриноген, ВР);
- кровь на газовый состав;
- анализ крови на содержание метгемоглобина;
- РПГА (РНГА, ИФА) крови со специфическими антигенными диагностикумами;
- бактериологическое исследование рвотных масс;
- бактериологическое исследование крови;
- бактериологическое исследование мочи;
- бактериологическое исследование кала для выделения холерного вибриона;
- ЭКГ; УЗИ органов брюшной полости; рентгенография органов грудной клетки; рентгенография органов брюшной полости.

- Лечебно-тактические мероприятия при острой инфекционной диарее во многом зависят от тяжести и вида дегидратации, степени тяжести инфекционного токсикоза (лихорадка, нарушения периферического кровообращения, нарушения сознания, судороги и судорожная готовность)

Основные признаки различных видов дегидратации (Дж. Леви, 1990)

Признак	Дегидратация		
	изотоническая	соледефицитная	вододефицитная
Сознание	Сомнолентность	Кома	Возбуждение
Кожа:			
цвет	Серый	Серый	Обычный, розовый
температура	Холодная	Холодная	Теплая
тургор	Понижен	Дряблый	Эластичный
Слизистые оболочки	Сухие	Сухие	Запекшиеся
Глазные яблоки	Запавшие, мягкие	Запавшие, мягкие	Запавшие
Большой родничок	Запавший	Запавший	Запавший
Пульс	Частый	Частый	Умеренно частый
Артериальное давление	Низкое	Очень низкое	Умеренно снижено

Оценка тяжести дегидратации у детей (рекомендации ВОЗ)

Признак	Степень обезвоживания (% потери массы тела)		
	легкая (4-5%)	средней тяжести (6-9%)	тяжелая (10% и более)
Стул	Жидкий, 4-6 раз в сутки	Жидкий, до 10 раз в сутки	Водянистый, более 10 раз в сутки
Рвота	1-2 раза	Повторная	Множественно
Жажда	Умеренная	Резко выражена	Слабое желание пить
Внешний вид	Ребенок возбужден, капризен	Беспокойство или заторможенность, состояние напряженности и тревоги	Сонливость, ребенок может быть в бессознательном состоянии
Эластичность кожи	Сохранена	Снижена (кожная складка расправляется замедленно)	Резко снижена (кожная складка расправляется через 20 с)
Глаза	Нормальные	Запавшие	Резко западают
Слезы	Есть	Нет	Нет
Большой родничок	Нормальный	Западает	Резко втянут
Слизистые оболочки	Влажные или слегка суховаты	Суховатые	Сухие, резко гиперемированы
Тоны сердца	Громкие	Приглушены	Глухие
Тахикардия	Отсутствуют	Умеренная	Выраженная
Пульс на лучевой артерии	Нормальный или слегка учащен	Быстрый, слабый	Частый, нитевидный, иногда не прощупывается
Цианоз	Отсутствует	Умеренный	Резко выражен
Дыхание	Нормальное	Умеренная одышка	Глубокое, учащенное
Голос	Сохранен	Ослаблен	Нередко афония
Диурез	Нормальный	Снижен	Значительно снижен (отсутствует в течении 6-8 ч)

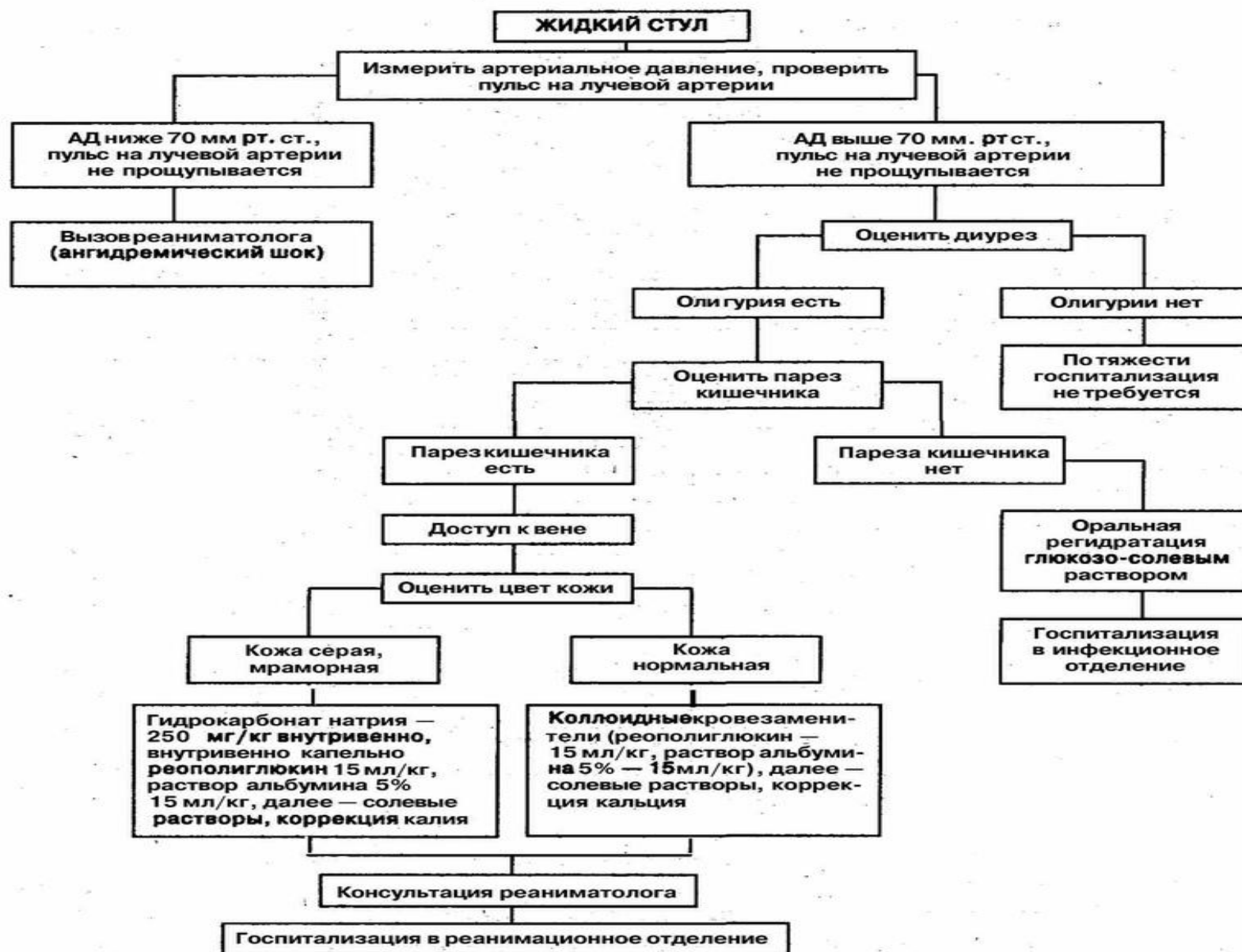


Рис. 40. Алгоритм поведения врача при диарее у ребенка (Э. К. Цыбулькин).

Регидратационная терапия

- При выявлении у ребенка диареи (даже при отсутствии клинических признаков обезвоживания) необходимо сразу же приступить к оральному введению жидкости. Для этого рекомендуют глюкозо-солевые растворы для пероральной регидратации. Их готовят путем растворения одного пакета глюкозо-солевой смеси в 1 л чистой питьевой воды, предварительно прокипяченной и охлажденной. Смесь солей может иметь следующий состав.
- «Глюкосолан»: натрий хлорида 3,5 г; калий хлорида 1,5 г; натрий бикарбонат 2,5 г; глюкоза 20 г.
- «Регидрон» (фирма «Орион», Финляндия): натрий хлорида 3,5 г; калий хлорида 2,5 г; натрий цитрат 2,9 г; декстроза 1 г.
- Каждые 12-24 ч следует заново готовить свежий раствор солей, приготовленный раствор кипячению не подлежит. Общ кол жид дост 150мл/кг



- Во время пероральной регидратации проводят учет потерь жидкости со стулом, мочой и рвотой путем взвешивания сначала сухих, а затем использованных пеленок, а также измерение температуры. Осложнения при проведении пероральной регидратации не возникают, если соблюдают все правила ее проведения (показания, количество, дробность введения). При неправильном ее проведении могут возникать:
- рвота — при слишком быстром отпаивании большим количеством раствора (особенно через соску); пероральную регидратацию на время прекращают;
- отеки — при избыточном введении раствора, неправильном применении бессолевых жидкостей; в этих случаях пероральную регидратацию прекращают и вводят диуретики в возрастных дозах.
- Признаками улучшения состояния являются: прекращение рвоты, нормализация кормления через рот, улучшение психического состояния ребенка, нормализация мочеотделения.
- Поддерживающая терапия раствором солей проводится до тех пор, пока не прекратится диарея. Объем вводимого в этот период солевого раствора должен точно соответствовать объему жидкости, потерянной организмом в результате поноса. Детям в возрасте до 2 лет следует давать по 50-100 мл глюкозо-солевого раствора после дефекации, при желании больные дети могут получать дополнительно простую питьевую воду, чай, отвар шиповника или другие аналогичные жидкости. Важным субъективным показателем требуемого количества лечебного раствора является жажда ребенка. Не следует опасаться чрезмерного введения жидкости, так как на ранней стадии заболевания нормальное функционирование почек обеспечивает экскрецию излишнего количества воды и солей.
- После полной регидратации и восстановления аппетита ребенку следует давать хорошо проваренную, протертую, легкоусвояемую безлактозную пищу (рис, злаки, бананы, картофель, яблоки, морковь, яйца, рыбу, мясной фарш, супы и др.).