

ДИАРЕЯ

*Абдуназаров Миржалол Худойшукур угли
ассистент кафедры “Медицинская биология и биологическая химия”*

*Султонов Ахрорбек Дониёрбек угли
студент Лечебного факультета Термезского филиала ТМА*

*Кабулов Бобурбек Дилшодбек угли
студент Лечебного факультета Термезского филиала ТМА*

*Ачилов Сухроб Камилжонович
студент Лечебного факультета Термезского филиала ТМА*

Аннотация: в этой статье будет рассмотрены виды и причины возникновения диареи, изменения состава кала при диарее, а также важность определения вида заболевания при лечении больных.

Ключевые слова: острая диарея, хроническая диарея, моторика кишечника, содержание H_2O в кале.

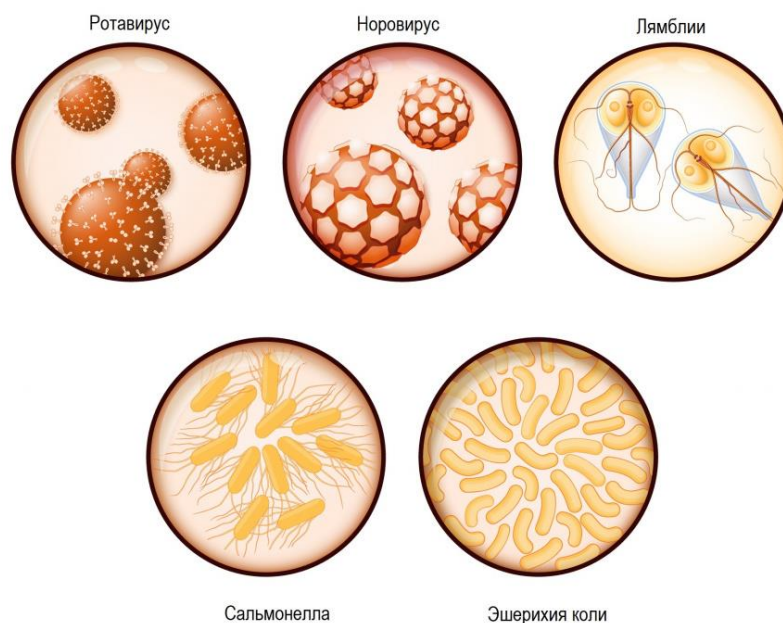
Введение. Диарея и запоры являются весьма распространенными симптомами поражения органов пищеварения. Они встречаются не только при заболеваниях тонкого и толстого кишечника, но и при болезнях желудка, поджелудочной железы, печени, желчевыводящих путей и др. В каждом конкретном случае необходимы тщательная оценка клинических особенностей этих симптомов, установление механизмов их возникновения и выработка тактики ведения пациентов. Диарея (понос) - это выделение неоформленных (жидких или кашицеобразных) испражнений, в большинстве случаев сочетающееся с учащением дефекации более 2—3 раз в сутки. В этом определении подчеркивается, что в отличие от широко распространенного мнения главным отличительным признаком диареи является не учащение стула, а увеличение содержания воды в кале. Если в норме содержание воды составляет 60—70%, то при диарее оно достигает 85—95%. В большинстве случаев общий объем жидких каловых масс при диарее также превышает норму и составляет 250—300 г в сутки и больше. В отдельных случаях, например у некоторых больных с синдромом мальабсорбции, частота дефекации не превышает 1—2 раз в сутки, но кал по консистенции жидкий и выделяется в большом количестве, что дает основание говорить о наличии у больного диареи. Приведенное определение полностью соответствует современным представлениям об основных механизмах возникновения диареи.

Основная часть. Существует множество причин диареи как инфекционного, так и неинфекционного генеза. Диарея может возникнуть

вследствие: повышения секреции воды и электролитов энтероцитами; увеличения осмоляльности кишечного содержимого; нарушения процесса пристеночного (мембранного) пищеварения и всасывания в кишечнике; нарушения моторики кишечника и ускорения пассажа химуса; воспалительной экссудации слизистой кишечника и др.

В соответствии с преобладающим механизмом диареи выделяют несколько ее типов: секреторная, осмотическая, гиперкинетическая и экссудативная диарея.

ГАСТРОЭНТЕРИТ (инфекционная диарея)



Осмотическая (гиперосмолярная) диарея возникает при значительном повышении осмотического давления в полости кишечника, обусловленном скоплением там в избыточном количестве неабсорбируемых веществ. Наиболее типичным примером осмотической диареи является диарея, развивающаяся при так называемой дисахаридазной недостаточности. Этот патологический синдром характеризуется дефицитом лактазы, сахаразы или трегалазы — ферментов, расщепляющих невсасывающиеся дисахариды — лактозу, сахарозу и др. В результате в просвете тонкой кишки увеличивается содержание перечисленных дисахаридов, что сопровождается повышением осмотического давления химуса, уменьшением абсорбции воды в тонком кишечнике и увеличением ее содержания в кале, что и является основной причиной диареи.

Осмотическая диарея может развиваться при приеме некоторых солевых слабительных средств, не всасывающихся в кишечнике [$Mg(OH)_2$, $MgSO_4$, Na_2SO_4 , Na_2HPO_4], антацидов, содержащих MgO и $Mg(OH)_2$, и других лекарственных препаратов (лактолоза, холестирамин) и др. Осмотическая диарея является характерным признаком большой группы заболеваний органов пищеварения, сопровождающихся нарушением полостного и мембранного пищеварения, а также расстройством всасывания углеводов и жиров в кишечнике (синдром мальабсорбции).

Секреторная диарея - один из наиболее распространенных патогенетических вариантов диареи. В отличие от осмотической диареи, она обусловлена увеличением активного или пассивного транспорта электролитов в просвет тонкого кишечника, которые при секреторной диарее составляют основную часть осмотически активных веществ кишечного содержимого. Повышение секреции электролитов и воды в кишечнике может быть вызвано действием многочисленных экзогенных и эндогенных стимуляторов секреции, к числу которых относятся: бактериальные энтеротоксины, энтеропатогенные вирусы, желчные кислоты, гидроксильированные жирные кислоты с длинной цепью, гормоны и биологически активные вещества, выделяемые нейроэндокринными опухолями (ВИП, серотонин, гастрин, гистамин, аденозин и др.); некоторые ЛС, в том числе слабительные; токсины экзогенного происхождения и др. Независимо от причин, вызвавших секреторную диарею, ее наиболее характерными признаками являются: обильные водянистые испражнения, объем которых превышает 800-1000 мл в сутки; в большинстве случаев секреторная диарея не купируется после 48-72-часового голодания; значительно повышена концентрация Na^+ в кале и умеренно повышена концентрация K^+ ; осмоляльность испражнений нормальна или несколько повышена; фактическая осмоляльность кала соответствует ожидаемой, рассчитанной по удвоенной концентрации [$Na^+ + K^+$]. «Осмотическая разница» небольшая и не превышает 10—20 мосм/кг H_2O .

Гиперкинетическая диарея. Этот вид диареи связан с усилением моторики кишечника и ускорением транзита кишечного содержимого. В ряде случаев это может приводить к уменьшению объема жидкости, абсорбированной в кишечнике, и выделению необильного жидкого или кашицеобразного стула, объем которого обычно не превышает 250—300 мл в сутки. Гиперкинетическая диарея чаще всего наблюдается у больных с синдромом раздраженной кишки, обусловленным нарушением регуляции моторной функции тонкого и толстого кишечника. В большинстве случаев у больных с синдромом раздраженного кишечника наблюдается чередование запоров и жидкого или кашицеобразного стула. Другой распространенной причиной гиперкинетического типа диареи

является передозировка слабительных средств (изофенин, фенофталеин, бисакодил и др.) или антацидов, содержащих соли магния.

Экссудативная диарея. Некоторые гастроэнтерологи (Парфенов А.И., 2002) выделяют четвертый тип диареи — экссудативный, хотя такое выделение не является общепризнанным. Речь идет о диарее, развивающейся при некоторых воспалительных заболеваниях кишечника: неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, сальмонеллезе, дизентерии, туберкулезе кишечника и других заболеваниях, сопровождающихся повреждением слизистой оболочки кишечника и выраженной воспалительной экссудацией в просвет кишки. Экссудативная диарея может развиваться также при ишемии слизистой оболочки у больных с абдоминальным атеросклерозом и злокачественными новообразованиями кишечника. В большинстве случаев при экссудативной диарее усиливается также и секреция электролитов и воды в просвет кишечника. Поэтому во многих руководствах этот тип диареи рассматривается как особый вариант секреторной диареи, отличающийся, тем не менее, от обычной секреторной, водной диареи. Для экссудативной диареи наиболее характерно выделение сравнительно небольшого количества жидких испражнений, нередко с кровью и гноем.

Заключение. Многообразие причин и факторов, определяющих клинические особенности диареи, нередко затрудняет правильную интерпретацию этого важного клинического синдрома. Установление природы заболевания, послужившего причиной развития диареи, и назначение адекватной терапии возможно только при тщательном анализе всей клинической ситуации, в которой появились кишечные расстройства, оценке особенностей самой диареи, а также результатов дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования. Важнейшей составной частью диагностического поиска является уточнение преобладающего механизма развития диареи — гиперосмолярного, гиперсекреторного, гиперкинетического или экссудативного. Анализ клинических особенностей заболевания должен начинаться с определения характера диареи - острой или хронической. Диарея считается острой, если ее продолжительность не превышает 2-3 нед., и хронической, если она длится более 3 нед.

Использованные литературы:

1. Внутренние болезни. Система органов пищеварения: учеб, пособие / Г.Е.Ройтберг . А.В.Струтынский. - 5-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. - 576 с. : ил.
2. <https://doctorpiter.ru/diseases/diareya-id837426/>
3. <https://www.invitro.ru/moscow/library/simptomy/27873/>