

ДИАРЕЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Резюме. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется около 1,7 млрд случаев диареи.

Ключевые слова: инфекционные заболевания, диареи, бактериальной

*Kamoldinov Maruffjon
Department of Infectious Diseases
Andijan State Medical Institute
Andijan. Uzbekistan*

DIARRHEA IN THERAPEUTIC PRACTICE

Abstract: According to the World Health Organization (WHO), about 1.7 billion cases of diarrhea are recorded annually in the world.

Keywords: infectious diseases, diarrhea, bacterial

Этиология и патогенез: Основными причинами острой диареи являются инфекция и недостаточность питания. Острая диарея ассоциируется также с употреблением продуктов питания (морепродуктов), хранящихся в негигиенических условиях или загрязненных во время ирригации. Реже ее причиной выступают употребление продуктов или воды, содержащих избыточную концентрацию солей меди, этиленгликоль, производные бензола, острые формы язвенного колита, болезнь Крона, радиационные поражения кишечника и ятрогении (прием лекарственных препаратов, оперативные вмешательства). Возникновение острой диареи также возможно у предрасположенных к пищевой аллергии лиц при употреблении соответствующих продуктов.

Инфекционная диарея вызывается широким рядом бактерий, вирусов и паразитов, большинство из которых распространяется через загрязненную фекалиями воду. Инфекции наиболее распространены там, где имеется нехватка чистой воды для питья, приготовления пищи и личной гигиены. В развивающихся странах кишечные бактерии и паразиты служат более частой причиной развития диареи, чем вирусы, особенно в летние месяцы. В развивающихся странах любые формы *Escherichia (E.) coli* вызывают заболевание у детей, в то время как в развитых странах причиной

возникновения диареи чаще всего служит энтерогеморрагическая *E. coli* (ЕНЕС, включая *E. coli* 0157:H7) [8]. *Campylobacter* превалирует у взрослых и является одной из наиболее частых изолируемых из фекалий бактерий у новорожденных и детей в развивающихся странах. В индустриальных странах причиной острой диареи являются в основном вирусы с четко выраженным преобладанием в зимнее время.

Диарея при недостаточности питания особенно часто отмечается у детей. Каждый случай заболевания диареей, в свою очередь, усугубляет их недостаточность питания. В связи с этим она является одной из основных причин смерти среди детей в возрасте до 5 лет. Механизм развития инфекционной диареи бактериальной природы, как правило, включает выработку энтеротоксина (холерный вибрион, энтеротоксинобразующие кишечные палочки, клостридии), повышающего активность аденилаткиназы. Это ведет к накоплению внутри эпителиоцитов кишечника циклического аденоцинофосфата. Последний стимулирует секрецию воды и электролитов энteroцитами. Другой механизм диареи связан с непосредственным повреждением эпителиоцитов СО кишечника инфекционными агентами (вирусы, простейшие, шигеллы, энтеоинвазивные штаммы кишечной палочки, сальмонеллы). Хроническая диарея чаще имеет неинфекционную природу.

Патогенез диареи реализуется при посредстве 4-х механизмов:

- нарушение кишечной секреции;
- повышение осмотического давления в полости кишки;
- нарушение транзита кишечного содержимого;
- повышение кишечной экссудации.

Преобладание того или иного механизма определяет характер диареи. Выделяют экссудативную, осмотическую, секреторную и моторную диарею.

Клиника и диагностика: Характеристика частоты актов дефекации, объема и внешнего вида каловых масс, наличия и степени обезвоживания, сопутствующих диарее симптомов позволяет в каждом конкретном случае с учетом значительного числа различных причин предположить наличие того или иного заболевания. Таким образом, у большинства больных с диареей диагноз может быть установлен на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования, проктологического осмотра, макро- и микроскопического исследования кала.

Диагностика заболевания, вызвавшего диарею, начинается с тщательного сбора жалоб и анамнеза заболевания. ***При этом врач должен получить следующую информацию:*** – частота дефекаций и объем стула на протяжении 1 сут, – наличие тенезмов и дефекации в ночное время, – связь диареи с болью в животе или метеоризмом, – присутствие в кале патологических примесей, – наличие похудания.

Тщательная оценка клиники заболевания помогает разграничить между собой энтеральные и колитические поносы.

Особенности диагностики при различных типах диареи

Существуют 3 степени дегидратации:

1. Ранняя дегидратация – не имеет признаков или симптомов.
2. Умеренная дегидратация: – жажда; – беспокойное поведение и раздражительность; – снижение эластичности кожи; – запавшие глаза.
3. Тяжелая дегидратация: – симптомы становятся более тяжелыми; – шок, спутанность сознания, отсутствие мочевыделения, холодные и мокрые конечности, учащенный и слабый пульс, низкое или неопределяемое кровяное давление и бледность кожи.

Особенности диагностики осмотической диареи. Осмотическая диарея сопровождается выделением большого объема водянистого стула, как правило, без патологических примесей. Причинами осмотической диареи являются прием плохо всасываемых катионов (например, магния), анионов (например, сульфата), высокоатомных спиртов (например, сорбитола) и недостаточная всасываемость углеводов (например, лактозы при недостаточности лактазы). Для диагностики осмотической диареи существенное значение имеет определение pH кала, которое, как правило, изменяется.

Дифференциальная диагностика

В клинических условиях дифференциальная диагностика начинается с клиники, анамнеза и характеристики кала по Бристольской шкале, которая дает возможность верифицировать характер стула. Лабораторное тестирование консистенции стула дополняет диагноз, но его результаты носят отсроченный характер. Наличие острого поноса с признаками интоксикации наиболее вероятно связано с инфекционным фактором. Хронический понос в гораздо меньшей степени обусловлен инфекцией. Временная его характеристика позволяет с довольно высокой вероятностью исключить инфекционную природу диареи спустя 1 мес., но не дает возможность в более ранние сроки определить участие данного фактора в генезе диарейного синдрома.

Помимо классификации диареи по продолжительности определенное значение в постановке диагноза имеют патофизиология и характеристика стула (водянистый, жирный или с признаками воспаления). В этой связи тщательный анализ истории болезни остается важной частью оценки состояния пациента с поносом. Инструментальные методы исследования (рентгенологические и эндоскопические с биопсией тонкой и толстой кишки) являются ключевыми в диагностическом поиске причины диареи. В последние годы диагностика причины диареи улучшается при использовании эндомикроскопии и молекулярных методов исследования. Особое значение приобретает изучение роли микрофлоры кишечника в формировании той или иной патологии. Серологические тесты имеют четко определенную роль в диагностике целиакии, но менее очерченную в верификации аутоиммунных и воспалительных заболеваний кишечника. Количество определение пептидных гормонов в крови и ткани кишечника позволяет с высокой степенью вероятности диагностировать апудомы, но не может использоваться как скрининг. Дыхательные тесты для оценки всасывания

углеводов, наличия бактериального дисбактериоза тонкой кишки и нарушений кишечного транзита имеют ограниченные технические возможности, которые уменьшают их чувствительность и специфичность. Аналогичным образом используемые методы оценки всасывания желчных кислот имеют ограниченную информативность.

Показания к госпитализации: – признаки обезвоживания; – изменение ментального статуса; – молодой возраст (<6 мес. или <8 кг веса); – в анамнезе – преждевременные роды, хронические или сопутствующие заболевания; – лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$ у новорожденных до 3 мес. Или $>39^{\circ}\text{C}$ у детей в возрасте 3–36 мес.; – видимая кровь в стуле; – диарея с высокой частотой стула, включая большие объемы выделяемого кала; – персистирующая рвота, тяжелое обезвоживание, персистирующая лихорадка; – субоптимальный ответ на оральную регидратационную терапию или невозможность ее назначения; – отсутствие улучшения состояния в течение 48 ч (усиление симптомов); – общее ухудшение состояния.

Лечение: В связи с тем, что диарея является проявлением основного заболевания, для адекватного проведения патогенетического и этиологического лечения требуется нозологическая диагностика. После завершения обследования, которое может занимать 1–2 нед., и определения окончательного диагноза осуществляется терапия основного заболевания.

Этиотропная (специфическая) терапия подразумевает назначение антимикробных средств. Антибактериальная терапия назначается при брюшном тифе и паратифах, дизентерии, псевдомемброзном колите, тяжелой форме диареи путешественников, кампилобактериозе (тяжелый энтероколит с кровавым поносом и сепсисом). Антимикробная терапия показана при кишечных инфекциях, передающихся половым путем (гонококковый проктит, герпес, сифилис, амебиаз, хламидийный проктит и венерическая лимфогранулема).

Патогенетическое лечение проводится при диарее, обусловленной гормонально-активными опухолями при невозможности их радикального удаления, а также при воспалительных заболеваниях кишечника (язвенный колит, болезнь Крона). Для лечения воспалительных заболеваний кишечника назначают препараты 5-аминосалициловой кислоты (месалазин, сульфасалазин), глюкокортикоидные препараты (преднизолон, будесонид), цитостатики (азатиоприн, метотрексат, 6-меркаптопурин) и блокаторы фактора некротизирующего опухоли-α (инфликсимаб). Для лечения диареи, связанной с гиперпродукцией ряда гормонов гормонально-активными опухолями (гастринома, ВИПома, карциноидный синдром и т. д.), препаратом выбора является соматостатин – октреотид 50–250 мкг 3 р./сут подкожно. В настоящее время для лечения нейроэндокринных опухолей (апудомы) используются радионуклидная терапия октреотидом ($^{111}\text{In-DTPA-D-Phe1}$), сочетание октреотида с интерфероном. Для лечения злокачественных апудом назначается химиотерапия: стрептозоцин, эпирюбицин, доксорубицин, хлорозотоцин, фторурацил.

Профилактика. Основные меры профилактики диареи включают следующие: доступ к безопасной питьевой воде, улучшенные средства санитарии, мытье рук с мылом, исключительно грудное вскармливание ребенка в течение первых 6 мес. жизни, надлежащую личную гигиену и гигиену пищевых продуктов, санитарное просвещение относительно путей распространения инфекций, вакцинацию против ротавирусной инфекции.

Литература

1. World Health Organization (WHO). World Health statistic 2008 Geneva. WHO, 2008. [Электронный ресурс] Режим доступа <http://www.who.int/whososwhostat/2008/en/index.html>.
2. Fischer T.K., Viboud C., Parashar U., Malek M., Steiner C., Glass R. et al. Hospitalizations and deaths from diarrhea and rotavirus among children <5 years of age in the United States, 1993–2003 // J Infect Dis. 2007. Vol. 195. P. 1117–1125.
3. Payne D.C., Staat M.A., Edwards K.M., Szilagyi P.G., Gentsch J.R., Stockman L.J. et al. Active, population-based surveillance for severe rotavirus gastroenteritis in children in the United States // Pediatr. 2008. Vol. 122. P. 1235–1243.
4. Лечение диареи. Учебное пособие для врачей и других категорий медработников старшего звена. ВОЗ, 2006.
5. Soonawala D., Vlot J., Visser L. Inconvenience due to travelers' diarrhea: a prospective follow-up study // BMC Infect Dis. 2011. Vol. 11. P. 322–332.
6. Bandres J., Mathewson J., Ericsson C., Dupont H.L. Trimethoprim/sulfamethoxazole remains active against enterotoxigenic *Escherichia coli* and *Shigella* species in Guadalajara, Mexico // Am J Med Sci. 1992. Vol. 303. P. 289–291.
7. Johnson P.C., Ericsson C.D., Morgan D.R., Dupont H.L., Cabada F.J. Lack of emergence of resistant fecal ora during successful prophylaxis of traveler's diarrhea nor oxacin // Antimicrob Agents Chemother. 1986. Vol. 30. P. 671–674.
8. Alborzi A., Aelami M.H., Astaneh B., Pourabbas B., Farshad S., Kalani M., Nasiri J., Rashidi M. Is *Escherichia coli* O157:H7 a common pathogen in children with bloody diarrhea in Shiraz, Iran? // Turk J Pediatr. 2008 Jul-Aug. Vol. 50 (4). P. 349–353.
9. Diarrhoea Treatment Guidelines (including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation) for Clinic-Based Healthcare Workers. MOST, WHO, UNICEF, IZiNCG. 2005 (http://www.who.int/child-adolescent-health/Emergencies/Diarrhoea_guidelines.pdf).
10. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Склянская О.А. Синдром диареи. М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. 164 с.