Диарея (понос в просторечии) — опорожнение кишечника с выделением **жидких каловых масс**. У здоровых людей частота стула может изменяться от **3-х раз день до 3-х раз в неделю** и лишь изменения в объеме и консистенции стула, а также примесь крови, гноя или остатков непереваренной пищи указывают на болезнь. Нас учили, что **запором** считается отсутствие стула более 48 часов.

Любая диарея вызвана **нарушением всасывания воды и электролитов** (ионы) в кишечнике. Даже незначительное увеличение количества жидкости в кале ведет к неоформленному или жидкому стулу. Диарея бывает **острой и хронической** (более 3 недель).

Еще помню, что на [третьем курсе](http://www.happydoctor.ru/info/329) от студентов лечебного факультета на [пропедевтике внутренних болезней](http://www.plaintest.com/) требовали знать отличия диареи из тонкого и толстого кишечника. Для сведения: в тонком кишечнике всасывается **85% жидкости**, а в толстом — только 15%. Из примерно 8 литров жидкости в сутки в толстый кишечник поступает не более 1 л. Таким образом, диарея, связанная с поражением толстого кишечника, даже теоретически не может быть обильной.

**Диарея тонкого кишечника**: стул большого объема (в тонком кишечнике всасывается 85% жидкости), водянистый, зловонный, с остатками пищи. Болей в животе обычно нет.

**Диарея толстого кишечника**: стул небольшого объема и частый (чем ближе очаг поражения к заднему проходу, тем меньше больной может управлять позывами на дефекацию, поэтому при поражении тонкого кишечника стул объемный, но редкий. И наоборот), может содержать кровь, гной и слизь. В отличие от тонкого кишечника, диарея, связанная с патологией толстой кишки, в большинстве случаев сопровождается **болями в животе**.

Правда, на старших курсах эти вопросы задавали редко, ведь такое разделение очень условно (дальше вы в этом убедитесь) и более рациональной является **классификация диарей по патогенезу**. В развитии диареи участвуют 4 механизма:

* кишечная секреция,
* повышение осмотического давления в полости кишки,
* кишечная **экссудация** (пропотевание жидкости из стенок в полость кишечника),
* нарушение передвижения кишечного содержимого.

Соответственно числу механизмов **выделяют 4 типа диарей**:

1. **экссудативные**: при воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), при ишемической болезни кишечника. Экссудативные диареи бывают также при бактериальных острых кишечных инфекциях, в этом случае их называют **инвазивными** (англ. invasion - вторжение, нашествие). Бактерии (сальмонеллы, шигеллы, клостридии и др.) повреждают эпителий и способны проникать в кровь с развитием сепсиса (”заражение крови”). У больных возникает рвота, боли в животе, лихорадка и диарея (ускорение перистальтики + нарушение пищеварения и всасывания воды). Стул **жидкий, часто с кровью и гноем**.

Воспалительный процесс в кишечнике становится причиной рвоты, болевого синдрома, ускоренной перистальтики и быстрой эвакуации кишечного содержимого, нарушения всасывания воды из кишечника (диареи) и пищеварительной функции нередко с развитием брожения и газообразования (метеоризма).

**Принципы лечения**: использование энтеросорбентов (например, смекты, о ней в следующий раз), антибиотиков и симптоматической терапии.

1. **секреторные диареи**. Их вызывают некоторые слабительные (бисакодил, сенаде и др.) и отдельные бактерии. Классический пример — **холера** (особо опасная инфекция). Вибрионы холеры размножаются только на поверхности эпителия тонкого кишечника и не проникают внутрь клеток. Холерный токсин нарушает внутриклеточную регуляцию, и эпителий кишечника начинает **активно секретировать в кишечник воду с электролитами** (солями).

При секреторной диарее поражается **только тонкий кишечник без развития воспалительного процесса**, а стул становится жидким, обильным, водянистым и без патологических примесей (нет ни крови, ни гноя). Заболевание начинается с появления частого жидкого стула с незначительным увеличением температуры тела, затем появляется рвота и быстро наступает обезвоживание организма, которое и определяет основную тяжесть и исход заболевания. Например, при холере выделяется до 10 л испражнений в сутки, имеющих вид “**рисового отвара**” и характерный “**рыбный**” (не фекальный!) запах.

**Принципы лечения**: возмещение потерь жидкости (регидрон, гастролит) и нейтрализацию токсинов в кишечнике (энтеросорбенты). Антибиотики назначаются редко, так как возбудитель находится поверхностно и внутрь клеток не проникает. Иногда используются **пробиотики** (препараты или биологически активные добавки, содержащие “полезные” живые микроорганизмы).

1. **осмотические (осмолярные) диареи**: бывают при дефиците пищеварительных ферментов (врожденные энтеропатии, хронический панкреатит), удалении части тонкого кишечника, приеме некоторых слабительных (форлакс, фортранс). Также осмотические диареи могут вызываться вирусами (чаще всего — ротавирусами). Вирусы размножаются в эпителии и нарушают активность ферментов слизистой. Из-за этого дисахариды (сахар) не могут расщепиться до моносохаридов (глюкоза и фруктоза) и всосаться. Дисахариды остаются в просвете кишечника и притягивают воду (осмос). Под действием кишечной микрофлоры происходит брожение дисахаридов с образованием газов (метеоризм) и воды, что приводит к болям (раздувание петель кишечника) и “водянистой” диарее из-за усиленной перистальтики. При осмотической диарее **стул обильный и часто содержит большое количество остатков полупереваренной пищи**.

Ротавирусной диареей болеют чаще всего маленькие дети в осенне-зимний период. Почти всегда эта кишечная инфекция начинается остро с повышения температуры тела (до 38-39°C) и повторной рвоты. Одновременно или несколько часов спустя, появляется жидкий, обильный водянистый стул желтого или желто-зеленого цвета, непереваренный, нередко пенистый или брызжущий до 10-15 и более раз в сутки.

**Принципы лечения**: диета (ограничение поступления дисахаридов — сахара и лактозы), ферментотерапия, оральная регидратация (возмещение потерь жидкости через рот), энтеросорбенты и пробиотики. Назначение антибиотиков даже при тяжелых формах заболевания противопоказано! Антибиотики бесполезны при вирусных инфекциях, но могут нарушить баланс микрофлоры и вызвать дисбактериоз.

1. **гипер- и гипокинетическая диарея**. Гиперкинетическая диарея развивается при ускорении моторики кишечника, например, при стрессе во время экзаменов или при синдроме раздраженного кишечника. Стул жидкий или **кашицеобразный, частый, но суточное количество его нормальное** и не превышает 200-300 г. Гипокинетическая диарея бывает реже и связана с избыточным бактериальным обсеменением тонкой кишки.

Краткий итог:

* **Обильный водянистый стул** бывает при секреторной диарее.
* **Обильный стул** (полифекалия = много кала) бывает при осмотической диарее. При этом возможна **стеаторея** (жирный кал, прилипающий к стенкам унитаза).
* **Жидкий стул малого объема со слизью и кровью** бывает при экссудативной диарее.
* **Жидкий или кашицеобразный стул малого объема** наблюдается при гипер- и гипокинетической диарее.

**Признаки обезвоживания организма**: впалый (запавший) родничок, впалые глаза и щеки, небольшое количество или отсутствие слез, сухой язык и полость рта, сниженный тургор кожи, запавший живот.

В каких случаях **обращаться к врачу нужно обязательно**?

* диарея длится **больше 3-4 дней;**
* в кале появляются **прожилки крови или слизь**;
* резко поднимается **температура**;
* стул **похож на деготь** (черный), что бывает при кровотечении из верхних отделов ЖКТ;
* возникает **сильная боль в животе** — признак острой хирургической патологии;
* при значительном **обезвоживании**;
* при высоком риске пищевого отравления.