Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Терапии

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

**Реферат**

**на тему:**

**«Понос как один из симптомов заболеваний»**

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

Пенза

2008

# **План**

Введение

1. Этиология
2. Основные факторы поноса
3. Неотложная помощь
4. Госпитализация

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

Понос (диарея) - учащенное или однократное опорожнение кишечника с выделением каловых масс. Понос может быть проявлением заболеваний кишечника или других органов или систем.

**1. ЭТИОЛОГИЯ**

Среди заболеваний кишечника, в клинической картине которых диарея является ведущим симптомом, выделяют следующие группы:

1) инфекционные: а) острые (дизентерия, холера, сальмонеллез и др.), б) хронические (туберкулез, сифилис кишечника);

2) протозойные инвазии (амебиаз, балантидиаз, лямблиоз, трихомоноз и др.);

3) гельминтозы (аскаридоз, энтеробиоз, трихинеллез, стронгилоидоз и др.);

4) неспецифические воспалительные процессы (энтерит, энтероколит язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулит и др.);

5) дисбактериоз (осложнение антибактериальной терапии, микозы, бродильная и гнилостная диспепсия);

6) дистрофические изменения кишечной стенки (амилоидоз, кишечная липодистрофия, целиакия-спру, экссудативная энтеропатия, коллагенозы и др.);

7) токсические воздействия (уремия, отравление солями тяжелых металлов, алкоголизм, медикаментозная интоксикация);

8) новообразования (рак и диффузный полипоз толстой кишки, лимфогранулематоз, лимфосаркома кишечника);

9) состояния, приводящие к уменьшению всасывательной поверхности кишечника (резекция толстой кишки, желудочно-толстокишечные и тонко-толстокишечные фистулы);

10) функциональные расстройства кишечника (синдром раздраженной кишки, дискинезии кишечника, состояние после стволовой ваготомии);

11) кишечные энзимопатии (врожденное или приобретенное нарушение переваривания и всасывания дисахаридов, лактазная или дисахаридазная недостаточность).

Диарея может возникать при заболеваниях других органов и систем:

1) болезнях желудка, сопровождающихся снижением секреторной функции (хронический атрофический гастрит, рак, постгастрорезекционные расстройства);

2) болезнях поджелудочной железы, приводящих к снижению внешнесекреторной функции органа (хронические панкреатиты, опухоли);

3) болезнях печени и желчных путей, осложняющихся ахолией (вследствие развития механической желтухи);

4) болезнях почек, сопровождающихся уремией;

5) болезнях эндокринных желез (сахарный диабет, тиреотоксикоз, аддисонизм и др.) и гормонально-активных опухолях (карциноид, гастринома или синдром Золлингера - Эллисона, синдром Вернера - Моррисона или панкреатическамя холера и др.);

6) коллагеновых заболеваниях (системная склеродермия, дерматомиозити др.);

7) авитаминозах (пеллагра, бери-бери и др.);

8) аллергических реакциях;

9) неврозах.

**2. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ПОНОСА**

Основные патогенетические механизмы диареи сводятся к двум основным факторам: это ускоренный пассаж содержимого по кишечнику вследствие нервных и гуморальных воздействий (раздражения интрамуральных нервных сплетений или нарушения центральной регуляции кишечной моторики) и замедленное всасывание жидкости из просвета кишки вследствие нарушения проницаемости кишечной стенки и резких сдвигов в регуляции осмотических процессов в кишечнике.

При поносе всасывание воды и электролитов обычно снижено, секреторная функция кишечника может быть повышена, моторная активность его, особенно дистальных отделов толстой кишки, чаще снижена. В ряде случаев понос обусловлен усилением пропульсивной кишечной моторики (при воздействии некоторых психогенных факторов). При диарее опорожнение кишечника может быть однократным или многократным в течение суток, обильным или скудным в зависимости от причины, вызвавшей понос, а также от локализации основного патологического процесса в кишечнике.

С целью уточнения причины поноса необходимо выяснить частоту и характер стула во время позывов к дефекации, наличие тенезмов, возраст, в котором возникла диарея, частоту и длительность ремиссий, влияние болезни на работоспособность и массу тела больного, перенесенные в прошлом операции и заболевания.

Внезапно начавшийся бурный понос с частым стулом и тенезмами, прежде всего, подозрителен на острые кишечные инфекции. В ряде случаев остро начавшийся понос может быть обусловлен изменениями пищевого режима или приемом раздражающих кишечник средств (в том числе слабительных) или же является первым признаком хронических неспецифических заболеваний кишки и ее функциональных расстройств. Нередко дифференциально-диагностическое значение имеет уточнение времени суток, в которое у больного возникает понос. Ночная диарея почти всегда оказывается органической, а диарея в утренние часы может быть чаще функциональной.

Частота стула при поносе может быть различной - от однократных испражнений до многократных, по нескольку десятков раз в сутки. У больных с поражением тонкой кишки (энтеритом) стул ниже, чем при колите. Наиболее частый стул наблюдается при поражении дистального отдела толстой кишки. Большой разовый объем кала бывает только у больных с нормальной функцией дистального отдела толстой кишки. Патологический процесс при этом локализуется в тонкой кишке либо в проксимальном ее отделе характерен для больных энтеритом, хроническим панкреатитом. У этих больных не отмечается ни императивных позывов к дефектами, ни тенезмов во время дефекации.

Понос при поражении дистальных отделов толстой кишки характеризуется частыми и императивными позывами к дефекации, малым разовым объемом кала, часто содержанием в нем крови и слизи. Это чаще всего наблюдается у больных колитом, у которых количество кала обычно скудное.

При поражении тонкой кишки нарушается всасывание пищевых веществ, в результате чего в проксимальные отделы толстой кишки поступает больший, чем обычно объем химуса. Если резервуарная функция толстой кишки не изменена, то частота стула у больного не превышает 2-3 раза в сутки. Однако суточный и разовый объем, и масса стула оказываются значительно больше нормального.

Болевые ощущения при поражениях тонкой кишки локализуются всегда в околопупочной области. Поражение проксимальных отделов толстой кишки сопровождается болью чаще всего в правой подвздошной области с усилением после еды. При поражении дистальных отделов толстой кишки боль локализуется в левой подвздошной области с иррадиацией в крестец. Она значительно ослабевает после дефекации или отхождении газов. В некоторых случаях понос чередуется с запором, чаще при функциональных расстройствах злоупотреблении слабительными средствами, при раке толстой кишки, при хроническом (привычном) запоре, когда вследствие длительного пребывания каловых масс в кишечнике происходит повышенное образование слизи с выделением жидких испражнений.

Ценную диагностическую информацию можно получить при учете симптомов, сопутствующих диарее. Так, тенезмы, возникающие до и после дефекации, чаще наблюдаются при поражении дистальных отделов толстой кишки (язвенный колит, рак и полипоз, дизентерия и др.), непрекращающийся понос с кратковременными "приливами" (пурпурное окрашивание лица) характерен для карциноидного синдрома, понос со вздутием и урчанием для энтероколита; при диарее, обусловленной патологией эндокринных желез, выявляются другие признаки эндокринопатий; понос при коллагеновых болезнях сопровождается характерными изменениями кожи, внутренних органовб опорно-связочного аппарата и др.

Значительную помощь в дифференциальной диагностике оказывают осмотр и исследование кала. Светлые и пенистые испражнения без примеси слизи и крови типичны для бродильной, а кашицеобразные или жидкие темно-коричневые с острым гнилостным запахом для гнилостной слизи может быть при остром или хроническом энтероколите. При ряде патологических состояний изменяется цвет кала, который определяется качественным составом пищи, степенью ее обработки ферментами, наличием примесей. Обесцвеченные беловато-серые испражнения бывают при ахолии (обусловленной механической желтухой), иногда такой цвет приобретает кал при обильной примеси гноя и слизи. Дегтеобразные испражнения появляются при кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта, при кровотечении из дистальных отделов кал имеет ярко-красный или темно-красный оттенок. Черный цвет кала характерен для отравления ртутью. Окраска испражнений изменяется при приеме некоторых лекарств, содержащих висмут, активированный уголь и др. (викалин, аллохол, карболен и т.п.). Примесь в кале видимых непереваренных остатков пищи может свидетельствовать о резком ускорении прохождения пищи по желудочно-кишечному тракту, что чаще наблюдается при энтероколите, после резекции тонкой кишки и при свищах пищеварительного тракта и реже при функциональных расстройствах кишечника и секреторной недостаточности желудка или поджелудочной железы.

При тяжелой острой диарее со значительной потерей воды и электролитов за короткий промежуток времени могут появиться признаки обезвоживания организма и нарушения кровообращения.

Диагноз. Выяснение причины поноса иногда связано со значительными трудностями. При остром поносе ведущее значение приобретают эпидемиологические данные и результаты бактериологического исследования кала (при подозрении на кишечные инфекции). Во всех остальных случаях для установления диагноза нередко необходимо полное обследование больного: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия (или колоноскопия по показаниям) с прицельной биописией, рентгенологическое исследование пищеварительного тракта (включая ирригоскопию), лабораторное исследование кала.

**3. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ**

Обычно за помощью при поносе обращаются лишь в случаях многократного обильного опорожнения кишечника, сопровождающегося резким упадком сил, плохим самочувствием, повышением температуры тела, сильной болью в животе или появлением в испражнениях значительной примеси крови.

При острой диарее назначают симптоматическую терапию: 1) антидиарейные средства, 2) голод, диету; 3) восполнение потерь жидкости и электролитов, а также мероприятиях, направленные на лечение основного заболевания. Из противопоносных средств назначают по 0,3 г дерматола вместе с 0,3 г карооната кальция 3 раза в день, реасек по 1 - 2 таблетки 3 раза в день. При диарее с повышенной моторной функцией толстой кишки (императивных позывах) применяют антихолинергические средства: атропина сульфат в 0,1% растворе подкожно 0,5-1 мл или внутрь по 8-10 капель либо в таблетках по 0,5 мг 2-3 раза в сутки; препараты, содержащие белладонну (таблетки "Бекарбон", "Бесалол", "Бепасал", "Беллалгин) и др. 2-3 раза в день), метацин (0,1% раствор под кожу - 1 - 2 мл 2-3 раза в день или таблетки - по 2 мг 2-3 раза в сутки), платифиллин (подкожно 1-2 мл 0,2% раствора, внутрь 10-15 капель 0,5% раствора или таблетки по 5 мг 2-3 раза в день).

В тяжелых случаях необходима коррекция водно-электролитных расстройств, потому что чем более выражена диарея, тем в большей степени электролитный состав кала приближается к составу плазмы крови. Для возмещения потерянной жидкости и электролитов (в тяжелых случаях при многократном водянистом поносе) следует немедленно струйно внутривенно ввести теплый (38-400 стерильный солевой раствор Филлипса N 1 или любой другой изотонический солевой раствор из расчета 2/3 изотонического раствора хлорида натрия на 1/34,5% гидрокарбоната натрия. Если дегидратация начала выходить за рамки острого процесса целесообразно добавить 1% раствор хлорида калия с содержанием калия до +/- 8 г. Однако калий рекомендуется вводить только после того, как диурез станет близким к норме. В дальнейшем при проведении подобной терапии необходимо ежедневно контролировать экскрецию калия с мочой. Для поддержания водного равновесия больной должен получать 5% раствор глюкозы по 500 мл каждые +/- 8 часов. Больным с выраженным обезвоживанием в продолжающейся жидкой диареей необходимо ввести в течение 11 /2-2 и от 3 до 5 л жидкостей. Более 4/5 этого объема в виде неколлоидных растворов (соли и глюкоза) и 1/5 в виде плазмы или (в крайнем случае) плазмозаменителей.

При лечении хронической диареи рекомендуются адсорбенты и другие препараты, повышающие вязкость кишечного содержимого (карбонат кальция в сочетании с препаратами висмута, особенно с дерматолом). В ряде случаев, даже при отсутствии признаков секреторной недостаточности желудка и поджелудочной железы, хороший эффект дают ферментные препараты (панзинорм, фестал, панкурмен, трифермент, абомин по 1 - 2 таблетки 3 - 4 раза в день). При длительном поносе неинфекционной природы изменяется кишечная микрофлора (дисбактериоз), возникают признаки суперинфекции, поэтому целесообразно включать в терапию производные 8-оксихинолина (энтеросептол, интестопан по 1-2 таблетки 3-4 раза в день), а также трудноадсорбируемые сульфаниламиды (бисептол, салазопиридазин и др.). Диета зависит от основного заболевания.

**4. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

В случаях тяжелой острой диареи или выраженного обострения хронического поноса при явлениях интоксикации, обезвоживания, сердечнососудистой слабости необходима госпитализация больного в терапевтическое отделение (при исключении инфекционного заболевания). Госпитализация больных с хроническим поносом осуществляется в плановом порядке в специализированное (гастроэнтерологическое или проктологическое) отделение.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год