

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
Украинская медицинская стоматологическая академия

«Утверждено»
на заседании кафедры
Внутренняя медицина № 1
Заведующий кафедрой
Профессор Скрыпник И.Н.

Протокол № 2 15.09.2016 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
В РАМКАХ ПОДГОТОВКИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

Дисциплина	Внутренняя медицина
Модуль	Современная практика внутренней медицины
Содержательный модуль	Ведение пациентов из основными симптомами и синдромами в гастроэнтерологической клинике
Тематические сессии	Ведение пациента с диареей и запорами
Курс	VI
Факультет	Медицинская № 1

1. Актуальность темы:

На сегодняшний день диарея является одной из наиболее распространенных причин смертности в мире. Острая диарея является второй по частоте заболевания, что происходит после респираторных инфекций. Диарея как общее понятие определяется изменением характера оценки, включая более частое изменение последовательности, наличие императив позыв и признаки недержание мочи. Однако, симптомы диареи во многом субъективны, поэтому диарея превращается в проблему только в случае изменения состояния здоровья и в нарушение нормального ритма жизни.

Принято, что диарея является наиболее часто встречающейся в развивающихся странах, однако недавние исследования, которые показали, что синдром *diarejníj* не менее актуальна для развитых стран, а в структуре заболеваемости и этиологические факторы существуют определенные различия в отсутствие разницы в показателе возраста.

2. Конкретные цели.

Студенты должны:

- Студент должен знать хронический диарейный синдром;
- Чтобы иметь возможность проводить опросы и объективное изучение пациентов
- Для классификации основного заболевания с хроническим диарейным синдром;
- Проанализируйте основные клинические синдромы, особенности клинической курс;
- Обоснование применения методов диагноз.
- Объяснить особенности лабораторных и инструментальных методов исследований ;
- Объяснить принципы дифференциальных диагноз
- Определить основные варианты клинического течения и осложнений
- Знать тактику пациентов в зависимости от причина;
- План изучения и лечение
- Проведение первичных и вторичных профилактика
- Создание прогноза и производительности.

3. Базовые знания, навыки, навыки, необходимые для изучения тема. (междисциплинарная интеграция)

№	Имена предыдущих дисциплин	Навыки обучения
1	Анатомия	Анатомические особенности строения пищеварительной системы
2	Физиология	Физиологические особенности кишечника он функции
3	Патофизиология	Этиология и патогенез заболеваний кишечника.
4	Биохимия	Оценка данных лабораторных методов для патологии толстой кишки
4	Пропедевтики внутренних болезней	Клинические варианты
5	Фармакология	Принципы лечения, рецепты

4. Задачи для самостоятельной работы в преддверии сессий

Список основных терминов, параметры, характеристики, которые должны усвоить студента в рамках подготовки к оккупации.

№	Термин	Определение
1.	Диарея	-ускоренное или одного кишечника для получения расширенной фекалии
2	Толстой кишки раздражение синдром	– сложные функциональные кишечные расстройства, продолжительностью более трех месяцев, который включает болевой синдром, который уменьшается после акта дефекации, диспептические расстройства (вздутие живота, , диарея или запор или чередование), неполное освобождение кишечника
3	дишезия	-нарушение акта дефекации
4	Крона (БК) (терминал илеит, грануломатозный колит)	-неспецифический инфекционный воспалительный и грануломатозный язвенный процесс, затрагивающий различные отделы желудочно-кишечного тракта от пищевода до прямой кишки.,более чаще воспалительный процес локализуется в терминале части толстого кишечника.
5	мальабсорбции	Нарушение всасывание в тонкие кишечника
6	мальдигестия	Нарушение пищеварения, вызванные несоблюдением получения в кишечнике пищеварительных ферментов
7	Интестинальные энзимопатии	является патологических состояний, из-за отсутствия, нехватка или нарушение

		Структура тех или других ферментов, которые участвуют в процессе пищеварения.
8	Глютеновая энтеропатия	- генетически или приобретенные заболевания кишечника, который характеризуется атрофией ее слизистых оболочек и недостатка ферментов, которые расщепляют белки (одна из фракций клейковины протеин клейковины пшеницы, ржи, ячменя) с повреждением вторичных токсичных иммун кишки
9	полифекалия	-вес фекалий, более чем 250-300 г в день
10	Стеаторея	-наличие кала в массы нейтрального жира (стеаторея типа 1); жирные кислоты(стеаторея типа 2); Это и другие (стеаторея 3 типа).
11	креаторея	-может быть признаком нарушения функции поджелудочной железы (появляется большое количество мышечных волокон (+ или ++) в нормальных мышечных волокон в фекалиях очень мало.
12	амилорея	-наличие экскременты большого количества зерен крахмалу указывает на нарушение распада углеводов.

Теоретические вопросы классов

- 1.Секреторная, эксудативная, дисмоторная и функциональная диарея.
2. этиология и патогенез.
3. Классификация
4. Особенности клинического течения.
5. Подготовка плана обследования, роль радиологического, инструментальных и функциональных методов (проход через кишечник, бариевая клизма, колоноскопия, видео Капсульная эндоскопия, дыхательные тесты, испытания испражнений,).
6. Диагностические критерии и критерии для исключения диагноза
7. Дифференциальный диагноз
8. Тактика ведения пациентов в зависимости от причины
9. Основные принципы диетологии
10. Дифференцированное лечение. Существующие стандарты лечения.
11. прогноз и работоспособность

Практические задачи, которые выполняются на решения

- целенаправленно собирать жалобы и истории в пациента;
- для проведения обследования, выявлять и оценивать изменения в его состоянии;
- сформулировать предварительный диагноз
- сделать план дополнительных обследований и оценить его результаты.
- оценить лабораторные и инструментальные методы исследования.
- сложить схему дифференциальных диагнозов
- для разработки клинического диагноза согласно требованиям современной классификации
- сделать план лечения в зависимости от версии курса
- назначать лечение на разных стадиях реабилитации
- определяют тактику работы медицинских и социальных проблем , , профилактика

Содержание темы

Определение

Диарея - один из наиболее частых синдромов, встречающихся в практике гастроэнтеролога. Причины развития диареи многообразны и необязательно связаны с патологией пищеварительной системы. При заболеваниях тонкой и толстой кишки (как острых, так и хронических) диарея - почти обязательный симптом, но она часто сопровождается и другими болезнями органов пищеварения. Кроме того, диарея может быть следствием целого ряда других заболеваний или токсических влияний. Незнание возможных причин и механизмов развития диареи нередко приводит к диагностическим ошибкам и, соответственно, тяжелым осложнениям своевременно не установленного заболевания. Другая беда - недостаточная информированность врачей о механизмах действия антидиарейных средств. В результате, практический врач часто назначает лечение только симптоматически, исходя из факта существования диареи, но без учета механизмов ее развития и особенностей действия лекарственного препарата. Такое лечение в лучшем случае неэффективно, а в худшем - может нанести существенный вред здоровью больного.

В настоящей статье не представляется возможным подробно остановиться на диагностике каждого заболевания, сопровождающегося диареей. Авторы преследуют цель изложить свой подход к оценке механизмов развития диареи в каждом конкретном случае и оптимизации выбора антидиарейных средств.

Определение диареи

В самом определении понятия "диарея" имеются существенные разночтения, связанные с тем, какой именно критерий должен лежать в его основе - частота стула или его суточный объем. Чаще всего и врачи, и больные определяют диарею как "частый жидкий стул". По мнению некоторых специалистов, диарей следует считать учащенные дефекации с частотой жидких испражнений более 2 раз в сутки, однако такая формулировка представляется недостаточно информативной, так как она учитывает только клинические характеристики - частоту и консистенцию стула. В некоторых случаях уточняется длительность диареи - не менее 6-12 месяцев, но эта характеристика приемлема, главным образом, для хронических функциональных диарей (СРК). С точки зрения физиологии, диарей считают жидкий или кашицеобразный, обязательно каловый стул, суточный объем (масса) которого превышает максимальную физиологическую норму - 250 мл (г). В этом определении ведущей характеристикой диареи становится суточный объем каловых масс, а частота стула приобретает вторичное значение, поскольку ясно, что объемный стул должен быть многократным. Нам представляется, что диарейный синдром должен оцениваться и с клинических, и с физиологических позиций. Такой подход к пониманию диареи универсален, так как позволяет разобраться в механизмах диареи любого генеза.

Так, например, экстренные позывы на дефекацию (urgency) с выделением только слизи (при СРК, анальной недостаточности) или тенезмы с выделением крови и воспалительного экссудата, но без каловых масс ("ректальный плевок") при воспалительных заболеваниях кишечника или дизентерии могут быть многократны, но диареей фактически не являются. В то же время и больной, и врач могут определить это состояние как "частый жидкий стул", т.е. диарею, что приведет к неправильной трактовке симптома, ошибочному диагнозу и неправильному лечению. При профузной диарее любого происхождения частота стула значения не имеет, важен только суточный объем, так как именно это определяет тяжесть заболевания и развитие синдрома мальабсорбции. С другой стороны, вариант СРК, характеризующийся жидким стулом с частотой 2-3 раза в сутки, расценивается как диарея, но при этом суточный объем каловых масс едва достигает 200 г, т.е., с физиологической точки зрения диарея отсутствует. Приведенные примеры являются иллюстрацией того, что при описании диарейного синдрома должны учитываться все его признаки: объем, частота, консистенция, каловый характер стула и наличие примесей. Только в этом случае можно правильно ориентироваться в диагностическом поиске и оценить механизмы развития диареи, что необходимо для адекватного лечения. В свете сказанного, нам представляется наиболее удачным определение А. Tompson, квалифицирующее диарею как жидкий каловый стул объемом более 200 мл, частотой более 3 раз в сутки, который может сопровождаться экстренными позывами или анальным недержанием.

Причины диареи

1)Гастрогенные

- Атрофические гастриты со снижением кислотности
- Резекция желудка
- Демпинг-синдром

2)Панкреатогенные

- Хронический панкреатит
- Муковисцидоз

3)Гепатобилиарные

- Хронические гепатиты
- Обструкция желчных путей
- Патология фатерова соска

4)Тонкокишечные неинфекционные

- Ферментопатии (лактазная, дисахаридазная недостаточность)
- Целиакия
- Болезнь тяжелых цепей
- Лимфомы
- Болезнь Крона
- Болезнь Уиппла
- Интестинальная ишемия
- Синдром переменного иммунодефицита
- Лимфофолликулярная гиперплазия
- Избыточный бактериальный рост
- Синдром короткой кишки

5)Толстокишечные неинфекционные

- Язвенный колит
- Болезнь Крона
- Ишемический колит
- Псевдомембранозный (антибиотикоассоциированный) колит
- Коллагеновый колит
- Лимфоцитарный колит
- Эозинофильный колит
- Полипоз

- Опухоли
- 6)Энтерогенные инфекционные
 - Бактериальные(дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз, иерсиниоз и др.)
 - Вирусные (СПИД, герпес, цитомегаловирус, ротавирусы и др.)
 - Энтеротоксигенные (стафилококковая инфекция)
 - Паразитарные
 - Грибковые
- 7)Нейрофункциональные
 - Синдром раздраженного кишечника (СРК)
 - Функциональная диарея
- 8)Эндокринные
 - Сахарный диабет
 - Тиреотоксикоз
 - Болезнь Аддисона
- 9)Сосудистые
 - Интестинальная ишемия
 - Васкулиты
- 10)Гормональноактивные опухоли
 - ВИПома
 - Гастронома
 - Карциноид
 - Медуллярная карцинома щитовидной железы
- 11)Токсические
 - Алкоголь
 - Уремия
- 12)Лекарственные (см. ниже)
- 13)Радиационные
- 14)Другие
 - Системная склеродермия с висцеральными проявлениями
 - Амилоидоз
 - Лимфопролиферативные заболевания.

Патофизиология диареи

Принято выделять четыре патофизиологических типа диареи: секреторную, осмотическую, моторную и экссудативную.

Секреторная диарея - обусловлена прямой стимуляцией секреции (цАМФ-зависимой) воды и электролитов в просвет тонкой и/или толстой кишки при действии секреторных агентов. К числу последних могут быть отнесены бактериальные токсины (холерный, сальмонеллезный, термостабильный токсин кишечной палочки, шигелл, стафилококка и др.), вирусы, простагландины, некоторые интестинальные пептиды и биоамины (вазоактивный интестинальный пептид - VIP, гастрин, серотонин). Классическим примером секреторной диареи является холера. При секреторной диарее не только увеличивается кишечная секреция, но и уменьшается всасывание жидкости и электролитов. Характер стула - водянистый, многократный, большого объема (800-1000 мл и более).

Осмотическая диарея - связана с нарушением полостного или мембранного пищеварения и накоплением в просвете кишки осмотически активных нутриентов (атрофический гастрит со снижением секреции, резекция желудка, демпинг-синдром, панкреатит, ферментопатии, целиакия, билиарная недостаточность и др.) или приемом осмотических слабительных. Это вызывает выход воды в полость кишки по осмотическому градиенту и увеличение массы жидкого химуса. Характер стула - жидкий или кашицеобразный, объемом 300-600 мл, частотой 2-4 раза в сутки, возможна связь с едой.

Моторная диарея может быть двух видов. Чаще всего она связана с возрастанием двигательной пропульсивной активности вследствие усиления стимулирующих моторику регуляторных влияний (серотонин, могилин, холецистокинин). Возможна связь со стрессом. Такой вариант моторной диареи типичен для СРК, функциональной диареи. Характер стула - полуоформленный, небольшими порциями, объем не более 300 мл.

Как дополнительный компонент моторная диарея может присутствовать при диареях с другим патофизиологическим механизмом, например, после резекции желудка, при демпинг-синдроме, синдроме короткой кишки, вследствие стимуляции рецепторов кишечной стенки большим объемом непереваренных каловых масс.

Другой вариант моторной диареи гипотонический со снижением тонуса кишечной стенки, что характерно для диабетической энтеропатии. Энтеропатия - это, по сути дела, одно из проявлений нейропатии, свойственной сахарному диабету. При этом происходит холинергическая денервация тонкой и толстой кишки, нарушающая тонический и пропульсивный компоненты моторики. В тоже время адренергическая денервация вызывает нарушение всасывания и избыточную секрецию воды и электролитов в просвет кишки, т.е. присоединяется секреторный компонент диареи. Именно смешанные механизмы делают диарею при диабетической энтеропатии рефрактерной к лечению. Ослабление кишечной моторики сопровождается осмотической диареей при таких заболеваниях, как системная склеродермия с висцеральными проявлениями, амлоидоз.

Экссудативная диарея обычно обусловлена воспалением и изъязвлением слизистой оболочки толстой кишки (язвенный колит, болезнь Крона, ишемический колит, дивертикулярная болезнь, инвазивные инфекции, туберкулез) с выделением в просвет крови, слизи, гноя, белкового экссудата. Если к доминирующему экссудативному компоненту диареи не присоединяется секреторный, то стул жидкий, скудный (в пределах суточной нормы) с небольшим количеством каловых масс или без них.

Частой причиной развития диареи разного механизма является длительный прием лекарственных препаратов. Так, например, хорошо известны антибиотикоассоциированная диарея и антибиотикоассоциированный колит (псевдомембранозный), вызванные размножением *Clostridium difficile* на фоне подавления роста нормальной микрофлоры. Эта диарея, по существу, является смешанной - экссудативной и секреторной. Диарея, вызванная пропранололом - моторно-секреторная. Слабительные разных групп вызывают секреторную или осмотическую диарею, магний-содержащие антациды - осмотическую. Перечень лекарственных препаратов, способных вызвать острую или хроническую диарею, выглядит следующим образом: антибиотики; цитостатики и иммуносупрессоры; колхицин; нестероидные противовоспалительные средства (НПВС); наперстянка; хинидин; пропранолол; амилорид; триамтерен; секреторные слабительные (препараты сенны, крушины, бисакодил); осмотические слабительные (солевые, ксилит, сорбит, маннитол, глицерин); препараты простагландинов; магний-содержащие антациды; препараты желчных кислот (хено- и урсодезоксихолевая кислоты); литий.

Правильный выбор антидиарейного средства зависит не только от точного диагноза, но и от понимания механизмов диареи при данном заболевании, а также механизмов действия лекарственных препаратов.

Основные группы антидиарейных средств

1. Антибактериальные препараты (разные группы)
2. Энтерол (*Saccharomyces boulardii*)
3. Препараты *B. subtilis* и *B. Cereus*: Бактисуптил, Споробактерин
4. Ферментные препараты: Креон, Панцитрат, Мезим
5. Ингибиторы кишечной моторики: Опиаты (лоперамид), Аналоги соматостатина (октреотид)
Холинолитики Антагонисты 5-HT₃ серотониновых рецепторов (ондансетрон, алосетрон, цилансетрон)
6. Ингибиторы кишечной секреции: Опиаты (лоперамид), Аналоги соматостатина (октреотид)
Ингибиторы синтеза простагландинов (НПВС)

7. Вяжущие средства, адсорбенты: Смектит ,Препараты белой глины (каолин, аттапульгит), Препараты висмута ,Лигнин ,Поливидон ,Отруби
8. Стимуляторы абсорбции: Аналоги соматостатина (октреотид) ,Кортикостероиды
9. Оральные регидранты (регидрон)
10. Альфа-адренергические агонисты (клонидин)
11. Пробиотики: Бифидосодержащие (бифиформ, бифилонг, пробифор) ,Лактосодержащие (лактобактерин, аципол, ацилакт) ,Микробные метаболиты (хилак форте)
12. Препараты других групп: Ингибиторы энкефалиназ ,Блокаторы хлоридных каналов, Берберин.

Запоры

1. актуальность темы

Запорами постоянно или периодически в различных странах страдает каждый третий-четвертый взрослый. Stick три раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин (первоначальной заболеваемости составляют 70% женщин и 30% мужчин и увеличение их частоты наблюдается после 65 лет. Да, в Великобритании на запор жалуются около половины жителей в Германии — до 30%, во Франции составляет более 20% населения. Однако, маловероятно, что можно назвать данные, таким образом, что соответствует нынешнее положение дел: консультации только 25% людей, страдающих от диареи. Рги запор может быть независимым функциональным расстройством и симптом, который сопровождает другие заболевания. доказано что диарея является основным фактором риска для рака прямой кишки путем повышения уровня канцерогенных метаболитов в толстой кишке два раза и увеличить их контакт с слизистой оболочки кишечника

2. конкретные цели.

Студенты должны:

- о Студент должен знать etiopatogenez хронических заболеваний толстой кишки;
- о Чтобы иметь возможность проводить опросы и объективного обследования пациентов с заболеваниями кишечника
- о Классификации основных заболеваний толстого кишечника ;
- о Анализ основных клинических синдромов, особенности клинической курс;
- о Оправдывает применение методов диагностики,
- Объясните особенности лабораторных и инструментальных методов исследований ;
- о Объяснить принципы дифференциальных диагноз
- о Определить основные варианты клинического течения и осложнений
- о Знать тактику пациентов в зависимости от причин;
- о План изучения и лечение
- о Проведение первичной и вторичной профилактика
- о Сделать прогноз и производительность.

3. Базовые знания, навыки, навыки, необходимые для изучения тема.
(междисциплинарная интеграция)

№	Имена предыдущих субъектов	Навыки обучения
1	Анатомия	Анатомические особенности строения пищеварительной системы, толстой кишки
2	Физиология	Физиологические особенности кишечника, он особенности

3	Патофизиология	Этиология и патогенез заболеваний толстой кишки.
4	Биохимия	Оценка данных лабораторных методов для патологии толстой кишки
4	Пропедевтики внутренних болезней	Клинические варианты курса. Собственные методы обследования
5	Фармакология	Принципы лечения, рецепты

3. Задачи для самостоятельной работы в преддверии сессий

Список основных терминов, параметры, характеристики, которые должны усвоить студента в рамках подготовки к оккупации

№	Термин	Определение
1.	Запор	это хроническая задержка опорожнения кишечника более чем 48 часов, который сопровождается хотя бы один из следующих симптомов, не менее чем на 3 месяца: ощущение неполного дефекации, небольшое количество (менее 100 г) и густую консистенцию Кала, natuživannâ не менее чем на кварту время движения кишечника.
2	Синдром раздраженной большой кишечника	– сложные функциональные кишечные расстройства, продолжительностью более трех месяцев, который включает болевой синдром, который уменьшается после акта дефекации, диспептические расстройства (вздутие живота, vugčannâ, диарея или запор или чередование), неполное освобождение кишечника
3	дишезия	-нарушение акта дефекации
4	Дискинезия толстой кишки	-Это расстройство кишечника сокращений или (и) нарушение тонуса кишечника,
5	Болезнь Крона (БК)	-неспецифическое инфекционное воспалительных и granulematозно язвенный процесс, затрагивающий различные отделы желудочно-кишечного тракта от пищевода до прямой кишки. В этом все более воспалительного процесса, локализуется в терминале . тонкой кишки.

Теоретические вопросы классов

1. Запоры при заболеваниях ЖКТ ,кишечной непроходимости, алоректальных заболеваний, эндокринные и метаболические расстройства, неврогенные и эволюционные расстройства, расстройства питания, ситуационные и медикаментозные запоры.
2. этиология и патогенез
3. Классификация
4. особенности клинического течения

5. Подготовка плана обследования, роль радиологического, инструментальных и функциональных методов экспертизы (бариевая клизма, колоноскопия, дыхательные тесты, тесты кала).
6. диагностические критерии и критерии для исключения диагноза
7. дифференциальный диагноз
8. тактика, сохраняя пациентов в зависимости от причины 9/Основные принципы диетологии
10. Дифференцированное лечение. Существующие стандарты лечения Билл рецепты
11. Профилактика первичного и вторичного
12. прогноз и работоспособность

Практические задачи, которые выполняются на решения

- о целенаправленно собирать жалобы и истории в пациента;
- о для проведения обследования, выявлять и оценивать изменения в его состоянии;
- о сформулировать предварительный диагноз
- о сделать план дополнительных обследований и оценить его результаты.
- о оценить лабораторные и инструментальные методы исследования.
- о сложить схему дифференциальных диагнозов
- о для разработки клинического диагноза согласно требованиям современной классификации
- о сделать план лечения в зависимости от версии курса
- о назначать лечение на разных стадиях реабилитации
- о определяют тактику *viṛiṣennâpitan'* медикосоциальная экспертиза, занятость, профилактика

Содержание темы

Определение

Запор является хроническая задержка опорожнения кишечника более чем 48 часов, сопровождается по крайней мере один из следующих симптомов, не менее чем на 3 месяца: ощущение неполного дефекации, небольшое количество (менее 100 г) и густую консистенцию Кала, *natuṣuvannâ* не менее чем на четверть время движения кишечника.

Частота стула в здоровых людей варьируется в значительных (от 3 раза в день до 3 раза в неделю) и зависит от характера питания, образа жизни, привычки, и др. Однако в самых здоровых людей акт дефекации происходит один раз в день, предпочтительно в утренние часы, в то время как объем мягкой консистенции кала составляет 100-200 г в день

Этиология и патогенез

Нормальное функционирование толстой кишки предоставляет несколько важных физиологических процессов: абсорбция жидкости и электролитов, перистальтическими сокращениями, которые происходят после еды или питья и образования кала к толстой кишки и акт дефекации. Этот транзит производится в результате скоординированных трех типов волн. Этот процесс можно укрепить путем повышения внутрибрюшного давления во время натуживания.

Напротив дефекация может быть крайне медленно преднамеренное кросс-поперечно-полосатой мышцы таза диафрагмы и наружного анального сфинктера.

Запор может развиваться с функциональными расстройствами и органические поражения кишечника и других органов пищеварения и систем организма. Различают два основных механизма развития запора: запор путем уменьшения содержания транзита в результате дискинезии толстой кишки или механические проблемы (отек, флегмоны, стриктуры, т. д.) и нарушение акта дефекации. Дискинезия толстой кишки является расстройством кишечника сокращениями или (и) нарушение тонуса кишечника, вызванных нарушением нервной и гуморальной регуляции кишечника из-за вегетативной дисфункции, рефлекторных влияний при заболеваниях различных органов, в особенности мозга и спинного мозга, воспалительные заболевания кишечника, в частности аноректальной зоне, укрепление или ослабление гормонального воздействия, различные токсические воздействия при приеме внутрь медикаментозные средства, расстройства кровообращения в сосудах кишечника

Классификация

За римскими критерии IV хронические запоры диагноз наличие минимум двух из следующих симптомов:

- для дефекации требует усилий;
- кал твердый или грудочками;
- ощущение неполного опорожнения кишечника;
- необходимость мануальной помощи;
- частота опорожнения кишечника два раза в неделю и реже.

Предварительным условием является наличие всех знаков в течение 3 месяцев года, даже на фоне принятия сладительных.

В зависимости от причинных факторов и особенностей развития таких видов запор:

- 1) Пищеварительный
- 2) неврогенный
- 3) рефлексорный
- 4) психогенный
- 5) гемодинамический
- 6) воспалительный
- 7) проктогенный
- 8) механический
- 9) в результате аномального развития толстой кишки,
- 10) токсичный
- 11) медицинский
- 12) эндокринный
- 13) в результате возникновения нарушений водно электролитного обмена
- 14) дисбиотический

Задержка стула у пожилых людей послужили основой для определения «starečogo zakrepu», а также факторы, которые имели физической активности, развитие существующей болезни, болезни, типичных для пожилых людей (атеросклероз, тропических абдоминальная ишемия, паркинсонизм, депрессия, spinal'ni расстройства), возрастных особенностей (гипоксии, снижение скорости репарационные процессы дегенерации нервных узлов отвечает за моторную функцию; желудка, снижение синтеза регуляторных пептидов желудочно-кишечного тракта,), частое использование препаратов, которые способствуют к возникновению запоров.

Запор может быть независимым (первичный) и симптоматические (вторичные).

Независимая, поддерживается главным образом зависит от дисбаланса гормонов, изменить чувствительность рецепторного, нарушения вегетативной inervacii кишечника и psihogennimi влияний. Симптоматические диарея является признаком органического заболевания, аномалии развития, а также уничтожение не только кишечника и других органов или систем. В патогенезе ведущей роли рефлекс, условно рефлексорные, эндокринной системы и других факторов.

Основными критериями для признания органических и функциональных запоров

№	Органические запоры	Функциональный запор
1	Это происходит в любом возрасте, но чаще всего в среднем и старшем	Это происходит в любом возрасте
2	У мужчин и женщин в равной степени часто	Чаще женщины

3	Внезапное появление запора, значительное укрепление хронического за короткое время	Длится от многих месяцев и даже лет без значительного увеличения интенсивности
4	Кишечные движений кишечника можетсопровождаться сильные чувства	Неприятные ощущения при дефекации кишечника чаще отсутствует
5	Вы можете испытать снижение массы тела	Уменьшение тела массы обычно не наблюдается
6	Возможные анемия	Анемия нет
7	Может увеличить желудок	Иногда есть метеоризм, увеличение желудка чаще не бывает

Тактика ведения больного в зависимости от причины

Основы диагностической концепции – позиции, что запор не болезнь, а симптом. Прежде всего необходимо уточнить ли запор внезапно (острый) или хронической. Позже в истории болезни наличие заболеваний, которые могут быть из-за нарушения функции кишечника. Если это подключение устраняет запоры при лечении основного заболевания.

В случае его отсутствия необходимо тщательно анализировать «анамнез» и отменить наркотики, которые могут быть причиной запора. В случае отсутствия связи запора с заболеваниями и лекарства пациента необходимо проверить желудок, для выявления заболеваний кишечника, который может быть причиной запора.

Бариевая клизма, колоноскопия: непроходимость кишечника (полипы, рак, дивертикулит, болезнь Крона, ишемический колит, лучевой колит). Диагноз не ясен: рентгенограмму тонкого кишечника (болезнь Крона, дивертикулит). Если заболевание кишечника является причиной запор не выявил, скорее всего, идет на идиопатический запор

Инструментальная диагностика острого включает рентгенбрюшной полости в вертикальном положении пациента, ректоманоскопия, колоноскопии для дифференциальной диагностики с динамической непроходимости. Динамический илеус может быть следствием раздражения брюшины, острый панкреатит или воспаление соседних органов, например в результате массовых пневмонии или gostrogo пиелонефрита.

Дополнительные исследования

До клинических обследований во всех без исключения пациентов включают анализ кала на скрытую кровь. Для более подробного определения степени нарушения двигательной функции определяет время транзита ро толстому . Чтобы определить время транзита через кишечник использовать различные маркеры. Тесты для определения транзита имеют диагностическое значение не только для запора, но и для строгого отбора пациентов для хирургического лечения.

Осложнения запор

Долгосрочные запор может вызвать различные осложнения: вторичный колит, воспаление толстой кишки сигмовидной ободочной и прямой кишки, энтерит (рефлюкс энтериты). Часто происходит геморрой, трещины прямой кишки, приобретенной мегаколон. Наиболее грозным осложнением запоров является рак прямой кишки и толстой кишки. действие их на стене кишечника. симптомы,

Лечение

Лечение зависит от его типа и факторов, которые он вызвал. Таким образом нормализация стула в органических запорах главным образом зависит от эффективности мер по исправлению положения на основного заболевания.

Лечебная тактика в функциональных запоров включает следующие направления.

Внимание уделяется режиму физической активности и психотерапии. Пациент должен объяснить, что вам нужно для достижения кишечника движений кишечника утром после завтрака 3-4 достаточно (для использования желудочно-кишечного рефлекса) и не подавлять позыв к дефекации из-за спешки, робость, отвращение к общественные туалеты и др. 30 минут до завтрака, вы должны выпить стакан холодной воды (лучше для соды). В туалете пациент должен занять позицию, наиболее благоприятным для акта дефекации.

Если это позволяет состояние сердечно-сосудистой системы, пациент должен следовать активный режим мотора, заниматься дайвингом, гимнастика, прогулки, спортивные игры и многое другое. Назначение, диетотерапия, один необходимо учитывать данные истории отказ пациента от некоторых продуктов питания. Это следует избегать значительных ограничений продовольственных пайков. В случае гипокINETического закрепи рацион должен быть минимум 1,5-2 литра жидкостей и продуктов, которые способствуют гипогипЕНН кишки: кислое молоко, хлеб или хлеб, испеченный из пшеничной муки, крупноячеистая, кислые фруктовые и овощные соки (капуста, свекла, моркв'ânj, сливы), овощи, фрукты, крупы, масло.

Только едят овощи, которые вызывают метеоризм (бобовые, капуста, шпинат, щавель, и др.), продукты богатые эфирные масла (редис, лук, чеснок) и те, которые подавляют движений кишечника (сильный горячий чай, какао, красное вино, черника, пшеницы и риса каша, слизистые супы, желе). При отсутствии противопоказаний до еды это целесообразно рекомендовать «диета зелени,» которая состоит из 100 г салата с сырыми овощами 3 раза в день.

Диета (один день кефир, пюре из волокна, и др.), постепенно добавляя в пищу первых, вареные овощи и затем высушите. Для улучшения кишечного транзита использует отруби, что значительно увеличить ежедневное количество фекалий (1 г волокна дает прирост 20 г).

Рекомендуется начать с, что три чайные ложки отрубей пшеницы в день и далее показывает, дозу можно увеличить до 3-6 столовых ложек в день.

Физиотерапевтическое лечение назначают при запорах с учетом вида нарушения двигательной функции толстой кишки.

Кроме того, предписанные валерианы настойка, собачьего крапивы, конусы и желез хмеля, бромиды, растительные, иногда за короткое время нужно прописать транквилизаторы. Выбор препарата зависит от невротических расстройств; таким образом предпочтение действием (АДАПТОЛ на 0,3-0,6 г 2 - 3 раза в день, НООФЕН по 0,25-0,5 г 2 - 3 раза в день). В тех случаях, когда эти терапевтические меры применяются систематически на 3-4 месяца не устранены запора, назначают препараты проносного действия, механизм воздействия на кишечника движений кишечника делятся на 4 группы :

1) препаратов, вызывающих химическое раздражение цецепторного аппарата прямой кишки:

- производные антрахинон (наркотики, облепиха, ревеня)
- производные дифенилметану (бисакодил, лаксанедин)
- агонисты 5-NT4-рецепторов из кишечника,
- касторово масло;

2) осмотическими свойствами (сульфат натрия, магния сульфат, соль, лактулоза, Форлак, Фортранс, norgalaks);

3) означает, что увеличение объема содержимого кишечника (отруба, капуста);

4) инструменты, которые способствуют смягчение калом и их скольжения (вазелиновое и имидплевое масло, свечи глицерина).

Большинство слабительные средства, рекомендуется использовать, когда это возможно, короткий период времени, так что в случае длительного лечения может развиваться побочные эффекты: аллергические реакции (сыпь, синдром Стивенса-Джонс, медицинский шок), медикаментозная диарея, дисфункция кишечника (синдром мальабсорбции синдром экссудативной энтеропатии), Меланоз толстой кишки (главным образом, длительное применение препаратов) кишечной непроходимости, непроходимость пищевода (при использовании derivativ волокна из-за их набухания), рак различных частей желудочно-кишечного тракта (при использовании внутри большого числа vazelinovoї масла), хронический гепатит, цирроз печени, Анальный зуд (распределение vazelinovoї нефти через анальное отверстие), липид пневмонии (пожилого и старческого возраста, при использовании vazelinovoї масло в лежачем положении вдисфагии) раздражение анального трещин и опухоли прямой кишки, обострение воспалительных заболеваний и геморрой при применении глицериновых свечей.

Пациенты с функциональными запором может быть полезным, санаторно курортное лечение бальнеотерапией курорты с теплым морем или горы климате или в медицинских центрах, которые расположены не далеко от места их проживания и где хорошо организованная психотерапии. Выбор курорта, следует учитывать не только функциональное состояние пищеварительного канала, но и нервной и сердечно-сосудистой системы, психические особенности пациента (неврозах характер, состав личности и др.). Следует учитывать тот факт, который активно используется в курортах кишечного орошения не рекомендуется для пациентов с тяжелой дисбактериоза кишечника.

Профилактика запор включает в себя активный образ жизни (утрозарядка, водные процедуры, экскурсии, т. д.), рациональное питание с обязательным включением в рацион продуктов, содержащих пищевые волокна, строгое соблюдение правил ежедневных посещений туалета в определенное время после еды (желательно после завтрака), а также своевременное лечение заболеваний.

ЛІТЕРАТУРА:

- 1.Ткач С.М. Практические подходы к ведению больных с диспепсией //Гастроэнтерология -2016. №1 (59) -С.81-84
- 2.Ткач С.М.Функциональная диспепсия в свете Римских критериев //Гастроэнтерологія-2016.-№4(62).-С.65—71.
- 3.Ткач С.М.,Дорофеев А.Э. Эволюция лечения кислотозависимой патологии //Гастроэнтерологія-2015.-№4 (58).-С.94-100.
- 4.Ю.М.Степанов,И.Я.Будзак Функциональная диспепсия и синдром раздраженного кишечника: что общего?// Гастроэнтерология 2016.- №1(59) -С.100-104
- 5.Шептулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра // РЖГТК. – 2016. - №26(4). С. 124-128.
- 6.Передерий В.Г.,Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини Том1. Підручник-К.,2009.-784 с.:іл.
- 7.Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я,2003.
8. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007
- 9.Внутрішні хвороби/І.М.Ганжа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба, Л.Я.Бабиніна та інші.-К.:Здоров'я,2002.
10. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. - Полтава. 2004.
- 11.Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007
12. Передерий В.Г.,Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей.-Винница: СПД Каштелянов А.И.,2011.
- 13.Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. проф. Ю.М.Мостового. – 14-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2012. – 576 с.
14. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007.
15. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я, 2003.
16. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в

практике терапевта.-Киев.2007

17. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. -Полтава. 2004.

18Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.

19.Наказ МОЗ від 13.06.2005 № 271 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги. за спеціальністю «Гастроентерологія».

20Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. Киев,2007

21Харченко, Н.В. Международный конгресс гастроэнтерологов «Гастро-2009» / Н.В.Харченко, Н.Д.Опанасюк, И.Я.Лопух // Здоров'я України. – 2009. - №23 (228). – С.

22.Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.

23.Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010.

24. Панчишин Ю.М., Радченко О.М., Макаренко Т.М., Комариця О.Й., Гук-Лешневська З.О. Основи діагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.

25. Радченко О.М. Хронічний ентерит та абдомінальний ішемічний синдром у практиці сімейного лікаря: проблема диференційної діагностики // Сімейна медицина. – 2011. - № 3.

26.Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гозтар-медиа, 2010. – 592 с.

27. Основи діагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.