

SPOSTRZEŻENIA LEKARZA PRAKTYKA

MEDYCYNĄ OGÓLNA, 2010, 16 (XLV), 1

Praca pogładowa

ANDRZEJ PRYSTUPA¹, DOMINIKA SKOMOROWSKA¹,
JANUSZ SCHABOWSKI², JERZY MOSIEWICZ¹

DIAGNOSTYKA I LECZENIE PACJENTA Z PRZEWLEKŁĄ BIEGUNKĄ
W GABINECIE LEKARZA RODZINNEGO

*DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF A PATIENT WITH CHRONIC
DIARRHEA IN THE PRACTICE OF A FAMILY PHYSICIAN*

*ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕЙ
В КАБИНЕТ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА*

*ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ДІАРЕЄЮ
У КАБІНЕТ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ*

Z ¹Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

p.o. Kierownika Kliniki: prof. dr hab. med. J. Mosiewicz

² Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. J. Schabowski

W pracy przedstawiono najczęstsze przyczyny, diagnostykę i leczenie przewlekłej biegunki.

SŁOWA KLUCZOWE: przewlekła biegunka, diagnostyka, leczenie.

KEY WORDS: chronic diarrhea, diagnostics, treatment.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронический диарея, диагностика и лечение.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічний діарея, діагностика та лікування.

Biegunka jest najczęściej wynikiem zakażeń wirusowych, bakteryjnych i pasożytniczych, które powodują zaburzenia procesów wchłaniania, wydzielania lub uszkodzenie komórek błony śluzowej przewodu pokarmowego. Jako biegunkę, traktuje się zbyt częste oddawanie stolca (> 3/dobę), o luźnej, wodnistej konsystencji (zawartość wody >75%), bądź zwiększonej masie (>200g/dobę). Pod względem czasu jej trwania biegunkę możemy podzielić na ostrą (do 14 dni) i przewlekłą (>4 tygodnie) [7].

Przewlekła biegunka jest zdefiniowana jako luźne stolce, które trwają co najmniej cztery tygodnie i może ją powodować wiele przyczyn. Najczęściej może być wywołana zespołem jelita drażliwego, chorobami zapalnymi jelit (choroba *Crohna* i wrzodziejące zapalenie jelita grubego), zaburzeniami wchłaniania i przewlekłą infekcją. Inne przyczyny biegunek przedstawiono w tabeli I i II.

Tabela I. Podział przewlekłych biegunek na infekcyjne i nieinfekcyjne*Table I. P*Division of chronic diarrhea into infectious and non-infectious*Таблица I. Распределение хронической диареи на инфекционные и неинфекционные**Таблиця I. Розподіл хронічної діареї на інфекційні та неінфекційні*

<p>Infekcyjne: Salmonella – nosicielstwo, pasożyty, w przebiegu AIDS</p> <p>Nieinfekcyjne: Nadużywanie leków przeczyszczających, Zespół utraty kwasów żółciowych, Gruzolaki kosmkowe. Jelitowy zespół utraty białka Alergia pokarmowa: celiakia, zespół upośledzonego trawienia Popromienne zapalenie jelit, Cytostatyki, Niedokrwienie Zatrucia: metale ciężkie</p>
--

Tabela II. Przyczyny i podział przewlekłych biegunek*Table II. Causes and division of chronic diarrhea**Таблица II. Причины и распространение хронической диареи**Таблиця II. Причини і поширення хронічної діареї*

Biegunka wodnista sekrecyjna	Biegunka wodnista osmotyczna	Biegunka tłuszczowa	Zaburzenie wchłaniania	Biegunka zapalna
leki przeczyszczające przewlekłe nadużywanie alkoholu zespół rozrostu bakteryjnego nowotwory czynne hormonalnie: rakowiak, VIP-oma	leki: siarczan magnezu, laktuloza, orlistat, neomycyna, metformina, metyldopa produkty spożywcze: sorbitol, mannitol niedobór laktazy (nietolerancja laktozy)	przewlekłe zapalenie trzustki zespół rozrostu bakteryjnego cholestatyczna choroba wątroby	celiakia niedokrwienie jelita Przyśpieszony pasaż jelitowy zespół jelita drażliwego nadczynność tarczycy	nieswoiste zapalenie jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego) mikroskopowe zapalenie jelita grubego alergia pokarmowa nowotwory jelit

Mała objętość i częste epizody biegunki sugerują obecność choroby odbyticy lub esicy, natomiast duża ilość stolca, wodnista biegunka jest charakterystyczna dla chorób jelita cienkiego lub prawej części jelita grubego [4].

Przewlekła biegunka może być objawem wielu chorób przewodu pokarmowego: jelita cienkiego, grubego, trzustki i wątroby. Rozpoznanie przyczyny biegunki możemy postawić po dokładnym zebraniu wywiadu lekarskiego i wykonaniu badań dodatkowych.

Wywiad lekarski stanowi bardzo ważny element w rozpoznaniu przyczyn tych objawów. Najpierw należy sprecyzować, co pacjent rozumie pod określeniem biegunka i jaka jest ilość wypróżnień. Ważne jest, aby określić częstość, konsystencję, objętość i barwę stolca oraz czy występują objawy

towarzyszące, takie jak bóle brzucha lub gorączka. Dodatkowo istotne jest, aby zwrócić uwagę na początek oraz czas trwania objawów, utratę masy ciała i biegunkę nocną. Duże znaczenie ma wywiad dotyczący przyjmowanych leków oraz wywiad rodzinny (w przypadku celiakii, mukowiscydozy i choroby *Crohna*). Chorych z grup ryzyka należy ocenić pod kątem objawów zakażenia HIV.

Badanie fizykalne powinno obejmować badanie brzucha i w większości przypadków badanie przez odbyt (per rectum). Gorączka towarzysząca ostrej biegunce sugeruje przyczynę infekcyjną. Powiększenie tarczycy i drżenia mięśniowe sugerują nadczynność tarczycy, a powiększone węzły chłonno-chłoniaki, przerzuty nowotworowe i AIDS. W tabeli III i IV przedstawiono elementy wywiadu i badania fizykalnego pacjenta z przewlekłą biegunką.

Tabela III. Elementy wywiadu lekarskiego u pacjenta z przewlekłą biegunką
Table III. Elements of medical history taking in a patient with chronic diarrhea
Таблица III. Элементы анамнеза у пациента с хронической диареей
Таблиця III. Елементи анамнезу у пацієнта з хронічною діареєю

Początek biegunki Nagły Stopniowy	Charakterystyka stolca Wodnista Krwista Tłuszczowa	Bóle brzucha Zapalne choroby jelit Zespół jelita drażliwego Niedokrwienie jelita	Choroby towarzyszące Nadczynność tarczycy Cukrzyca Nowotwory AIDS Choroby tkanki łącznej
Przebieg biegunki Przewlekła Przerywana	Utrata masy ciała Zaburzenia wchłaniania Nowotwór	Czynniki wyzwalające biegunkę Dieta, stres	Biegunka jatrogenna Leki Naświetlanie rtg Operacje
Czas trwania	Epidemiologia Podróże Żywnie Woda	Czynniki zmniejszające biegunkę Dieta, leki	Nietrzymanie stolca

Tabela IV. Badanie fizykalne pacjenta z przewlekłą biegunką
Table IV. Physical examination of a patient with chronic diarrhea
Таблица IV. Медосмотр пациента с хронической диареей
Таблиця IV. Медогляд пацієнта з хронічною діареєю

Ogólne Stopień odwodnienia: napięcie skóry, gałek ocznych, ocena śluzówek jamy ustnej	Skóra Napadowe zaczernienie twarzy i tułowia w rakowiaku. Wysypka	Tarczyca Guzy Objawy nadczynności tarczycy: wytrzeszcz gałek ocznych.	Klatka piersiowa Nad polami płucnymi liczne świsty i firczenia w rakowiaku
Jama brzuszna Hepatomegalia Guzy Płyn a jamie otrzewnej Bolesność	Serce Szmerzy nad zastawkami	Badanie per rectum Krew w stolcu	Kończyny dolne Obrzęki

Pełna charakterystyka biegunki obejmuje więc: czas trwania, częstość, konsystencję, objętość, barwę stolca, domieszki (krwi, śluzu), towarzyszące bóle brzucha, a także objawy, takie jak gorączka, bóle brzucha i wymioty. Bardzo istotny jest rodzaj zachorowania - sporadyczne czy grupowe, jego związek z przebytych podróżami zagranicznymi, rodzaj ostatnio spożywanej diety, przebyte i aktualne leczenie z innych powodów oraz inne choroby, na które cierpi chory [3]. Na przykład u pacjentów z cukrzycą może pojawić się przewlekła biegunka spowodowana enteropatią cukrzycową.

BIEGUNKA ZAPALNA

Zapalna biegunka może być wywołana przez zapalne choroby jelit: chorobę *Crohna*, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroby infekcyjne takie jak zakażenie *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* i *Yersinia enterocolitica*, cytomegalowirusem, herpes simplex, gruźlicą, zapalenie niedokrwienne jelita i chorobę nowotworową. Ten rodzaj biegunki może się objawiać krwią w stolcu i obecnością dużej liczby leukocytów. Mogą jej towarzyszyć ogólnoustrojowe objawy reakcji zapalnej (gorączka, zwiększone stężenie białka CRP, wzrost OB). Aby potwierdzić rozpoznanie należy wykonać posiew stolca i kolonoskopię z biopsją.

BIEGUNKA WODNISTA

Do biegunki wodnistej zaliczana jest biegunka osmotyczna i wydzielnicza (sekrecyjna). Biegunka osmotyczna powstaje wskutek występowania w jelicie cienkim substancji osmotycznie czynnych, co prowadzi do wzrostu ciśnienia osmotycznego, gromadzenia się wody, soli, chlorków w jelicie cienkim, a to przekracza pojemność chłonną jelita cienkiego. Przyczyną biegunki osmotycznej może być niedobór laktazy, spożywanie dużej ilości mannitolu, sorbitolu. Zaburzenia wchłaniania wodorowęglanów powodują obniżenie pH stolca poniżej 6. Stolce w biegunce osmotycznej są pianiste i tryskające, charakteryzują się dużą wartością luki osmotycznej ($>125\text{mOsm/l}$) i stężeniem sodu $< 70\text{ mmol/l}$. Biegunka osmotyczna ustępuje na czczo i po zaprzestaniu spożywania osmotycznie czynnych substancji.

Biegunka wydzielnicza jest konsekwencją zwiększonego wydzielania w stosunku do wchłaniania soli i wody przez jelito cienkie i grube. Zaburzenie to mogą powodować: toksyny bakteryjne, wirusy, kwasy żółciowe, guzy hormonalnie czynne, niewydolność serca. Stolce w biegunce wydzielniczej są bardzo obfite (do kilku litrów na dobę), zawierają sól w stężeniu $> 70\text{ mmol/l}$ i charakteryzują się małą wartością luki osmotycznej ($<50\text{ mOsm/l}$). Zwykle biegunce towarzyszą dolegliwości bólowe brzucha. Pozostawienie pacjenta na czczo nie zmniejsza liczby i objętości wypróżnień.

Biegunka tłuszczowa

Głównymi przyczynami biegunki tłuszczowej są zaburzenia trawienia i wchłaniania. Zaburzenia trawienia wynikają z niewydolności

zewnętrznydzielnicy trzustki, natomiast zaburzenia wchłaniania są następstwem chorób śluzówki, najczęściej celiakii. U pacjentów w podeszłym wieku najczęstszymi przyczynami zaburzeń wchłaniania są celiakia, niewydolność trzustki i zespół przerostu flory bakteryjnej jelita cienkiego. Stolce w biegunce są tłuste, trudne do splukania wodą w muszli i mają zapach gnilny. W przypadku wykrycia biegunki tłuszczowej należy wykluczyć przyczyny organiczne, wykonując badania endoskopowe jelita cienkiego z pobraniem wycinków, obrazowe jamy brzusznej (ultrasonografia i tomografia komputerowa trzustki) i immunologiczne w kierunku celiakii [6].

Do badań laboratoryjnych potrzebnych dla ustalenia przyczyn biegunki należą: OB., morfologia krwi, elektrolity, kreatynina, mocznik, TSH, białko całkowite, enzymy trzustkowe, posiew stolca i badania wycinków histopatologicznych pobranych w czasie endoskopii jelit.

Bardzo ważnym elementem diagnostyki przewlekłej biegunki jest badanie stolca.

Badania laboratoryjne stolca:

- pH stolca
- stężenie potasu i sodu
- pułapka osmotyczna obliczana na podstawie wzoru: $290 - 2 ([Na+] + [K+])$. Wartość pułapki osmotycznej w biegunce wydzielniczej wynosi <50 mOsm/kg, natomiast w biegunce osmotycznej >50 mOsm/kg.

- posiew kału
- leukocyty w preparacie świeżego stolca świadczą o zakażeniu bakteryjnym
- laktoferyna w preparacie świeżego stolca świadczy o zakażeniu bakteryjnym
- badanie kału na krew utajoną
- zawartość tłuszczu w stolcu

Na podstawie badań laboratoryjnych stolca, można zakwalifikować biegunkę do kategorii wodnistych, zapalnych i tłuszczowych.

W celu przeprowadzenia szczegółowej diagnostyki wskazane jest wykonanie dodatkowych badań obrazowych przewodu pokarmowego: gastroscopii, kolonoskopii, ultrasonografii i tomografii komputerowej jamy brzusznej.

Przewlekła biegunka może być objawem następujących chorób:

Celiakia - jest chorobą autoimmunologiczną, wywołaną przez alergię na gliadynę, frakcję glutenu. U dorosłych objawy mogą się ujawnić po ostrej infekcji. Obserwuje się bóle brzucha, wzdęcia, przelewania, cuchnące, tłuste stolce. Rozpoznanie stawiamy na podstawie zmian histopatologicznych wycinka pobranego z jelita cienkiego, a także obecności wysokiego miana przeciwciał przeciw tkankowej transglutaminazie, przeciwdiagnostycznych, przeciwtretikuliny i przeciw endomysium. W leczeniu stosowana jest dieta bezglutenowa.

Zespół przerostu flory bakteryjnej jelita cienkiego charakteryzuje się obecnością przewlekłej biegunki, która może mieć charakter tłuszczowej lub wodnistej. Nadmierny rozplam bakterii w jelicie czczym powoduje dekonjugację soli kwasów żółciowych, co upośledza trawienie tłuszczów.

Rozpoznanie ustala się na podstawie ilościowych i jakościowych badań bakteriologicznych treści pobranej w czasie endoskopii z dwunastnicy. Leczenie polega na zastosowaniu antybiotyków aktywnych wobec bakterii beztlenowych.

Rzekomobłoniaste zapalenie jelit - może być związane ze stosowaniem każdego rodzaju antybiotyku, a zwłaszcza klindamycyny, linkomycyny, ampicyliny i cefalosporyn (wyjątkiem jest wankomycyna). Powstaje w wyniku nadmiernego wzrostu *Clostridium difficile*, bakterii, która wytwarza toksynę wywołującą swoiste zmiany zapalne jelit z obecnością błoniastego wysięku. Do objawów rzekomobłonistego zapalenia jelit należą: obfita, wodnista biegunka, kurczowe bóle brzucha i bolesne parcie na stolec, gorączka, szybko pogarszający się stan chorego. Objawy mogą pojawić się w ciągu 2 dni przyjmowania antybiotyku. Do badań potwierdzających obecność rzekomobłoniastego zapalenia jelit należy posiew stolca na obecność *Clostridium difficile* i endoskopia, która uwidoczni błony rzekome w jelicie grubym.

Zaburzenia przyswajania węglowodanów spowodowane są niedoborem enzymów trawiących węglowodany, najczęściej laktazy. Typowymi objawami spotykanymi w nietolerancji węglowodanów są wzdęcia, bóle brzucha, nadmierne oddawanie gazów i wodnista biegunka. Nietolerancja węglowodanów powoduje przedostawanie się niestrawionych cukrów do jelita grubego, gdzie pod wpływem bakterii są metabolizowane w procesie fermentacji powodując uwolnienie gazów, kwasów organicznych i substancji redukujących. W świeżym stolcu oznaczone pH wynosi poniżej 5,5 i świadczy o nadmiernej fermentacji. W leczeniu zaburzeń przyswajania węglowodanów stosujemy dietę eliminacyjną.

Zespół jelita drażliwego powstaje na podłożu długotrwałych zaburzeń motoryki jelita grubego o zmiennym nasileniu. Wyrazem tych zaburzeń, mogą być w tym zespole zupełnie przeciwstawne objawy: zaparcia lub biegunki. Bóle mogą przybierać postać kolki. W przypadku postaci biegunkowej słyszalne są głośne przelewania w brzuchu, jak również obserwowane są wzdęcia [1]. Rozpoznanie ustala się na podstawie stwierdzenia typowych objawów i wykluczenia chorób organicznych. W celu diagnostyki zespołu jelita drażliwego wskazane jest wykonanie badań laboratoryjnych krwi, moczu, stolca, kolonoskopji, badania ultrasonograficznego i tomograficzne badanie jamy brzusznej. Postawą leczenia jest dobra współpraca lekarza z pacjentem, wyjaśnienie choremu, że nie jest poważnie chory. Leki służą jedynie łagodzeniu objawów, nieustępujących pomimo wsparcia psychologicznego i modyfikacji diety.

Rakowiak - jest nowotworem hormonalnie czynnym przewodu pokarmowego. Zespół rakowiaka jest spowodowany wydzielaniem przez guz lub jego przerzuty substancji wazoaktywnych takich jak serotonina, bradykinina, histamina, prostaglandyny. Objawia się napadowym zaczerwienieniem twarzy i tułowia, sinicą indukowaną przez emocje, gorącą wodę, alkohol, napadowymi bólami brzucha, biegunką, hipotonią, zwłóknieniem zastawki trójdzielnej, dychawicą oskrzelową, obniżeniem libido. Przy rozpoznaniu rakowiaka pomocne

są oznaczenia stężenia kwasu 5-hydroksyindolooctowego w moczu, serotoniny i chromograniny A w surowicy krwi. W celu znalezienia lokalizacji nowotworu potrzebne są badania endoskopowe i obrazowe przewodu pokarmowego.

Nieswoiste zapalenie jelit obejmuje wrzodziejące zapalenie jelita grubego i chorobę *Leśniowskiego-Crohna*. Najważniejsze objawy wrzodziejącego zapalenia jelita grubego to biegunka, krwawienie z odbytnicy, wydalanie śluzu i ból brzucha (w 80-90%). Biegunka pojawia się w szerokiej skali - od luźnych do wodnistych stolców i od kilku do kilkunastu wypróżnień w ciągu dnia, występujących także nocą. Często domieszką w stolcu jest śluz, krew i ropa. W chorobie *Leśniowskiego - Crohna* biegunka występuje u 70-90% chorych. Krew w stolcu pojawia się u 30-35% chorych, nawracający ból brzucha u ok. 50% chorych, często kolkowy, najczęściej w dolnym prawym kwadrancie. Ponadto u chorego możemy obserwować gorączkę, nudności i wymioty. Do rozpoznania nieswoistej choroby zapalnej jelita konieczne jest badanie endoskopowe jelita z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.

Mikroskopowe zapalenie jelita grubego - jest przewlekłą idiopatyczną chorobą zapalną przewodu pokarmowego o nieznanym etiologii. Stanowi częstą przyczynę przewlekłej, bezkrwistej biegunki, szczególnie u osób powyżej 70 roku życia (10-20% przypadków diagnozowanych z tego powodu). Rozpoznanie to obejmuje dwie postaci kliniczne: zapalenie kolagenowe i limfocytowe. Wspólnym mianownikiem dla obu postaci jest obecność mikroskopowych zmian histopatologicznych przy prawidłowym obrazie endoskopowym i radiologicznym u pacjentów z przewlekłą biegunką bez domieszek patologicznych w stolcu [2].

Przewlekłe zapalenie trzustki - jest procesem prowadzącym do nieodwracalnej utraty mięszu oraz zastępowaniem go tkanką łączną. Głównymi klinicznymi objawami są: nawracające bóle brzucha, spadek masy ciała oraz niewydolność zewnątrz- i wewnątrzwydzielnicza trzustki. Głównym czynnikiem etiologicznym przewlekłego zapalenia trzustki jest nadmierne spożywanie alkoholu. Biegunka tłuszczowa jest późnym objawem niewydolności egzokrynnej trzustki [5].

Rak jelita grubego - zajmuje w Polsce drugie miejsce wśród przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe. Do najczęstszych objawów raka jelita grubego należy krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i biegunka z dużą ilością śluzu. Najważniejszym badaniem diagnostycznym w raku jelita grubego jest kolonoskopia, która umożliwia wykrycie guza i pobranie wycinków do badania histopatologicznego. Często objawem raka jelita grubego jest niedokrwistość niedobarwliwa i dodatni test na obecność krwi w stolcu.

Leczenie przewlekłych biegunek

W każdym przypadku biegunki należy, starać się ustalić przyczynę biegunki i wdrożyć leczenie przyczynowe. Największym zagrożeniem dla życia pacjentów z biegunką jest odwodnienie i utrata elektrolitów. Dlatego też, niezwykle istotne jest prawidłowe nawadnianie oraz uzupełnianie niedoborów elektrolitowych. W przypadku pacjentów z łagodną do umiarkowanej nasiloną biegunką można

zastosować suplementację doustną np. podając pacjentom preparat *Gastrolit*. W przypadku pacjentów z ciężką biegunką należy stosować dożylną suplementację płynów i elektrolitów.

Opiaty są zwykle lekami pierwszego rzutu w terapii biegunki, powszechnie używanym preparatem jest loperamid. Substancja ta hamuje pasaż treści przez przewód pokarmowy, co przedłuża czas kontaktu z błoną śluzową i zwiększa absorpcję. W leczeniu biegunki spowodowanej cukrzycą pomocne może być stosowanie klonidyny. Jest ona agonistą receptorów α_2 -adrenergicznych, zwalnia pasaż przewodu pokarmowego oraz zwiększa wchłanianie jelitowe. Głównym ograniczeniem w stosowaniu klonidyny jest ośrodkowe działanie hipotensyjne, czego skutkiem może być hipotonia ortostatyczna.

W przypadku ciężkiej biegunki korzystny efekt można uzyskać przez zastosowanie oktreotydu. Oktreotyd to syntetyczny analog somatostatyny, który hamuje sekrecję w przewodzie pokarmowym, uwalnianie większości hormonów przewodu pokarmowego i neurotransmiterów oraz może hamować perystaltykę przewodu pokarmowego.

U dzieci przewlekająca się biegunka jest wskazaniem do zastosowania diety o znaczeniu diagnostycznym i leczniczym – bez laktozy i sacharozy, bez glutenu, bez białek mleka krowiego. Dieta lecznicza odgrywa jednocześnie rolę próby diagnostycznej (eliminacji). Na przewlekającą się biegunkę część autorów poleca najpierw empiryczne leczenie giardiozy, zwłaszcza u osób z terenów jej częstego występowania. Giardioza jest to choroba pasożytnicza jelita cienkiego wywoływana przez pierwotniaki z gatunku *Lamblia intestinalis*. W razie dalszego utrzymywania się objawów konieczne jest przeprowadzenie szczegółowej diagnostyki, w tym badania laboratoryjnego stolca. Metronidazol jest skuteczny w leczeniu zespołu przerostu bakteryjnej flory jelita cienkiego. Wspomagającą rolę w leczeniu przewlekającej się biegunki odgrywają probiotyki. Probiotyki są to podawane doustnie wyselekcjonowane kultury bakteryjne lub drożdży, najczęściej pałeczki kwasu mlekowego (*Lactobacillus*), których zadaniem jest przywrócenie prawidłowej flory jelitowej oraz korzystne działanie immunomodulacyjne [1-7].

A. Prystupa, D. Skomorowska, J. Schabowski, J. Mosiewicz

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF A PATIENT WITH CHRONIC DIARRHEA IN THE PRACTICE OF A FAMILY PHYSICIAN

Summary

Chronic diarrhea is defined as loose stools that last for at least four weeks. A wide range of conditions can cause chronic diarrhea; some of the most common causes include irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease (*Crohn's* disease and ulcerative colitis), malabsorption syndromes, and chronic infections. In this article were described the causes, diagnostics methods and treatment of chronic diarrhea.

А. Приступа, Д. Скоморовска, Я. Схабовски, Я. Мосевич

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕЕЙ В КАБИНЕТ
СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Аннотация

Хроническая диарея характеризуется жидким стулом, на протяжении, как минимум 4 недель. Среди многих причин, которые могут вызвать хроническую диарею, упоминается о синдроме раздражённого кишечника, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и неспецифический язвенный колит), нарушения переваривания и всасывания, хронические инфекции. В статье описываются причины, методы диагностики и лечения хронической диареи.

А. Приступа, Д. Скоморовска, Я. Схабовски, Я. Мосевич

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ДІАРЕЄЮ У КАБІНЕТ
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Анотація

Хронічна діарея характеризується рідким стільцем, на протязі, як мінімум 4 тижнів. Серед багатьох причин, які можуть викликати хронічну діарею, згадується про синдром роздратованого кишечника, запальні захворювання кишечника (хвороба Крона і неспецифічний виразковий коліт), порушення травлення і всмоктування, хронічні інфекції. У статті описуються причини, методи діагностики та лікування хронічної діареї.

PIŚMIENNICTWO

1. Camilleri M., Choi MG.: Review article: irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997, 11, 3-15.
2. Chruścielewska –Kiliszek M.: Mikroskopowe zapalenie jelita grubego- dwie choroby czy jedna? *Postępy nauk medycznych*, 2009,22, 118-122.
3. Gabryelewicz A.: *Gastroenterologia w praktyce*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
4. Headstrom P.D., Surawicz Ch.M.: Chronic Diarrhea. *Clinical Gastroenterology and hepatology* 2005, 3, 734-737.
5. Sarles H. Definitions and classifications of pancreatitis. *Pancreas*, 1991, 6, 470-474.
6. Schiller L.R.: Chronic diarrhea. *Current Treatment Options in Gastroenterology* 2005,8: 259-266.
7. Schiller L.R.: Chronic diarrhea. *Gastroenterology* 2004,127:287-293.

Data otrzymania: 05.10.2009.

Adres Autorów: 20-081, Lublin, ul. Staszica 16, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1.