

4 

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему
«Синдромы нарушения пищеварения и всасывания при заболеваниях ЖКТ»

Выполнила:
Обучающаяся 2 курса 1 группы
педиатрического факультета
Меликян Рита Кареновна

Волгоград 2018г.

Содержание:

Введение.....	3
Цель и задачи научно-исследовательской работы.....	3
Теоретическая часть НИР.....	4
Выводы.....	12
Список литературы.....	11

Введение

Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) - это система органов у человека, предназначенная для переработки и извлечения из пищи питательных веществ, всасывания их в кровь и лимфу и выделения из организма непереваренных остатков. Является частью пищеварительной системы человека.

Синдромы заболеваний желудка определяются его секреторной активностью. Эти синдромы включают болевой синдром и диспептические явления, которые можно условно разделить на синдромы желудочной и кишечной диспепсии.

Цель и задачи научно-исследовательской работы: изучить синдромы нарушения пищеварения и всасывания при заболеваниях ЖКТ

Заболевания кишечника синдром диареи

Диарея– это клинический синдром, характеризующийся увеличением объема каловых масс, числа дефекаций (три и более раз в сутки) и / или наличием неоформленного или жидкого стула.

В норме здоровый человек за сутки выделяет 100-300 г кала (в среднем 200 г). Нормальное число дефекаций – от 1 раза в 2 суток до 2 раз в сутки.

Диарея– это не самостоятельное заболевание, а проявление многих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

По течению различают острую и хроническую диарею. Диарея длительностью до 3 недель считается острой, более 3 недель –хронической.

Выделяют три степени тяжести диареи:

- легкая степень – частота стула до 6 раз в сутки;
- средняя степень – частота стула 6-8 раз в сутки;
- тяжелая степень – более 8 раз в сутки.

Различают еще инфекционную и неинфекционную диарею.

По патогенезу выделяют четыре вида диареи:

- 1) секреторная
- 2) гиперэкссудативная
- 3) гиперосмолярная
- 4) гипер- и гипокинетическая

В их основе лежат различные механизмы. Каждому заболеванию свойственен тот или иной вид диареи, а иногда их сочетание.

В основе секреторной диареи лежит усиление секреции натрия и воды в просвет кишки. Это происходит под действием бактериальных токсинов. Примером является диарея при холере. Экзотоксин («холероген») проникает через рецепторные зоны в энтероциты и активирует аденилатциклазу, которая способствует усилению синтеза циклического 3'-5'-аденозинмонофосфата. Это приводит к повышению секреции электролитов и воды энтероцитами. При секреторной диарее осмотическое давление каловых масс ниже осмотического давления плазмы крови. При этом стул водянистый, обильный, иногда зеленого цвета.

В генезе гиперэкссудативной диареи лежит выпотевание в просвет кишки плазмы крови, слизи, сывороточных белков. Этот вид диареи имеет место

при воспалительном процессе в кишечнике (сальмонеллез, шигеллез), но он наблюдается и при неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, туберкулезе кишечника, лимфоме, карциноме и ишемической болезни кишечника. Осмотическое давление каловых масс выше осмотического давления плазмы крови. Стул обычно жидкий, с примесью крови, слизи и гноя.

Гиперосмолярная диарея наблюдается при синдроме нарушенного всасывания, дисахаридазной недостаточности и при употреблении солевых слабительных. Осмотическое давление каловых масс выше осмотического давления плазмы крови. Стул обычно обильный, жидкий, с примесью полупереваренной пищи.

Гипер- и гипокINETическая диарея возникает при нарушениях транзита кишечного содержимого. В ее основе лежит повышение или снижение моторики кишечника. Она наблюдается у больных с синдромом раздраженного кишечника, при неврозах и при употреблении слабительных и антацидных средств. Осмотическое давление каловых масс соответствует осмотическому давлению плазмы крови. Стул обычно жидкий или кашицеобразный, необильный.

Кроме этого при расспросе больных по характеру стула можно определить уровень поражения желудочно-кишечного тракта. Так, если у больного жидкий стул малыми порциями, отмечаются тенезмы (ложные, болезненные позывы на испражнение) и императивные позывы, то это наблюдается при поражении дистального отдела толстой кишки. Обильный стул (полифекалия) – признак поражения тонкой кишки.

Синдром недостаточности пищеварения

Синдром недостаточности (нарушения) пищеварения (син.: синдром мальдигестии) — симптомокомплекс, характеризующийся нарушением пищеварения в пищеварительном тракте. Различают следующие формы нарушения пищеварения:

- 1) нарушения преимущественно полостного пищеварения, которые нередко обозначаются как диспепсии;
- 2) нарушения пристеночного кишечного пищеварения;
- 3) смешанные формы. Выделяют также острые, подострые и хронические формы нарушений пищеварения (диспепсий).

Этиология и патогенез. Причины нарушений пищеварения можно условно распределить на 6 основных групп.

1. Наследственный дефицит тех или иных пищеварительных ферментов. Например, при врожденной лактазной недостаточности в кишечнике плохо или совсем не расщепляется молочный сахар — лактоза. Люди с такой патологией плохо переносят молоко. При исключении из рациона молока или молочных продуктов нарушения пищеварения исчезают.

2. Разнообразные нарушения питания, вызывающие алиментарные диспепсии. Так, при преобладании в пище углеводистых продуктов, свежесдобитых хлебных продуктов, чрезмерном употреблении бродильных напитков (квас и др.) возникает бродильная диспепсия. При резком преобладании в пище белковых продуктов возникает гнилостная диспепсия; при преобладании повышенного количества жиров возникает жировая, или «мыльная», диспепсия.

3. Различные интоксикации, вызывающие как экзогенные (например, при отравлении несъедобными грибами, некоторыми ядовитыми (промышленными) веществами, лекарственными препаратами, например сердечными гликозидами, слабительными и др.), так и эндогенные (например, диспепсия при почечной недостаточности и уремии, печеночной недостаточности) диспепсии.

4. Нарушения нервной регуляции функции кишечника, вызывающие диспепсию нейрогенную (например, при стрессовых ситуациях, сильном волнении).

5. Острые или хронические кишечные инфекции, паразитарные инвазии и т. д. (подробно рассматриваются в курсе инфекционных болезней).

6. Нарушение преимущественно выделения пищеварительных соков или снижение содержания в них тех или иных пищеварительных ферментов. Обычно наблюдается при хронических заболеваниях органов пищеварения или обширных операциях (например, с резекцией части желудка, кишечника). По этому признаку выделяют несколько видов диспепсий: желудочная, или гастрогенная, диспепсия наблюдается при атрофических гастритах, ахилических состояниях; панкреатогенная диспепсия возникает при хронических заболеваниях поджелудочной железы, протекающих с нарушением ее внешнесекреторной функции» (внешнесекреторная) поджелудочной железы, печеночная диспепсия обусловлена

недостаточностью поступления в кишечник желчи и нарушением переваривания вследствие этого жиров.

Кишечная диспепсия обусловлена заболеванием кишечника и нарушением его секреции и перистальтики.

Нарушения пищеварения, наблюдаемые в терапевтической практике, чаще всего бывают следствием хронических заболеваний органов пищеварения. Нередко их происхождение обусловлено несколькими факторами: неправильным питанием, недостаточным выделением пищеварительных соков и низким содержанием в них ферментов, ускорением прохождения содержимого по кишечнику. Вследствие неполного расщепления пищевых веществ собственными пищеварительными ферментами в кишечнике нередко вторично развивается кишечный дисбактериоз (дисбиоз). При этом аномальная кишечная флора активно участвует в ферментативном расщеплении пищевых веществ в кишечнике с образованием ряда токсичных продуктов (аммиак, индол, скатол, низкомолекулярные жирные кислоты и др.), вызывающих дополнительное раздражение слизистой оболочки кишечника, усиление ее перистальтики и интоксикацию организма. При длительных нарушениях пищеварения независимо от вызвавшей их причины постепенно возникают или усиливаются (если имело место ранее) воспалительные и воспалительно-склеротические процессы в стенке кишечника. Недостаточность пристеночного пищеварения бывает врожденного характера (недостаточная продукция тех или иных ферментов, выделяемых слизистой оболочкой тонкой кишки), однако чаще она имеет приобретенный характер и возникает на фоне длительного воспалительного процесса.

Клиническая картина. Основными симптомами при нарушениях пищеварения различного происхождения являются так называемые диспепсические расстройства: ощущение давления, тяжести в эпигастральной области (при желудочной диспепсии) или по всему животу, отрыжка, нередко с неприятным запахом, поташнивание, срыгивание, снижение аппетита, ощущение урчания, переливания в животе, вздутие живота, обильное газообразование, нарушение стула (вплоть до выраженной диареи).

В случае бродильной диспепсии стул обладает кислым запахом, обильный, частый. При гнилостной диспепсии стул также учащен до 3-4-5 раз в день, обладает особо неприятным гнилостным запахом. При жировой диспепсии фекальные массы обильные, часто полужидкой консистенции, с жирным блеском и запахом прогорклого масла, следы кала плохо смываются с дна унитаза. Ахолический стул с большим содержанием жира, обильный, наблюдается в случае непоступления в кишечник желчи. Причиной непоступления могут быть стриктуры (сужение) общего желчного протока или сдавление его, например, опухолью, спайками, образующимися после воспалительного процесса или оперативного вмешательства в этой области.

Нарушения пищеварения подтверждаются копрологическими исследованиями: при микроскопическом исследовании определяют недостаточно переваренные микроостатки пищи, выявляются амилорея, креаторея, стеаторея. Преобладание стеатореи с наибольшей вероятностью свидетельствует о тяжелом заболевании поджелудочной железы с внешнесекреторной недостаточностью [среди основных ингредиентов пищи труднее всего перевариваются жиры и почти исключительно панкреатическим ферментом липазой (фермент класса гидролаз)]. При тяжелых нарушениях пищеварения в фекалиях нередко обнаруживаются макроскопически кусочки непереваренной пищи.

Для уточнения диагноза проводят исследование желудочного сока на содержание хлористоводородной (соляной) кислоты, пепсина, проводят рН-метрию. С помощью специального зонда и современных стимуляторов секреции поджелудочной железы (секретин, панкреозимин, церулеин) получают сок поджелудочной железы и определяют в нем содержание панкреатических ферментов. В дуоденальном содержимом определяют наличие желчи. С помощью контрастной рентгенографии исследуют время прохождения («пассажа») контрастной взвеси (бария сульфат) по кишечнику; при нарушениях пищеварения оно обычно ускорено. Проводят также бактериологическое исследование с целью выявления нарушения баланса кишечной микрофлоры.

Для выявления органной патологии, являющейся причиной нарушений пищеварения (заболевание желудка, поджелудочной железы, кишечника, печени) применяют необходимый комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования.

Для определения состояния пристеночного пищеварения используют метод аспирационной биопсии слизистой оболочки тонкой кишки (проксимальных отделов тощей кишки), проводят гистологическое исследование, а в гомогенатах биоптатов при последовательной десорбции их исследуют активность кишечных ферментов. Метод изучения гликемической кривой после пероральных нагрузок (в разные дни) поли-, ди- и моносахаридами помогает дифференцировать нарушения полостного, пристеночного пищеварения и нарушения всасывательной способности слизистой оболочки тонкой кишки.

Синдром недостаточности кишечного всасывания

Синдром недостаточности кишечного всасывания (син.: синдром мальабсорбции) — симптомокомплекс, возникающий вследствие расстройства процессов всасывания в тонкой кишке. Нередко сочетается с синдромом недостаточности пищеварения.

Этиология и патогенез. Различают первичный и вторичный синдромы недостаточности всасывания.

Первичный синдром недостаточности всасывания развивается в результате наследственных нарушений тонкой структуры слизистой оболочки кишечной стенки и генетически обусловленной кишечной ферментопатии.

Вторичный синдром недостаточного всасывания развивается вследствие приобретенных структурных изменений слизистой оболочки тонкой кишки (острый и хронический энтерит, резко ускоренный пассаж содержимого тонкой кишки, резекции тонкой кишки и др.). При острых и подострых состояниях основное значение имеют нарушения внутрикишечного переваривания пищевых продуктов и ускоренный пассаж содержимого по кишечнику, в результате которого сокращается время контакта содержимого, поступающего из желудка, с всасывающей поверхностью кишечника; при хронических — дистрофические, атрофические и склеротические изменения эпителия и собственного слоя слизистой оболочки стенки кишки, укорочение и уплощение ворсин и крипт, метаплазия призматического (обладающего всасывательной способностью) кишечного эпителия в секретирующий слизь, резкое сокращение числа микроворсинок, развитие фиброзной ткани в стенке кишки с нарушением в ней крово- и лимфотока и процессов пристеночного пищеварения.

Перечисленные изменения приводят к недостаточному поступлению в организм продуктов гидролиза белков, жиров, углеводов, а также минеральных солей и витаминов через кишечную стенку и развитию алиментарной дистрофии. Нарушение всасывания пищевых веществ способствует обильному расселению микрофлоры в тонкой кишке (кишечный дисбактериоз), что в свою очередь усугубляет нарушения кишечного пищеварения и всасывания, нарушает кишечную перистальтику.

Клиническая картина. Характерно постепенное истощение больного. Наблюдаются симптомы расстройства обмена веществ (белкового, жирового, витаминов, водно-солевого), дистрофические изменения во внутренних органах с постепенно возникающими нарушениями их функций, а также диареей, стеатореей, креатореей и амилореей. Развиваются гипопроteinемия в основном за счет снижения содержания в сыворотке крови альбуминов, гипохолестеринемия, гипокальциемия, умеренная гипогликемия. При гипопроteinемии ниже 4—5г% возникают гипопроteinемические отеки. Характерны симптомы полигиповитаминоза; остеопороз, анемия (гипохромная — при преимущественном нарушении всасывания железа и гиперхромная — при нарушении всасывания витамина В12), трофические изменения кожи, ногтей, прогрессирующая атрофия мышц, явления

недостаточности желез внутренней секреции, общая слабость, в тяжелых случаях — ацидоз, кахексия.

Лабораторные методы позволяют определить гипопротеинемию, гипохолестеринемию и другие нарушения, являющиеся следствием недостаточного всасывания в кишечнике. При копрологическом исследовании выявляют повышенное выделение непереваренных пищевых веществ, а также продуктов их ферментативного расщепления.

Энтеробиопсия позволяет определить атрофические изменения слизистой оболочки проксимальных отделов тонкой кишки. Для исследования процессов всасывания используют разнообразные специальные методы: йод-калиевую пробу, пробу с D-ксилозой, галактозой, фолиевой кислотой, тест на всасывание железа и др.

В последнее время используют методы с применением меченных радиоактивными изотопами альбумина, олеиновой кислоты, метионина, витамина B12, фолиевой кислоты и других веществ. Принцип основан на определении их концентрации, времени появления в крови, выведения некоторых из них с мочой, а также исследовании остаточной радиоактивности каловых масс, по которой судят о количестве невсосавшихся веществ. Используется также метод еюноперфузии.

Течение зависит от характера основного заболевания и возможности его излечения. В тяжелых неизлечимых случаях прогноз неблагоприятный.

Выводы

Основные причины заболеваний ЖКТ: Неправильное питание, стрессы, долгий приём лекарственных препаратов, вредные привычки (алкоголь и курение), неправильное лечение, несвоевременная диагностика.

Основные симптомы заболеваний ЖКТ: Боли, рвота, тошнота, тяжесть в желудке, изжога, бледность, усталость.

Список литературы:

- Пропедевтика внутренних болезней: учебное пособие для студентов лечебного, педиатрического, медико-психологического факультетов /М.А. Лис, Ю.Т. Солоненко, К.Н. Соколов – Гродно: ГрГМУ, 2013г.
- Практическое руководство "Пропедевтика внутренних болезней" в 2-х томах, под ред., Маева И.В., Шестаков В.А. – Изд-во Академия, 2014г.
- Пропедевтика внутренних болезней: Учеб. лит. Для студентов медицинских вузов – 5-е изд., перераб. И доп. / Гребнев А. Л. – М.: Медицина, 2013г.
- Пропедевтика внутренних болезней: ключевые моменты: учебное пособие / под ред. Ж.Д. Кобалава, В.С. Моисеева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013

Рецензия на НИР

студентки 2 курса педиатрического факультета 1 группы

Меликян Риты Кареновны

**(по результатам прохождения производственной практики по
получению профессиональных умений и опыта профессиональной
деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-
исследовательская работа))**

Представленная научно-исследовательская работа соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

В целом работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР. Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации. Однако есть некоторые недочеты при обобщении и анализе полученного материала, формулировании выводов студентом. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Кроме того, в работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

В целом работа заслуживает оценки «хорошо» (4).



(подпись)

Деревянченко М.В.