

Р ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения и ~~социального~~ развития России

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

*Н. Ферф.  
список мен-фак!*

Научно-исследовательская работа на тему:

«Синдромы нарушения пищеварения и всасывания при заболеваниях  
желудочно-кишечного тракта»

Выполнила:

Студентка 2 курса 9 группы  
педиатрического факультета

Волоконская Мария Александровна

Волгоград 2018г

## Содержание

1. Введение (цель, задачи).....	3
2. Понятия мальабсорбции и мальдигестии.....	4
3. Синдром мальдигестии.....	4
4. Синдром мальабсорбции.....	5
5. Клиника синдромов.....	5-6
6. Диагностика синдромов.....	6-8
7. Выводы.....	9
8. Литература .....	10

## **Введение.**

Комплекс расстройств, возникающих в организме в результате нарушения процессов переваривания и всасывания, получил название синдрома **мальабсорбции**. Синдром мальабсорбции может развиваться при различных патологических состояниях. В первую очередь к ним относятся заболевания, протекающие с недостаточной выработкой тех или иных пищеварительных ферментов: хронический панкреатит, дисахаридазная недостаточность, болезни печени и желчевыводящих путей, сопровождающиеся снижением поступления желчи в кишечник. Сравнительно большую группу составляют заболевания, при которых поражается эпителий слизистой оболочки тонкой кишки: целиакия (глютеновая энтеропатия, развивающаяся вследствие наследственно обусловленного снижения активности пептидаз тонкой кишки, расщепляющих белок злаковых культур глиадин), амилоидоз кишечника, лимфомы тонкой кишки, радиационный энтерит, поражения слизистой оболочки тонкой кишки при иммунодефицитных состояниях и др. К развитию синдрома мальабсорбции могут привести операции, в частности, обширные резекции желудка и тонкой кишки (особенно с удалением очень важных в функциональном отношении отделов — тощей и подвздошной).

Недостаточное поступление в организм питательных веществ приводит к прогрессирующей потере массы тела. Уменьшение содержания альбуминов в крови (помимо уменьшения всасывания, этому в ряде случаев может способствовать и увеличенная потеря белка желудочно-кишечным трактом) обуславливает снижение онкотического давления плазмы и приводит к появлению отеков. Снижение всасывания железа и витамина В12 способствует возникновению анемии.

**Цель:** Изучить теорию о синдромах нарушения всасывания и пищеварения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

**Задачи:** 1. Ознакомиться с понятиями «МАЛЬАБСОРБЦИИ» и «МАЛЬДИГЕСТИИ»

2. Изучить симптомы данных синдромов

3. Понять при каких заболеваниях происходят нарушения всасывания и переваривания .

## **СИНДРОМЫ МАЛЬАБСОРБЦИИ И МАЛЬДИГЕСТИИ**

**Синдромы мальабсорбции и мальдигестии** – это синдромы недостаточности пищеварения и всасывания. Эти нарушения тесно связаны и наиболее выражены при патологии тонкой кишки.

**Мальдигестия** может быть врожденная (недостаточность ферментов: дисахаридаз, пептидаз – глютеновая болезнь). Приобретенный синдром мальдигестии наблюдается при заболеваниях органов пищеварения (прежде всего тонкой кишки, поджелудочной железы), это вторичная ферментопатия. Дефицит белка, витаминов, микроэлементов, несбалансированность питания, аминокислотный дисбаланс, нарушение соотношения между жирными кислотами, водо- и жирорастворимыми витаминами, минеральными солями могут приводить к стойким метаболическим расстройствам.

**Выделяют следующие формы недостаточности пищеварения:** полостного, пристеночного (мембранного), внутриклеточного и смешанного. Клиника при этом одинакова, но патогенез нарушения пищеварения разный.

**Недостаточность полостного пищеварения** – это неполное расщепление пищевых веществ в полости кишечника. Наблюдается при некомпенсированной секреторной недостаточности желудка, кишечника, поджелудочной железы, нарушении желчеотделения, а также двигательной активности ЖКТ (застой на фоне спазма, стеноза, сдавления кишки или ускоренный пассаж из-за гипермоторики). Полостное пищеварение может нарушаться под действием алиментарных факторов – переедание, несбалансированное питание, особенно в сочетании с психическим или физическим напряжением. Перегревание, переохлаждение тормозят секрецию желез и могут стать причиной нарушения полостного пищеварения.

**Недостаточность пристеночного пищеварения** обусловлена хроническими заболеваниями тонкой кишки, при которых наблюдаются изменения структуры кишечных ворсинок и их числа. Недостаточность внутриклеточного пищеварения вызывается первичными или вторичными ферментопатиями.

**Синдром мальабсорбции** – это расстройства всасывания в кишечнике одного или нескольких питательных веществ и связанные с этим нарушения обменных процессов. В клинике не отличим от мальдигестии, но при тонких исследованиях пищеварительной и всасывательной функции это можно было бы сделать. Однако для практической медицины четкое разделение синдромов не существенно. Выделяют **первичный (наследственный)** синдром мальабсорбции, когда дефицит специфических ферментов-переносчиков вызывает нарушение всасывания триптофана, глютена, дисахаридаз и др. **Вторичный (приобретенный)** синдром мальабсорбции характерен для тяжелой патологии тонкой кишки, ее резекции. Имеют значение также алиментарные факторы - белковая и витаминная недостаточность.

По степени тяжести синдром мальабсорбции может иметь легкое, среднетяжелое и тяжелое течение.

#### **I степень тяжести.**

У пациентов уменьшается масса тела (не более чем на 5–10 кг), снижена работоспособность; беспокоит общая слабость; имеются признаки поливитаминовой недостаточности.

#### **II степень тяжести.**

У пациентов наблюдается значительный дефицит массы тела (в 50% случаев более 10 кг), выраженные признаки поливитаминовой недостаточности и дефицита электролитов (калия, кальция); анемия, гипофункция половых желез.

#### **III степень тяжести.**

У большинства пациентов дефицит массы тела может превышать 10 кг. У всех больных отмечаются выраженные признаки поливитаминовой недостаточности и дефицита электролитов (калия, кальция, железа); могут

быть судороги, остеопороз, анемия, отеки; дисфункция эндокринной системы.

### **Клиника выраженного синдрома мальабсорбции (мальдигестии)**

характеризуется местными энтеральными симптомами и общими. **Местный энтеральный синдром** – это разнообразные проявления кишечной диспепсии – метеоризм, урчание, переливание, поносы с полифекацией, признаками стеатореи, креатореи, амилореи. Больные жалуются на боли, локализирующиеся в основном вокруг пупка и вызванные как спастическими, так и дистензионными причинами. **Общий энтеральный синдром** включает в себя все виды обменных нарушений. Нарушения белкового, жирового, углеводного обменов вызывают истощение больных, общую слабость, снижение работоспособности, иногда психические расстройства, снижение иммунологической реактивности, множественную эндокринную недостаточность (гипокортицизм, аменорея, импотенция и др.). Наблюдается полигиповитаминоз, в том числе жирорастворимых витаминов АДЕК. У больных наблюдаются трофические изменения кожи (сухость, шелушение, местами гиперпигментация), выпадение волос, ломкость ногтей, гипопропротеинемические отеки, атрофия мышц. Недостаточность витамина В1 сопровождается появлением парестезий в руках и ногах, болями в ногах, бессонницей. Дефицит никотиновой кислоты вызывает глоссит, пеллагроидные изменения кожи, хейлит, ангулярный стоматит. Гиповитаминоз С в сочетании с нарушением всасывания витамина К, необходимого для синтеза ряда белков-прокоагулянтов в печени, обуславливает кровоточивость десен, кровоизлияния на коже. Недостаточность витамина А – это не только трофические изменения кожи и слизистых оболочек, но и нарушение ночного зрения (“куриная слепота”). Нарушения всасывания железа, витамина В12, фолиевой кислоты приводят к развитию анемии. Дефицит калия, натрия вызывает тахикардию, гипотонию, жажду, сухость кожи, языка, боли и слабость в мышцах, снижение сухожильных рефлексов, аритмии (чаще экстрасистолия). Недостаточность всасывания кальция и дефицит витамина Д обуславливают повышенную нервно-мышечную возбудимость (судороги, положительный симптом мышечного валика), онемение губ, пальцев, остеопороз, остеомаляция.

### **Диагностика синдромов мальабсорбции и мальдигестии.**

В клиническом анализе крови подтверждается наличие анемии, чаще железодефицитной (гипохромной). При биохимическом исследовании

определяется гипоальбуминемия, гипопроteinемия, гипохолестеринемия, снижение содержания липидов, иммуноглобулинов, калия, натрия, кальция, железа. Может наблюдаться гипогликемия после нагрузки глюкозой в связи с нарушением всасывания глюкозы в кишечнике, определяется плоская сахарная кривая.

При копрологическом исследовании определяется полифекалия, в кале видны остатки непереваренной пищи (лиенторея), при микроскопическом исследовании находят капли нейтрального жира (стеаторея), непереваренные и частично переваренные мышечные волокна (креаторея), переваримую клетчатку, крахмал (амилорея). Описанные признаки характеризуют прежде всего нарушения переваривания пищи. Наиболее убедительными знаками нарушения всасывания являются жирные кислоты и их соли (мыла), которые в большом количестве встречаются в кале именно при синдроме мальабсорбции.

Для изучения двигательной активности и морфологических изменений тонкой кишки раньше использовали рентгенографию кишечника с пассажем сульфата бария, когда после попадания контрастного вещества в начальные отделы тонкой кишки каждые 30 минут производили рентгеновские снимки до достижения контрастом слепой кишки. Ясно, что этот метод не может дать достоверной информации о состоянии кишечника. В качестве модификации этого метода можно перед рентгеновским исследованием ввести сульфат бария в 12-перстную кишку через зонд. Но и этот метод не может считаться достаточно информативным.

Более убедительные данные можно получить при биопсии слизистой оболочки дистальных отделов 12-типерстной или тощей кишки, морфологические изменения которых, как правило, идентичны другим отделам тонкого кишечника, особенно, если для эндоскопии используется длинный эндоскоп (еюноскоп).

В настоящее время разрабатывается метод исследования желудочно-кишечного тракта с помощью эндоскопической капсулы. Капсула регистрирует изображение тонкого кишечника, малодоступного для других методов исследования, и передает данные по радиочастотам на записывающее устройство (помещается на поясе у больного). Обработка полученных данных осуществляется с помощью компьютерной программы.

Оценка всасывания может быть проведена с помощью теста с Д-ксилозой, галактозой и с другими дисахаридами. С этой же целью используется иод-

калиевая проба, радиоизотопные методы с меченым альбумином, казеином, олеиновой кислотой, витамином В12.

В последние годы предложен дыхательный водородный тест, который позволяет оценить моторику тонкого кишечника, нарушения всасывания, диагностировать микробную контаминацию тонкой кишки. Метод основан на том, что водород образуется в кишечнике наряду с метаном при метаболизме углеводов, а поскольку он при всасывании (около 15%) плохо растворяется в крови, то попадает в легкие и выдыхается. Специальный прибор улавливает изменения концентрации в выдыхаемом воздухе. Больному дают углеводы (лактоза, крахмал, мальтоза, сахароза и др.) Если всасывание нарушено, то подъем кривой выведения водорода выше (больше углеводов попало в толстую кишку). Определение моторики (измерение ороекального транзита) производится с помощью синтетического сахара лактулозы. Лактулоза всасывается в тонкой кишке и подъем кривой означает, что лактулоза попала в толстую кишку и метаболизируется ее микрофлорой. Норма – 70-80 мин. Для микробной контаминации тонкой кишки характерна двугорбая кривая с лактулозой, первый подъем – гидролиз лактулозы микрофлорой в тонкой кишке, второй – в толстой.



**Вывод:** Изучила теорию о синдромах нарушения всасывания и переваривания при заболеваниях ЖКТ. Выделила главные понятия мальабсорбции и мальдигестии-синдром недостаточности пищеварения и всасывания. Данные синдромы обусловлены как хроническими (приобретенными), так и врожденными заболеваниями. Главные симптомы данных синдромов: Диарея (жидкий стул),стеаторея (жирный стул): стул маслянистый, урчание и боли в животе. Жажда, слабость в мышцах,потускнение кожи, выпадение волос, расслаивание ногтевых пластин. Вздутие живота, тошнота.

## Литература

1. Методические указания по ЖКТ (РостГМУ-2015г.) ?
2. Пропедевтика внутренних болезней –Лис М.А. 2011г
3. Пропедевтика внутренних болезней. Гастроэнтерология. Учебное пособие-Ивашкин В.Т, Драпкина О.М-2012г.
4. Сайт МедУнивер(диагностика) ?

## Рецензия на НИР

студентки 2 курса 9 группы по специальности 31.05.02 Педиатрия

**Волоконской Марии Александровны**

**(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)

Дервянченко М.В.