

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра Госпитальной педиатрии № 1

ЛЕКЦИЯ

ТЕМА: «Синдром мальабсорбции»

ТАШКЕНТ - 2007

Аннотация на лекцию по теме: «Синдром мальабсорбции» доцента Жураевой З.Ё

Лекция посвящена к вопросам нарушенного кишечного всасывания. Остановлены на классификации первичных и вторичных синдромов мальабсорбции. Охарактеризована этиология, патогенез, клиника и диагностика, течение и прогноз каждого заболевания протекающих синдромом мальабсорбции.

План лекции:

1. Определение
2. Классификация
3. Клиника
4. Течение
5. Диагностика
6. Прогноз
7. Лечение

Синдром мальабсорбции- синдром нарушенного кишечного всасывания

Клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушением всасывания через слизистую оболочку тонкого кишечника одного или нескольких питательных веществ.

Этиология: По возникновению различают:

Первичный: наследственный – дисахаридазная недостаточность

- истинная целиакия
- эксудативная энтеропатия
- муковисцедоз
- непереносимость коровьего молока

Вторичный: приобретенный- вследствие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта – панкреатиты

- гепатиты
- дисбактериоз
- ичак инфекциялари
- дискинезии
- Крон касаллиги

КЛИНИКА

- хронический понос с большим содержанием липидов в кале
- дистрофия (по типу гипотрофия)
- дети отстают в росте
- витаминная недостаточность
- нарушение возно-электролитного баланса (сухость кожи, заеды, глоссит, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия)
- отеки (вследствие гипонатриемии т.е. безбелковые отеки)
- в зависимости от причины вызвавшей нарушение кишечного всасывания заболевание может развиваться в 1-е месяцы жизни (врожденное отсутствие лактозы) или же позже при переводе на искусственное вскармливание

ДИАГНОЗ – длительно имеющий частый разжиженный стул с высоким содержанием жиров в кале и практически не поддающийся лечению традиционными средствами.

ЛЕЧЕНИЕ – строго этиологическое

Сахарозы- исключают- сахар, крахмал (сахар, картофель, манная крупа, изделия из муки)

Лактозы- молоко

Целиакии- исключение злаки и ферментные препараты

МУКОВИСЦЕДОЗ- кистоз фиброз поджелудочной железы

Этиология и патогенез- тяжелое наследственное заболевание, в основе лежит поражение экзокринных желез и повышенная вязкость секретов, что приводит к поражению легких, поджелудочной /ж и кишечника, реже печени и почек. Заболевание связано с нарушением синтеза гликопротеидов.

Патономоничным является – значительное повышение концентрации Cl и Na в поте больных.

Клиника: различают : легочную, кишечную, смешанную и меконийный илеус.

Легочная- навязчивый коклюшоподобный кашель, рано появляются воспалительные и деструктивные изменения. Часто пневмонии склонные к абсцедированию.

В бак посеве- Стафилококк, гемолитический стрептококк и синегной палочка.

Рентген- эмфизема, очаговые и полостные тени.

Течение- зависит от выраженностью легочных изменений.

Кишечная- вздутие живота, обильный жирный стул с гнилостным запахом, боль в животе. Гипотрофия, у части больных развивается билиарный цирроз печени. **Диагноз-** исключить у каждого больного с хронической пневмонией и синдромом мальабсорбции.

Дополнительные критерии: наличие в семье больных с хр. Патологией легких, кишечника, циррозами печени.

Потовая проба- в норме 40 ммоль/л натрия хлор, при муковисцидозе от 50-180 ммоль/л.

Для выявления снижения протеолитической активности кала применяют рентгенопленочный тест (переваривание суспензий кала желатины рентгеновской пленки)

Копрологии- стеаторея. Меконийный тест на альбумин если превышает 20 мг/г сухой массы (+)

УЗИ- кистозный фиброз поджелудочной железы

Диф/д- коклюшем, астматическим бронхитом, бронхоэктазами, целиакией, дисахаридазной недостаточностью

Лечение-антибиотики не менее 1 мес муколитики в виде аэрозолей

постуральный и вибрационный массаж, лечебная бронхоскопия,

панкреатин с мексазой, диета- увеличение белка и углеводов, ограничение жиров, прогноз – 50%