

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**Тема:** Синдром мальабсорбции, клиническая картина, методы диагностики, медикаментозного лечения и нутриционной поддержки.

**Цель:** закрепить знания по диагностики синдрома мальабсорбции. Освоение особенностей клинических проявлений заболевания, дифференциально-диагностического алгоритма, систематизация знаний и выработка умения составлять последовательный план тактики лечения.

**Задачи:** рассмотреть этиологию и патогенез синдрома мальабсорбции, диагностировать и изучить критерии диагноза, основные принципы оказания помощи, плановой рациональной терапии и профилактики.

**Средства и методы обучения:** обсуждение теории, клинический разбор

**Иметь представление** об организации медицинской помощи пациентам с синдромом мальабсорбции, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основных методах обследования и лечения заболевания и их применении в соответствии с порядком оказания гастроэнтерологической помощи.

### **Ординатор должен знать:**

1. Основные этиологические факторы синдрома мальабсорбции;
2. Важнейшие патогенетические механизмы развития синдрома мальабсорбции;
3. Проявления основных клинических вариантов синдрома мальабсорбции;
4. Методы инструментальной и лабораторной диагностики заболеваний кишечника;
5. Дифференциально-диагностические критерии СРК;
6. Принципы терапии при синдроме мальабсорбции.

### **Ординатор должен уметь:**

Должен уметь проводить обследование больного при выявлении синдрома мальабсорбции, формулировать план диагностики и лечения при синдроме мальабсорбции, определять степень тяжести состояния, осложнения, интерпретировать данные основных лабораторных, инструментальных исследований желудочно-кишечного тракта, формулировать и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации ВОЗ, назначать терапию при синдроме мальабсорбции.

### **Ординатор должен владеть:**

Должен владеть навыками обследования больного при выявлении синдрома мальабсорбции, определения степени тяжести состояния, осложнений, интерпретации данных основных лабораторных, инструментальных исследований желудочно-кишечного тракта, формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ, назначения терапии при синдроме мальабсорбции.

Учебно-тематический план темы:

Семинар– 1 час

Самостоятельная работа-1 час

Всего – 2 часа

### *План лекции:*

1. Актуальность проблемы.

2. Определение синдрома мальабсорбции
3. Этиология и патогенез синдрома мальабсорбции.
4. Формулировка диагноза синдрома мальабсорбции.
5. Диагностика синдрома мальабсорбции.
6. Дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции.
7. Терапия синдрома мальабсорбции.

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов (синдром мальабсорбции)
4. Интерпретация исследований (общеклинический и биохимический анализ крови, копрограмма, реакция на скрытую кровь, яйца глистов и цисты простейших, посев кала на бактериальную флору (дисбактериоз), пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия ,УЗИ).
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при синдроме мальабсорбции.
6. Разбор историй болезней пациентов с синдромом мальабсорбции, в ведении которых допущены типичные ошибки.
7. Ролевые игры : маршрут пациента от кабинета доврачебного осмотра и далее (врач общей практики, зав.отделением (или врач скорой помощи). Врач приемного покоя и т.д.); учебная ЛКК.
8. Отработка практических навыков: обследование пациентов с синдромом мальабсорбции, интерпретация данных лабораторных и инструментальных (ректороманоскопия ,УЗИ, фиброколоноскопия) методов исследований; обучение пациентов принципам диетотерапии, физической активности.

#### *Перечень вопросов для собеседования*

1. Понятие синдрома мальабсорбции.
2. Дифференциальный диагноз синдрома мальабсорбции.
3. Алгоритм диагностики при синдроме мальабсорбции.
4. Алгоритм ведения пациента с синдромом мальабсорбции на амбулаторном, стационарных этапах
5. Основные ошибки амбулаторного этапа.
6. Выбор тактики лечения при синдроме мальабсорбции..
7. Осложнения.

#### ***Самостоятельная работа***

*Формы самостоятельной работы и контроля*

Вид работы	Контроль выполнения работы
------------	----------------------------

Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

1. Нарушение полостного пищеварения.
2. Нарушение мембранного (пристеночного пищеварения).

Основные темы докладов:

1. Коррекция поливитаминовой недостаточности и дефицита микроэлементов при синдроме мальабсорбции.
2. Особенности клинической картины при синдроме мальабсорбции.

### Фонд оценочных средств:

*Тесты*

1. Мальабсорбцией называется

A) синдром, обусловленный усилением поступления желчи в кишечник

B) синдром, обусловленный нарушением всасывания питательных веществ в тонком кишечнике+

C) синдром, обусловленный усилением перистальтики кишечника

D) синдром, обусловленный голоданием

E) синдром, обусловленный нарушением эндокринной функции поджелудочной железы

2. Первичная мальабсорбция возникает при

A) наследственном дефиците лактазы+

B) гипохолии

C) наследственном дефиците глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы

D) энтеритах

E) гастритах.

3. Синдром мальабсорбции характеризуется нарушением всасывания питательных веществ

A) в желудке;

B) в 12-перстной кишке;

C) в тонкой кишке;+

D) в толстой кишке;

E) в прямой кишке.

4. Укажите основные причины развития синдрома мальабсорбции:

атрофия микроворсинок тонкого кишечника(+)

обширная резекция тонкого кишечника(+)

гиперацидный гастрит

хронические энтериты(+)

ахолия(+)

холецистэктомия

5. Назовите проявления синдрома кишечной мальабсорбции:

похудание, астения(+)

рвота, отрыжка, изжога

полигиповитаминоз(+)

артериальная гипертензия

анемия(+)

отёки(+)

ожирение

иммунодефициты(+)

6. К группам причинных факторов, вызывающих нарушение обмена белков, относят:

А. Заболевания слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.(+)

Б. Заболевания крупных пищеварительных желез. (+)

В. Голодание. (+)

Г. Нефриты.

Д. Желтухи.

Е. Ожирение.

7. Развитие отрицательного азотистого баланса может быть связано со следующими патологическими состояниями:

А. Голодание. (+)

Б. Беременность.

В. Рост организма.

Г. Период после голодания.

Д. Протеинурия. (+)

8. Развитие отрицательного азотистого баланса может быть связано со следующими патологическими состояниями.

А. Инфекционные заболевания. (+)

Б. Избыточная продукция анаболических гормонов (соматотропин, андрогены).

В. Избыточная продукция катаболических гормонов (тироксин, кортизол). (+)

Г. Протеинурия. (+)

9. Выберите правильное утверждение. Развитие положительного азотистого баланса может быть связано с действием следующих причин:

- А. Избыток соматотропина.
- Б. Инфекционные заболевания. (+)
- В. Беременность.
- Г. Период роста организма.

10. Сгруппируйте по соответствию буквы и цифры. А – положительный азотистый баланс.

- 1. Из организма выводится больше азота, чем поступает с пищей.
- 2. Из организма выводится меньше азота, чем поступает с пищей. (+)

Б – отрицательный азотистый баланс.

- 1. Из организма выводится больше азота, чем поступает с пищей. (+)
- 2. Из организма выводится меньше азота, чем поступает с пищей

11. Сгруппируйте по соответствию буквы и цифры: А – положительный азотистый баланс. -3

Б – отрицательный азотистый баланс. 1,2,4

- 1. Травмы.
- 2. Термические ожоги.
- 3. Избыток соматотропина.
- 4. Избыток тироксина.

12. Сгруппируйте по соответствию буквы и цифры, отражающие (А) анаболический (усиление процессов синтеза белка) 2,3,4. и (Б) катаболический эффекты (усиление процессов распада белка) под действием следующих гормонов. 1,5

- 1. Тироксин.
- 2. Половые гормоны.
- 3. Соматотропин.
- 4. Инсулин.
- 5. Глюкокортикоиды.

13. Выберите правильные утверждения. К основным нарушениям белкового состава крови относят:

- А. Гипопротеинемия. (+)
- Б. Гипергликемия.
- В. Гиперпротеинемия. (+)
- Г. Аминоацидурия.

Д. Парапротеинемия(+).

Е. Диспротеинемия. (+)

14. К основным причинам нарушения – снижение процессов синтеза белка, относят:

А. Несбалансированное по аминокислотному составу питание. (+)

Б. Голодание. (+)

В. Нарушение усвоения пищевых белков. (+)

Г. Ожоги (плазморрагия). (+)

15. Выберите правильное утверждение. К основным причинам нарушения – снижение процессов синтеза белка относят:

А. Дыхательная недостаточность.

Б. Воспалительные процессы (увеличение проницаемости стенок капилляров).

В. Авиταминозы. (+)

Г. Опухоли. (+)

Д. Заболевания печени. (+)

16. Выберите правильное утверждение. К основным причинам, вызывающим избыточную потерю белка организмом, относят:

А. Голодание.

Б. Ожоги (плазморрагия). (+)

В. Воспалительные процессы, осложненные свищами. (+)

Г. Заболевания печени.

Д. Заболевания почек. (+)

17. Выберите правильное утверждение. К основным причинам, вызывающим потерю белка организмом, относят:

А. Кровопотерю. (+)

Б. Нефрозы. (+)

В. Авиταминозы.

Г. Опухоли.

Д. Ожоги. (+)

18. Выберите правильное утверждение. К основным механизмам возникновения гипопроteinемии относят:

А. Усиление процессов синтеза белка.

Б. Уменьшение поступления белка. (+)

В. Избыточное поступление белка.

Г. Нарушение синтеза белка. (+)

Д. Избыточную потерю белка организмом. (+)

19. Выберите правильное утверждение. Гипопротеинемия может приводить к следующим патологическим процессам:

А. Образование отеков. (+)

Б. Обезвоживание организма.

В. Снижение иммунитета. (+)

Г. Отсутствие реакции отторжения трансплантата. (+)

Д. Бурная реакция на трансплантат.

20. Выберите правильное утверждение. Гипопротеинемия может приводить к следующим патологическим процессам:

А. Нарушение выработки антител. (+)

Б. Образование отеков. (+)

В. Развитие аллергических заболеваний.

Г. Дистрофии. (+)

21. Сгруппируйте по соответствию буквы и цифры. А – относительная гиперпротеинемия-1. Б – абсолютная гиперпротеинемия-2

1. Сгущение крови.

2. Гиперглобулинемия.

22. Выберите правильные утверждения. Парапротеинемия характеризуется следующими признаками:

А. Уменьшением содержания белков плазмы крови.

Б. Значительной гиперпротеинемией. (+)

В. Появлением аномальных глобулинов. (+)

Г. Возникает при миеломе. (+)

Д. Возникает при голодании.

Е. Возникает при циррозе печени. (+)

23 Выберите правильное утверждение. К группам причинных факторов, вызывающих нарушения гидролиза и всасывания белков, относятся:

А. Воспаление слизистой желудочно-кишечного тракта. (+)

Б. Опухоли желудочно-кишечного тракта. (+)

В. Лихорадка. (+)

Г. Расстройства нервно-гуморальной регуляции. (+)

Д. Патология печени.

25. Выберите правильные утверждения. Нарушения процессов гидролиза и всасывания белков могут привести к развитию следующих патологических процессов:

А. Аллергизация организма. (+)

Б. Снижение иммунитета. (+)

В. Усиление процессов бактериального расщепления (гниение). (+)

Г. Усиление образования в кишечнике аминов (гистамин, кадаверин). (+)

Д. Усиление образования токсических соединений (индол, фенол, скатол).

1. Больной Ф., 45 года, поступил с жалобами на тупые боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объема и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита. Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 3 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: определяется неровность контуров протоков, их извилистость, участки стеноза и дилатаций («четкообразный» проток). Выявлен конкремент в главном панкреатическом протоке. Терминальный отдел главного панкреатического протока контрастирован до уровня внутрипротокового конкремента. Заключение: выявленные признаки обструкции главного панкреатического протока. Сформулируйте диагноз. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

**Ответ:** Хронический панкреатит, алкогольной этиологии, болевой вариант, часто рецидивирующего течения, стадия обострения. Реактивный гепатит. Необходимо проведение УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, секретин-панкреозиминового теста или теста Лунда, качественное копрологическое исследование, количественное определение жира в кале, определение фекальной эластазы для оценки внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, определение амилазы (диаастазы) мочи. Контроль гликемии для оценки внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы.

2. . Больная В., 48 лет, жалуется на чувство тяжести и распирания в эпигастрии сразу после приема пищи, пониженный аппетит, общую слабость. Более 10 лет лечилась по поводу какого-то заболевания желудка. На диспансерном наблюдении не состоит. Ухудшение состояния отмечает в течение недели. За врачебной помощью не обращалась. Установить предварительный диагноз. Наметить план дополнительного обследования. Провести дифференциальную диагностику.

**Ответ:** Диагноз: Хронический гастрит, в стадии обострения. Обследование: анализ крови общий, анализ мочи общий, копрограмма, кал на скрытую кровь, рН-метрия, рентген



желудка, ФГДС с прицельной биопсией и цитологическим исследованием на НР, УЗИ органов брюшной полости. Дифференциальная диагностика: хронический панкреатит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка.

3. 4. Больная Н., 68 лет, госпитализирована для обследования с подозрением на новообразование кишечника и жалобами на упорные запоры с примесью слизи по 4 дня. Имела проблемы с опорожнением кишечника с молодости. В беседе высказывает канцерофобические идеи, плаксива, тревожна. При колоноскопии осмотреть удалось лишь сигмовидную и часть нисходящей кишки на протяжении 40 см: тонус кишечника снижен, слизистая атрофична, складки ее сглажены, просвечивает сосудистая сеть. Полипов, контактной кровоточивости в процессе исследования не отмечено. Каков диагноз. Назначьте лечение.

Ответ: СРК с запорами. В пищевой рацион показано включение пищевых волокон (отруби) и грубой клетчатки, лечение осмотическими слабительными (форлакс или дюфалак), курсовое назначение прокинетики (риофлора-баланс). Нуждается в психокоррекции.

4. 3. Мужчина 54 лет поступил в терапевтическое отделение по поводу лихорадки неясного генеза, продолжающейся около 2-х недель. У больного отмечались диффузные боли в животе и боли при дефекации; жидкий стул без примесей крови и слизи. Артралгии имели мигрирующий характер, локализовались в крупных суставах нижних конечностей. Больной похудел на 4 кг. Аппетит снижен. Применял имодиум, без эффекта. Объективно: конституция астеническая. Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Анализ крови: гемоглобин- 100 г/л, лейкоциты –  $14.0 \times 10^9$ , в лейкоцитарной формуле 72% нейтрофилов, тромбоциты-  $505.0 \times 10^9$ , СОЭ- 43 мм/ч. При ректороманоскопии – аноректальная фистула. Поставьте диагноз. С каким заболеванием кишечника необходимо проводить дифференциальную диагностику? Характерные изменения слизистой и стенок кишечника при данном заболевании. Изменения, выявляемые при эндоскопическом исследовании кишечника. Медикаментозные назначения.

Ответ: Болезнь Крона. С неспецифическим язвенным колитом. Глубокие язвы, в результате чего слизистая приобретает вид «булыжной мостовой». Возможно образование фистул, сужение просвета и утолщение стенок кишечника за счет фиброза и лимфоцитарной инфильтрации. Глубокие язвы, в результате чего слизистая приобретает вид «булыжной мостовой». 5-аминосалициловая кислота (5-АСК), глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, антицитокиновые агенты.

5. 2. Больная О., 43 лет. На протяжении 3 лет отмечает зуд кожи, нарушение менструального цикла. Лечилась у дерматолога с диагнозом «Нейродермит» и у гинеколога с диагнозом «Климактерическая дисфункция яичников». Отмечает постепенное снижение веса, иктеричность склер. При обследовании выявлена субиктеричность склер, пигментные пятна и множественные следы расчесов на коже туловища. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4,5 см, уплотненная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Билирубин – 77,3 мкмоль/л, прямой – 46,3 мкмоль/л, холестерин – 16 ммоль/л, СОЭ – 54 мм/ч. Назовите наиболее вероятный диагноз. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Какие методы помогут верифицировать поставленный вами диагноз?

Ответ: Первичный билиарный цирроз печени 2. Первичный склерозирующий холангит, хронический лекарственный гепатит с синдромом холестаза, механическая желтуха с неполной обтурацией холедоха. 3. Биохимический анализ крови (резкое повышение

маркеров холестаза, особенно щелочной фосфатазы), выявление антимиохондриальных аутоантител класса M2, биопсия печени.

### *Контрольные вопросы*

1. Определение синдрома мальабсорбции.
2. Назвать важнейшие патогенетические факторы формирования синдрома мальабсорбции.
3. Указать неспецифические клинические симптомы синдрома мальабсорбции.
4. Указать специфические клинические симптомы синдрома мальабсорбции.
5. Построить дифференциально-диагностический ряд заболеваний, протекающих с синдромом мальабсорбции.
6. Основные принципы лечения при синдроме мальабсорбции.
7. Диета при синдроме мальабсорбции

### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:**

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная литература:

1. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>

### **Методическое обеспечение:**

таблицы классификаций  
наборы лабораторных анализов по теме занятия,  
набор ситуационных задач,  
набор заданий программированного контроля,  
истории болезни  
лекции кафедры,

**Приложение (отдельно)**