

СПРУ

Подготовила: Арикешева А.С

Проверила: Дарыбаева А.Ж.

Курс:6

Группа: 642



Спру — тяжелое хроническое заболевание, которое прежде всего проявляется упорными поносами в виде обильных пенистых белесоватых испражнений, глосситом и анемией, наблюдающейся у большинства больных.

Название заболевания означает по-голландски — пена или слюна (кал при спру имеет внешнее сходство с пеной или слюной).

Зонами распространения спру являются Индонезия, Индия, Пакистан, Цейлон, Япония, Китай и прилегающие к нему районы, тропическая полоса Африки и Америки, Средний Восток.

Этиология

- **Спру тропическая (тропическая диарея)** — тяжелое хроническое заболевание, характеризующееся воспалительно-атрофическими изменениями слизистой оболочки, упорными поносами, глосситом и нормохромной анемией
- Спру поражает преимущественно женщин, обычно в среднем возрасте, в весенне-летний период, часто во время беременности и лактации. В возникновения этого заболевания определенное значение имеют фактор питания, жаркий климат, бактериальная дизентерия, нервно-психические расстройства, эндокринные факторы и т. д.

Патогенез

- Перегревание организма на фоне одностороннего, преимущественно углеводного питания может привести к чрезмерному развитию дрожжевой флоры с последующим возникновением бродильных или гнилостных процессов в кишечнике. Кроме того, в условиях жаркого климата повышается потребность организма в витаминах и белках, что связано не только с потерей их с потом и мочой, но и с изменением интенсивности обменных процессов. Подобные явления на фоне инфекционных, в широком смысле слова, поражений кишечника, могут привести к развитию хронического энтерита с последующим возникновением алиментарной недостаточности, в первую очередь, белково-витаминной, обуславливающей возникновение спру.



□ Однако этиология и патогенез настоящего заболевания остаются до конца неясными.

Клиника и симптомы

- Различают: 1) тяжелые, 2) терминальные, 3) средние и 4) легкие формы спру.
- Тяжелая форма протекает по кахектическому, либо (реже) по отечному типу. В обоих вариантах налицо признаки алиментарной недостаточности и полигиповитаминоза с резким расстройством всех видов обмена, атрофическими изменениями и в желудочно-кишечном тракте и железах внутренней секреции.

- 
- ❑ Терминальная форма характеризуется упорным поносом, глосситом, макро-мегалоцитарной анемией, развитием плюригладулярной недостаточности, нередко стойкой ахилией.
 - ❑ Спру средней тяжести отличается периодическим волнообразным течением, диспепсическими явлениями, афтозным стоматитом, гингивитом; кислотность желудочного сока понижена или отсутствует, понижается функция половых желез, нередко наблюдается гипотония, анемия различной степени.



□ Легкая форма спру иногда протекает стерто, без явных клинических симптомов, диспепсические симптомы выражены слабо; периодически отмечается неустойчивый кашицеобразный или жидкий пенистый стул, появляющийся нередко после избыточного углеводного питания; нередко явления глоссита, склонность к уменьшению кислотности желудочного сока и гипотонии.

- 
- 
- Клинические проявления заболевания могут возникать не только в момент пребывания пациентов в тропических странах, но и спустя значительное время (иногда через несколько месяцев) после их возвращения. Течение болезни может быть острым или хроническим, медленно прогрессирующим, с периодами ремиссии и обострений.

В начале заболевания отмечаются неопределенные диспепсические жалобы: ощущения урчания и переливания в животе, метеоризма, чувства жжения в языке.

Далее у больных возникает упорный понос; испражнения жидкие и пенистые, имеют белесоватый цвет (из-за высокого содержания неусвоенного жира).



При вовлечении в процесс дистальных отделов толстой кишки присоединяются тенезмы. Тенезмы - ложные болезненные позывы к дефекации, например при проктите, дизентерии.

; испражнения содержат примесь слизи и гноя.

У больных наблюдается похудение, возникают признаки полигиповитаминоза; кожа сухая, гиперпигментирована.

Живот при тропической спру резко вздут, перкуторно над ним определяется громкий тимпанический звук.

Типичен эрозивно-язвенный глоссит. Глоссит - воспаление языка.

; постепенно сосочки языка атрофируются, язык становится блестящим и гладким ("лаковый язык").

Основные симптомы тропического спру:

- повышение температуры тела;
- диарея, стеаторея Стеаторея - повышенное содержание в кале нейтрального жира, жирных кислот или мыл.
- ;
- боли в животе;
- тошнота;
- анорексия;
- общая слабость;
- по мере прогрессирования болезни развиваются признаки поливитаминой недостаточности (глоссит Глоссит -
воспаление языка.
, стоматит);
- снижение массы тела;
- периферические отеки.

- 
- При осмотре живота на фоне резкого вздутия и общего истощения вырисовываются петли кишок, отмечается переливание и шум плеска. Часто наблюдается атония кишечника, дряблость стенок живота, в других случаях отмечается спастическое состояние толстой кишки.
 - Пальпация тонкой кишки вызывает тупую боль, особенно внизу живота.
 - Перкуссия живота дает громкий кишечный тимпанит.

- 
- 
- Аускультация констатирует бурную перистальтику и урчание.
 - Глоссит наблюдается большей частью позже кишечных явлений, через 5 — 6 недель, но иногда он им предшествует.
 - Язык при каждом обострении болезни вновь воспаляется, приобретает, особенно по краям или на кончике, малиново-красный цвет, на языке, а также на краях десен появляются пузырьки, которые легко лопаются и образуют язвочки (афты). Подобные афты могут появиться на слизистой щек, твердого и мягкого нёба. Постепенно сосочки языка атрофируются, сглаживаются, и язык становится как бы лакированным. Изменения языка объясняются недостаточностью отдельных компонентов витаминов группы В (прежде всего фолиевой кислоты).

Рентгенография кишечника выявляет сглаженность рельефа слизистой оболочки, нарушения прохождения бариевой взвеси по кишечнику; иногда определяются горизонтальные уровни скоплений жидкости и газа в кишечных петлях. Данное исследование применяется для дифференциальной диагностики тропической спру и туберкулеза тонкого кишечника.

ФГДС позволяет обнаружить воспалительные и атрофические изменения в тонком кишечнике и произвести забор биопсийного материала.



При **биопсии слизистой оболочки тонкой кишки** обнаруживают:

- частичную атрофию ворсин тощей кишки (редко - тотальную атрофию);
- крипты кишечника более глубокие, чем в норме; инфильтрированы лимфоцитами, плазматическими клетками и эозинофилами;
- эпителиальные клетки увеличены, содержат крупные ядра (из-за дефицита фолиевой кислоты и витамина В 12);
- под базальной мембраной характерны жировые включения.



□ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА



Общий анализ крови

Обнаруживается мегалобластная анемия, которая является следствием дефицита фолиевой кислоты и витамина В 12, уровни показателей которых снижены более чем у 60% пациентов.

Биохимический анализ крови

При тропической спру вследствие синдрома мальабсорбции, отмечают:

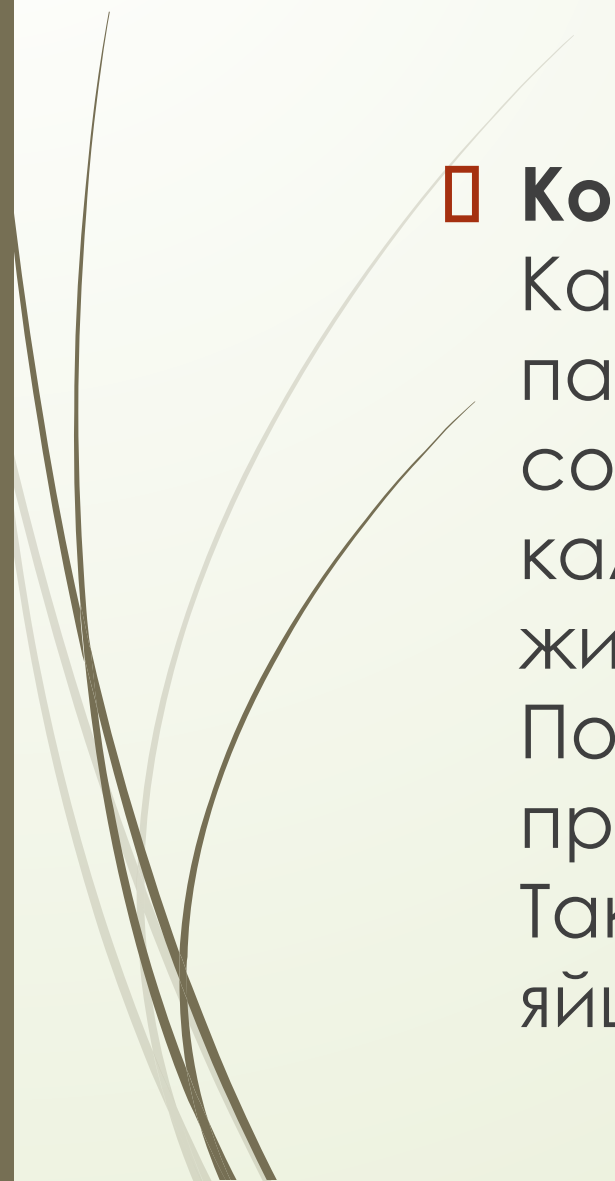
- гипокалиемия;
- гипокальциемия;
- гипомагниемия;
- гипофосфатемия;
- гипоальбуминемия;
- гипохолестеринемия;
- повышение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ).



□ Важно определять **показатели метаболизма железа в организме:**

- содержание железа, ферритина и трансферрина сыворотки крови;
- общая железосвязывающая способность сыворотки крови;
- расчетный коэффициент насыщения трансферрина железом.

Тест с D-ксилозой С помощью D-ксилозного теста производится оценка абсорбционной функции тонкой кишки. Больной принимает внутрь 25 г D-ксилозы, после чего в течение 5 часов собирает мочу. Если процессы всасывания в тонкой кишке не нарушены, то количество выделенной за это время D-ксилозы должно быть не менее 5 г. Позитивные результаты теста регистрируются более чем у 90% пациентов.



□ Копрологическое исследование

Кал собирается в течение 72 часов у пациента, находящегося на диете, содержащей 80-100 г жира. В собранном кале определяется количество выделяемого жира. В норме этот показатель составляет 7 г. Потери жира с калом при тропической спру превышают 15 г в сутки.

Также проводится исследование кала на яйца глист.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1. Энтеропатия у ВИЧ-инфицированных пациентов.
- 2. Целиакия .
- 3. Криптоспоридиоз.
- 4. Стронгилоидоз.
- 5. Лямблиоз.
- 6. Амебиаз.
- 7. Туберкулез тонкой кишки.
- 8. Диарея путешественников.
- 9. Висцеральный лейшманиоз.
- 10. Радиационная энтеропатия.
- 11. Кишечная лимфома.
- 12. Кальцифицирующий хронический панкреатит.
- 13. Идиопатическая мальабсорбция.



Течение и прогноз



Течение, как правило, циклическое. Болезнь, развиваясь постепенно, может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет, причем периоды обострения, наступающие обычно в весенне-летние месяцы, сменяются периодами ремиссий. Во время последних глоссит может не проходить, он не излечивается диетой, никотиновой кислотой и рибофлавином; в других случаях боли и жжение языка, его краснота появляются и в периоде ремиссии.

□ **Цели лечения:**

- коррекция белковой и поливитаминой недостаточности;
- нормализация массы тела.

□ **Диета**

Пациентам показана диета с высоким содержанием белка (140-160 г/сут.). Пища должна быть приготовлена на пару и протерта. Прием пищи - часто (4-5 раз в день), малыми порциями. Также больным требуется исключить из рациона продукты, усиливающие диарею и расстройства пищеварения.



□ Медикаментозное лечение

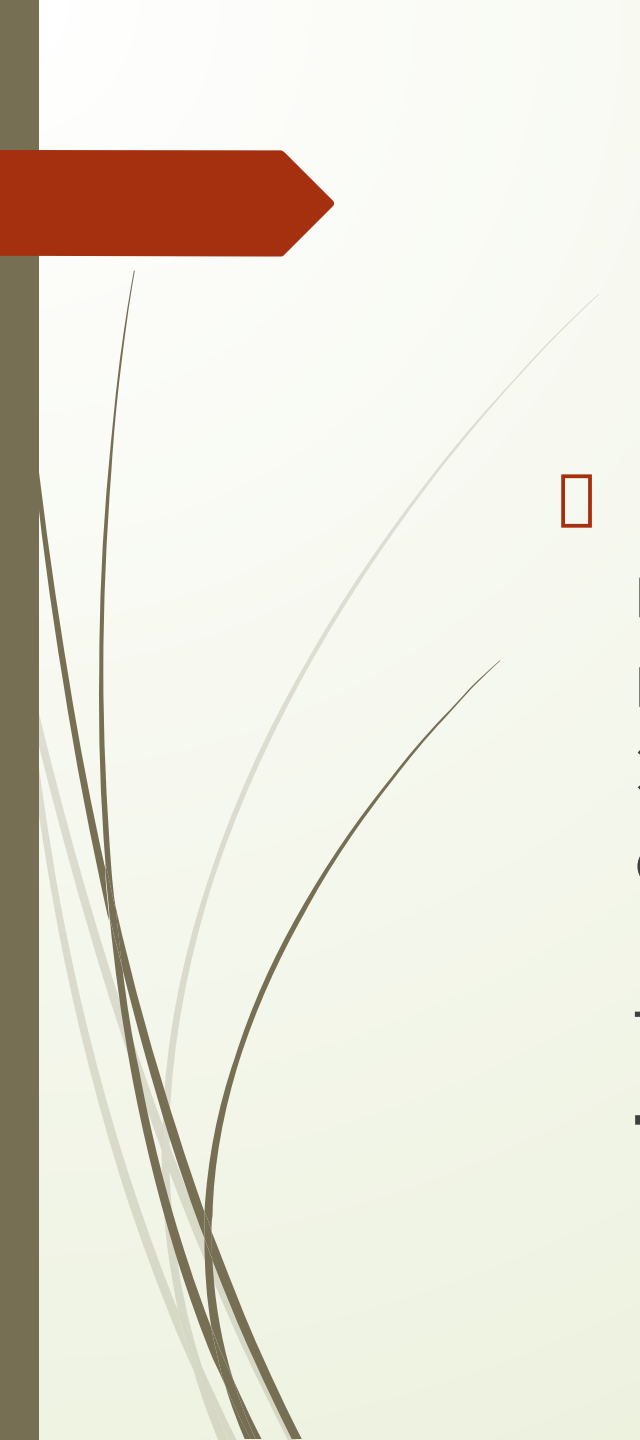
1. **Антибиотикотерапия:** тетрациклин (тетрациклина гидрохлорид). Взрослые - по 250 мг 4 раза/сутки; дети старше 8 лет - внутрь 25-50 мг/сутки 2-4 раза/сутки. Возможно использование доксициклина (вибрамицин , юнидокс солютаб) по 100 мг 2 р./сутки.



2. **Витаминотерапия:**

- витамин В 12 (цианокобаламин) парентерально: взрослым - 100-200 мкг/сут. в/м или п/к, в течение 5-10 дней, затем – 100-200 мкг/месяц; детям - 100 мкг/сут. в/м или п/к, в течение 10-15 дней, затем – 60-100 мкг/месяц.

- фолиевая кислота (фолацин , фолиевой кислоты табл.):
взрослым - 5 мг 3 раза/сут. внутрь (можно в/м или п/к); детям – 1 мг/сут. (внутрь, в/м или п/к).

- 
- Курс лечения антибиотиками и фолиевой кислотой составляет 3-6 месяцев, до исчезновения проявлений тропической спру. Эффективность терапии определяется путем оценки динамики анемии и веса больного.

Также проводится **симптоматическая терапия.**

ПРОФИЛАКТИКА



Важно информировать людей, выезжающих в страны с тропическим или субтропическим климатом о проявлениях тропической спру и о необходимости соблюдать правила личной гигиены. Также следует помнить о том, что во время поездок нельзя использовать для питья водопроводную воду и употреблять в пищу овощи и фрукты, вымытые такой водой. При остро возникшей диарее необходимо своевременно обратиться к врачу.

Список литературы:

- 1. Ардатская М.Д. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая лекция // Гастроэнтерология. – Приложение Consilium medicum — 2010; 8: 21–26.
- 2. Гастроэнтерология: Клинические рекомендации / Под ред. В.Т.Ивашкина. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. – 208 с.
- 3. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А. О сочетании синдрома функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника // РЖГГК. - 2011. - Т.21. - №4. - С.75-81.
- 4. Петров Д.П. Синдром раздраженного кишечника // Consilium medicum — 2009;
- 5. Рыжичкина А.Н., Осипенко М.Ф., Холин С. И. Хроническая абдоминальная боль и синдром раздраженного кишечника // Лечащий Врач. - 2011. - № 2.
- 6. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А., Яковенко А.В. и др. Роль моторных нарушений в механизмах формирования клинических проявлений синдрома раздраженного кишечника (СРК) и СРК-подобных нарушений. Вопросы терапии // Гастроэнтерология. – Приложение Consilium medicum — 2011; 1: 21–26.