Проксимальные отделы тонкой кишки могут быть заселены аномально большими количествами аэробных и анаэробных микробов, качественно сходных с аналогами, живущими в толстой кишке. Содержимое тонкой кишки в норме **нестерильно**, и объём её микробной популяции контролируется перистальтической активностью кишечника, кислотностью желудочного сока, наличием иммуноглобулинов, выделяемых в просвет кишки слизистыми энтероцитами.
Избыточный рост **бактерий** возможен у больных с застоем кишечного содержимого из-за стриктур, дивертикулов, фистул, наличия слепых петель или карманов, дупликатур, расстройств перистальтики, наличия длинных приносящих кишечных петель
(после оперативных вмешательств), хирургической денервации кишечника; у больных с гипо- и ахлоргидрией вследствие атрофии слизистой оболочки желудка или антацидной терапии; с иммунодефицитным состоянием или снижением защиты в слизистой оболочке кишки.

Широкий спектр нарушений всасывания включает мальабсорбцию белков, жиров, углеводов, витаминов, воды и электролитов. Этиология мальабсорбции может быть связана с разъединением бактерий в смешанных микробных сообществах, дегидроксилированием солей жёлчных кислот, необходимых для переваривания жира, повреждением слизистой оболочки кишки микробными ферментами, бактериальной инактивацией липазы и др. При гистологическом исследовании биоптатов часто видна лишь воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки, в то время как прочие составные части слизистой оболочки не изменены. Более **надежный диагностический показатель**
— обнаружение в аспиратах тощей кишки повышенного количества аэробных и анаэробных бактерий. Лечение соответствующими антибиотиками, как правило, приносит быстрый успех.

Интересные медицинские статьи:

1) Основной метод лечения фенилкетонурии

2) Морфогенез хронического гастрита

3) Рак желудка