

ЛЕКЦИЯ 12

**Неинфекционный
энтерит и колит.
Синдром
раздраженного
кишечника**

Неинфекционный энтерит и колит

Неинфекционный хронический энтерит — полиэтиологическое заболевание тонкого кишечника, характеризующееся развитием воспалительно-дистрофических процессов, дегенераторными изменениями, атрофией слизистой оболочки и нарушением всех функций тонкого кишечника, в первую очередь всасывательной и пищеварительной.

Этиология.

Перенесенные острые кишечные инфекции: дизентерия, сальмонеллез, стафилококковые инфекции, кампилобактерии, протей, синегнойная палочка, глистные инвазии (аскариды, широкий лентец и др.).

Определенную роль могут играть перенесенные энтеровирусные инфекции.

Алиментарные факторы:

**питание всухомятку, переедание,
питание преимущественно
углеводистой безвитаминной пищей,
злоупотребление пряностями,
острыми приправами.**

**Это не основные причины, но они
предрасполагают к развитию ХЭ.
Алкоголь оказывает токсическое
действие на слизистую оболочку
тонкого кишечника и способствует
развитию заболевания.**

- **Аллергия.** Частыми аллергогенными продуктами являются коровье молоко, рыба, шоколад, яйца.
- **Действие токсических и лекарственных веществ.** ХЭ могут развиваться вследствие воздействия токсических веществ (мышьяк, ртуть, свинец, фосфор и др.), а также при длительном применении многих лекарственных средств (глюкокортикоидов, цистостатиков, некоторых антибиотиков и др.).
- **Ионизирующее излучение** — развивается лучевой энтерит.

Вторичный ХЭ развивается при заболеваниях пищеварительной системы (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гепатит, цирроз печени, холецистит, панкреатит), заболеваниях почек с развитием хронической почечной недостаточности, при псориазе, эндокринных заболеваниях, заболеваниях органов кровообращения и дыхания.

Основные патогенетические факторы хронического энтерита следующие.

- — Воспаление и нарушение физиологической регенерации слизистой оболочки тонкой кишки, что способствует развитию атрофии слизистой оболочки.**
- — Нарушение клеточного и гуморального иммунитета с развитием вторичного функционального иммунодефицитного состояния.**

- — Нарушение кишечного полостного и пристеночного пищеварения.
- — Изменение моторной функции кишечника. Нарушение моторики кишечника происходит по типу гипер- и гипомоторной дискинезии.

Классификация хронических энтеритов

(А. В. Фролькис, 1996, с изменениями и сокращениями).

I. По этиологии:

- 1) инфекционные;**
- 2) паразитарные;**
- 3) токсические;**
- 4) медикаментозные**
- 5) алиментарные;**
- 6) радиационные;**
- 7) вторичные (при других заболеваниях).**

II. По преимущественной локализации:

- 1) хронический еунит (верхний отдел тонкой кишки);**
- 2) хронический илеит (нижний отдел тонкой кишки).**

III. По течению:

- 1) легкое течение;**
- 2) средней тяжести,**
- 3) тяжелое.**

IV. По фазе заболевания:

- 1) фаза обострения;**
- 2) фаза ремиссии.**

V. По характеру функциональных нарушений тонкого кишечника:

- 1) синдром недостаточности пищеварения;**
- 2) синдром недостаточности кишечного всасывания;**
- 3) синдром экссудативной энтеропатии.**

Клиническая картина.

Все клинические проявления хронического энтерита подразделяются на **местные** и **общие**.

Местный энтеральный синдром.

- **Расстройство стула.**

Наблюдается диарея при обострении с частотой стула до 20 раз в сутки, обычно 4—6 раз в сутки.

Иногда пациенты жалуются на бурный позыв к акту дефекации сразу после приема пищи. Дефекация может сопровождаться слабостью, дрожанием рук, тахикардией.

Количество каловых масс при хроническом энтерите увеличивается (иногда до 2 кг) — полифекалия.

По консистенции кал вне обострения кашицеобразный, блестящий (при нарушении переваривания жира) — стеаторея; содержит кусочки непереваренной пищи, мышечные волокна — креаторея.

При обострении и преобладании бродильных процессов — стул жидкий, пенистый, с пузырьками воздуха и вкраплениями слизи.

При преобладании гнилостных процессов —
зловонный запах.

- ***Метеоризм*** — выражен во второй половине дня, сопровождается разлитыми болями в животе, которые уменьшаются после отхождения газов.
- ***Боли в животе*** — преимущественно локализуются вокруг пупка и правой подвздошной области.

- **Общий энтеральный синдром:** слабость, недомогание, снижение работоспособности, плохой аппетит, ухудшение памяти, головокружение.
- **Кожа** сухая, бледная (анемия), на лице пигментные пятна (эндокринная недостаточность), **снижение тонуса мышц** (нарушения белкового обмена), **нервно-мышечная возбудимость, судороги** (нарушения минерального обмена), **ГИПОВИТАМИНОЗЫ**, симптомы холецистита, панкреатита.

Течение заболевания может быть

- латентным,
- рецидивирующим
- непрерывно рецидивирующим.

Для диагностики энтеритов большое значение имеет **исследование кала**: жидкий, с примесью слизи, иногда пенистый, бывает покрыт жирной пленкой, видны непереваренные остатки пищи.

Микроскопическое исследование кала проводят при отсутствии видимых изменений.

Бактериологическое исследование фекалий позволяет выявить ту или иную патогенную микрофлору, например, возбудителя дизентерии.

В крови часто выявляется анемия.

При **биохимическом исследовании крови** — гипопротеинемия, гипогликемия, гиперхолестеринемия.

В копроцитограмме — полифекалия, зеленоватый или соломенно-желтый цвет, стеаторея, креаторея, амилорея, пузырьки воздуха, лейкоциты.

Лечение

При обострении энтерита назначают

- постельный режим,
- солевое слабительное (сульфат магния по 20—25 г на один прием),
- обильное питье (теплый чай),
- тепло на живот,
- очистительную клизму.

Пациенты госпитализируются в гастроэнтерологическое отделение. Нетяжелые формы течения энтерита лечатся амбулаторно.

Диета, должна быть механически и химически щадящей, с достаточным количеством белков и некоторым ограничением углеводов и жира.

После 1—2 голодных дней при обострении назначается диета № 4 (4а, 4б) Режим питания дробный (5—6 раз в день). В лечебном питании широко применяются питательные смеси типа «Малыш» и др.

Медикаментозное лечение.

- Для борьбы с инфекцией назначают антибактериальные препараты с учетом выделенной из кишечника микрофлоры и ее чувствительности к этим препаратам. Назначают препараты: тетрациклин, ампициллин, канамицин, левомицетин, интестопан, мексаформ, фурагин, фуразолидон, метронидазол, нистатин при кандидозе и др.

- **Обязательно назначаются** вяжущие, обволакивающие и адсорбирующие средства: танальбин, висмута нитрат, кальция карбонат, энтеродез, уголь активированный, полифепан и др.
- ***Фитотерапия*** используются черника, шиповник, земляника, клюквенный, гранатовый соки.
- **Для улучшения переваривания и всасывания пищевых продуктов** назначают пепсидил, ацидин-пепсин, панкреатин, мезим-форте, фестал, энзистал и др.

- При нарушениях белкового обмена применяют энтеральное белковое питание; при нарушении углеводного обмена — глюкоза; при нарушении жирового обмена — эссенциале, липофундин для коррекции электролитных нарушений — препараты калия, кальция, железа и др.
- Иммунокорригирующая терапия: витамины, Т-активин, тималин и др.
- Применяются в лечении физиотерапевтические процедуры, ЛФК, санаторно-курортное лечение (Ессентуки, Железноводск, Ростов-на-Дону).

Профилактика.

Первичная профилактика — заключается в борьбе с этиологическими факторами, санитарно гигиенических мерах и своевременном и адекватном лечении острого энтерита.

Вторичная — заключается в **диспансерном наблюдении**, периодическом обследовании, назначении в фазе ремиссии курсов ферментной терапии, средств для нормализации моторики кишечника, фитотерапии, физиотерапии и т.д.

Колит

Колит представляет собой воспаление слизистой оболочки толстой кишки.

Этиология.

Причиной колита могут быть

- инфекция (дизентерия),
- паразитарные болезни (лямблиоз, гельминтоз).
- воспалительные процессы в других органах брюшной полости: хронический холецистит, гастрит, энтерит,
- аллергические факторы.

Патогенетические факторы.

К основным механизмам развития колита относится непосредственное раздражающее и повреждающее действие различных механических и токсических факторов на стенку толстой кишки

При колите слизистая оболочка отечна, покрыта слизью, а в тяжелых случаях местами эрозирована, отмечается гиперплазия лимфатических узлов.

При **неспецифическом язвенном колите** на слизистой оболочке толстой кишки возникают язвы.

Клиническая картина.

Нарушения стула: поносы от 2—3 до 10—15 раз в сутки, которые часто сменяются периодами запоров.

В кале тяжи слизи, возможно с прожилками крови.

При дистальном колите — «овечий» кал, в период поносов — тенезмы (ложные позывы на акт дефекации).

Жалобы на вздутие живота — метеоризм.

Синдром боли в животе.

Боли в животе тупого характера.

Локализуются они в боковых или в нижних отделах живота, усиливаются перед дефекацией или после еды.

Боли могут быть **спастическими** (приступообразными) при метеоризме, сопровождаются отхождением газов.

Стихают после очистительной клизмы или применения грелки.

Общее состояние мало страдает.

Возможно развитие астено-невротического синдрома, при длительно течении — **похудание**.

Редко может снижаться аппетит, появляться **дурнота, отрыжка, урчание в животе** (часто из-за гастроэнтерита, панкреатита).

При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника.

Пальпируется сокращенный толстый кишечник. Урчание при пальпации.

По локализации колит может быть

- тотальным колитом,
- сигмоидитом,
- проктитом,
- тифлитом.

Течение колита может быть

- легким,
- средней степени тяжести,
- тяжелым.

Различают периоды **обострений** и **ремиссий**.

Диагностика.

- **ОАК** — лейкоцитоз. Увеличение СОЭ — при инфекционной этиологии.
- *Копроцитограмма* — кал не оформлен или «овечий», золотисто-желтого цвета с непереваренной клетчаткой, слизью, лейкоцитами и эритроцитами.
- *Ирригоскопия* — неравномерное заполнение толстого кишечника контрастом.
- *Колоноскопия, ректороманоскопия.*
- *Пальцевое исследование прямой кишки.*
- *Бактериологический анализ кала.*

Лечение.

- Диета с исключение непереносимых продуктов. При обострении — №4, 4а, дробное питание.
- При инфекционной этиологии — фуразолидон, сульгин, энтерол.
- При спастических болях — но-шпа, папаверин.
- При атонических болях — цизаприд.
- При запорах — слабительные (бисакодил, кафиол, гуталакс).
- При диарее — антациды (маалокс), антидиарейные (имодиум до прекращения поноса).

Профилактика.

Первичная — рациональное питание с детства, устранение факторов риска.

Вторичная — диспансерный учет, наблюдение, противорецидивное лечение.

Синдром раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — комплекс функциональных (т. е. не связанных с органическими поражениями) расстройств толстой кишки, продолжающихся более 3 месяцев.

Сюда относится СРЕ с диареей, СРЕ без диареи и СРЕ с запором.

Этиологические факторы: психоэмоциональные стрессы, нарушение правильного режима питания, недостаточное количество растительной клетчатки в пище, малоподвижный образ жизни, гинекологические заболевания (климакс), гипотиреоз, сахарный диабет, перенесенные острые кишечные заболевания с последующим дисбактериозом.

В основе развития синдрома ведущую роль играют нарушения деятельности центральной и вегетативной нервной системы, эндокринной системы и дисбаланс в продукции гормонов, влияющих на моторную активность толстого кишечника и другие факторы.

Клиническая картина. Боли в животе наблюдаются у 50—90% пациентов; локализуются вокруг пупка или внизу живота, уменьшаются или исчезают после дефекации или отхождения газов.

Отличительный признак — отсутствие боли ночью.

Нарушение стула (в 55% случаев).

Выражаются они в виде диареи или запоров.

Диарея возникает сразу после приема пищи, иногда в первой половине дня. Характерно отсутствие полифекалии (менее 200 г, напоминает овечий кал).

Кал содержит слизь. Возможно чередование поносов и запоров, в течение дня несколько раз полуоформленный стул.

Диагностика.

ОАК и ОАМ — без изменений.

В копроцитограмме — много слизи.

БАК — без изменений.

Рентгенологически — признаки дискинезии.

РРС, колоноскопия — наличие слизи и склонность к спастическому сокращению кишечника.

Лечение.

Необходимо **устранить** травмирующие психику факторы внешней среды.

Диета в соответствии с характером нарушения стула (диарея или запоры).

Лечение дисбактериоза, применение вяжущих средств, антидиарейные препараты (имодиум)

При метеоризме — адсорбирующие средства (энтеродез, полифепан, карболен).

При спастической дискинезии — спазмолитики.

- **При преобладании запоров — диета № 3, слабительные средства (бисакодил, фенолфталеин, регулакс, кафиол, касторовое масло в капсулах, солевые слабительные).**
- **Применяются минеральные воды, фитотерапия и физиотерапия. При необходимости — седативные средства.**

Сестринский процесс при заболеваниях кишечника

1 этап Сестринское обследование

Расспрашивая пациента о его проблемах медицинская сестра должна проявлять такт и деликатность, учитывая стеснительность многих людей в разговоре о физиологических отправлениях.

- **Прежде всего, у пациента необходимо выяснить, чем и как он питается, все ли продукты питания хорошо переносит, соблюдает ли режим питания, характер стула.**
- **Из анамнеза выясняются перенесенные заболевания пищеварительной системы, социально-бытовые условия пациента.**
- **Из разговора медицинская сестра составляет представление о состоянии нервной системы пациента.**

- **При объективном обследовании** медсестра обращает внимание на состояние зубов, языка, слизистой оболочки полости рта, на цвет и тургор кожи, форму живота.
- **Пальпаторно** выясняются области болезненности, напряжения мышц передней стенки живота выявляются участки спазмированного кишечника.
- **При аускультации** живота необходимо услышать шум перистальтики кишечника, чтобы исключить непроходимость кишечника.

II этап. Определение проблем пациента.

- **Медицинская сестра определяет приоритетные проблемы (сестринские диагнозы).**
- **Нарушение потребности в физиологических отправлениях — понос или запор, связанные с различными этиологическими факторами.**
- **Усиленное газообразование (метеоризм) вследствие нарушения кишечного пищеварения и дискинезии кишечника.**

- **Нарушение потребности во сне вследствие частых актов дефекации в ночное время**
- **Нарушение потребности в личной гигиене — чувство ложного стыда при специальных обследованиях кишечника.**

III этап. Планирование сестринских вмешательств

Цели сестринских вмешательств	План сестринских вмешательств
В определенный медсестрой срок пациент не будет страдать от поноса или запора	<ol style="list-style-type: none">1. Организовать диету № 3 или № 4 в зависимости от наличия запора или поноса.2. Объяснить пациенту и его родственникам необходимость соблюдения диеты.3. Контролировать характер передач пациенту.4. Следить за регулярностью и характером стула.5. Применить при запоре — регулакс, кафиол, солевые слабительные; при диарее — имодиум, висмута нитрат, карболен (по назначению врача).6. Обеспечить уход за промежностью
Пациент через сутки не будет испытывать боль в животе и вздутие живота	<ol style="list-style-type: none">1. Обеспечить четкое выполнение назначенной диеты и режима питания.2. Применить тепло на живот (грелка, согревающий компресс).3. Поставить пациенту очистительную клизму.4. Обучить пациента сомомассажу и ЛФК.5. Подготовить и применить по назначению врача угольные таблетки, полифепан
Пациент не будет испытывать ложный стыд при подготовке и проведении обследований и лечения	<ol style="list-style-type: none">1. Объяснить пациенту суть его заболевания.2. Информировать пациента в деталях о предстоящих методах обследования.3. Обеспечить общение с пациентами, прошедшими подобные обследования.4. Найти способ общения с пациентом в зависимости от его характера, чувствительности, стеснительности
Уже через сутки пациент будет спокойно спать ночью	<ol style="list-style-type: none">1. После выполнения всех выше перечисленных мероприятий, бесед, лечения позывы к дефекации не будут беспокоить ночью.2. По рекомендации врача применить перед сном легкие снотворные средства.3. Организовать перед сном прогулку или (и) проветривание помещения

IV этап. Реализация запланированных сестринских вмешательств

Тщательное выполнение намеченного плана — залог выздоровления пациента.

Ни один пункт не должен быть забытым.

V этап. Итоговая оценка эффективности сестринского ухода (вмешательства)

- **Медицинская сестра сравнивает достигнутый результат с запланированным. Об эффективности запланированных вмешательств говорит достижение поставленной цели.**
- **Решение приоритетных проблем позволит медицинской сестре ставить цели и планировать уход по проблемам, которые имеют профилактическую направленность.**

Проблемы профилактической направленности.

- Проведение бесед о характере питания пациента дома, технологии приготовления блюд.
- Применение слабительных и закрепляющих средств, фитотерапии.

Действия медсестры осуществляется в соответствии с моделями Хендерсон, Орэм и Аллен.

Действия медсестры при решении возможных проблем пациентов с патологией органов пищеварения

Проблема	Действия медсестры
Потенциальная угроза здоровью, связанная с дефицитом информации о заболевании	Провести беседу с пациентом о его заболевании, предупреждении возможных осложнений и профилактике обострений. Обеспечить пациента необходимой научно-популярной литературой
Трудности в принятии изменений диеты в связи со сложившимися ранее привычками	Провести беседы с пациентом: о значении диеты и соблюдении режима питания; о сути диеты при его заболевании. Поощрять пациента следованию диеты. Проводить контроль; за соблюдением пациентом предписанной диеты; передачами родственников
Ограничение в приеме пищи из-за болей	Провести беседу с пациентом о необходимости систематического приема лекарственных препаратов для уменьшения болей. Проводить контроль за своевременным приемом пациентом лекарственных препаратов. Взвешивать пациента 2 раза в неделю
Слабость из-за пониженного питания	Оказывать помощь пациенту при перемещении, сопровождать его. Помогать пациенту проводить гигиенический уход

Проблема	Действия медсестры
Отказ от приема пищи и жидкости из-за тошноты и рвоты	<p>Получить консультацию врача.</p> <p>Провести беседу с пациентом о необходимости приема пищи и жидкости. Провести беседу с близкими родственниками пациента о характере передач.</p> <p>Обеспечить прием мягкой и полужидкой пищи, небольшими порциями, но часто, в удобное для пациента время.</p> <p>По согласованию с врачом обеспечить прием жидкости не менее 2 л в сутки (кипяченая вода, минеральная щелочная вода без газа, молоко и др.).</p> <p>Проводить контроль приема пищи и жидкости пациентом</p>
Риск развития обезвоживания из-за рвоты и поноса	По назначению врача внутривенно капельно вводить лекарственные препараты (физиологический раствор, 5%-ный раствор глюкозы и др.)
Риск аспирации рвотными массами	<p>Обеспечить пациента средствами экстренной связи с медсестрой.</p> <p>Разместить емкости для рвотных масс, кувшин с водой и салфетки у постели пациента.</p> <p>Оказать пациенту помощь при рвоте. Обеспечить прием противорвотных средств по назначению врача</p>
Зуд кожи, связанный с нарушением функции печени; нарушение целостности кожи (расчесы) из-за кожного зуда; риск инфицирования кожи из-за рас-	<p>Тщательно ухаживать за кожей пациента. Помогать ежедневно принимать душ. Проводить контроль за своевременным приемом пациентом лекарственных препаратов.</p> <p>Проводить контроль за соблюдением пациентом диеты</p>
Уменьшение количества выделяемой мочи, появление отеков и увеличение размеров живота	<p>Проводить контроль за питанием и питьевым режимом пациента.</p> <p>Измерять ежедневно суточный диурез и подсчитывать водный баланс.</p> <p>Измерять окружность живота сантиметровой лентой.</p> <p>Взвешивать пациента через день</p>
Вздутие живота	<p>Получить консультацию врача. Рекомендовать пациенту диету с ограничением продуктов, вызывающих газообразование (мягкий хлеб, молоко и др.).</p> <p>Поставить газоотводную трубку по назначению врача.</p> <p>Рекомендовать пациенту принимать настой ромашки, активированный уголь для уменьшения газообразования</p>
Стул со склонностью к запорам	(См. таб. в главе Сестринский процесс при заболеваниях сердечно-сосудистой системы)

Проблема	Действия медсестры
Стул со склонностью к поносам	<p>Получить консультацию врача. Контролировать соблюдение пациентом диеты и режима питания. Контролировать передачи родственников пациента.</p> <p>Проводить контроль за своевременным приемом лекарственных препаратов пациентом.</p> <p>Подмывать тяжелобольного пациента после каждого акта дефекации и осуществлять уход за кожей промежности.</p> <p>Сдать кал на исследование (по назначению врача)</p>
Ограничение подвижности из-за необходимости соблюдения постельного режима. Дефицит самоухода и зависимость из-за ограниченной подвижности	<p>Ежедневно проводить гигиенический уход по примерному стандарту (см. таб. в главе Сестринский процесс при заболеваниях сердечно-сосудистой системы).</p> <p>Обучить пациента и членов его семьи элементам ухода (самоухода)</p>

Спасибо за внимание!