

Хронический энтерит. Хронический колит.

Выполнила: студентка Бурдина В.Д.
264 гр. 2 курс «Сестринское дело»

Хронический энтерит.

Определение

- Хронический энтерит- заболевание, характеризующееся нарушениями кишечного пищеварения и всасывания, обусловленными воспалительными, дистрофическими и атрофическими изменениями слизистой оболочки тонкой кишки.

ЭТИОЛОГИЯ

- 1) алиментарные нарушения, безрежимное питание, алкоголизм;
- 2) пищевая аллергия;
- 3) лямблии, гельминты и другими паразиты;
- 4) хронические отравления некоторыми токсическими химическими веществами — соединениями свинца, ртути, фосфора, мышьяка и др.,
- 5) радиационные поражения;
- 6) врожденные энзимдефицитные поражения тонкой кишки, вследствие чего нарушаются пищеварительные процессы в тонкой кишке и постепенно развивается картина энтерита, и другими факторами.

Патогенез

- 1) непосредственное хроническое повреждающее воздействие на стенку тонкой кишки (токсическое, раздражающее и т.д.);
- 2) иммунологические механизмы: возникновение гиперчувствительности к продуктам гидролиза пищевых веществ либо к продуктам распада бактериальных клеток. Измененные вследствие токсических воздействий белки кишечной стенки при хроническом энтерите сами могут играть роль антигена (аутоаллергия);
- 3) нарушение защитных механизмов слизистой оболочки кишечника;
- 4) возникающий при хроническом энтерите дисбактериоз.

Патогенез

- Тонкая кишка, обычно имеющая скудную бактериальную флору (в основном в дистальных ее отделах), при этом заболевании обильно заселяется различными микроорганизмами, нетипичными для нее. В результате этого усугубляется нарушение пищеварения, а некоторые токсические вещества, выделяемые микроорганизмами и образующиеся в результате расщепления пищевых продуктов микробными ферментами, повреждающе действуют на кишечную стенку.

Классификация

- I. По этиологии:
 - Инфекционные
 - Паразитарные
 - Токсические
 - Медикаментозные
 - Алиментарные
 - Радиационные
 - После операций на тонкой кишке
 - Врожденные аномалии кишечника и энзимопатии
 - При недостаточности илеоцекального клапана и большого дуоденального соска
 - Вторичные (при других заболеваниях)

• **II. По локализации:**

- Хронический еюнит
- Хронический илеит
- Хронический тотальный энтерит

III. По характеру морфологических изменений тонокой кишки:

- Еюнит без атрофии
- Еюнит с умеренной парциальной ворсинчатой атрофией
- Еюнит с субтотальной ворсинчатой атрофией

IV. По клиническому течению:

- Легкое течение
- Средней тяжести
- Тяжелое течение

V. Фаза заболевания:

- Фаза обострения
- Фаза ремиссии

VI. По характеру функциональных нарушений тонкого кишечника:

- Синдром недостаточности пищеварения (мальдигестия)
- Синдром недостаточности кишечного всасывания (мальабсорбция)
- Синдром экссудативной энтеропатии
- Синдром многофункциональной недостаточности тонкой кишки (энтеральная недостаточность)

VII. По степени вовлечения толстой кишки:

- Без сопутствующего колита
- С сопутствующим колитом

VIII. Экстраинтестинальные расстройства

Клиника

- **Местные симптомы:**

1. Расстройства стула (поносы) 4-6 раз в сутки
2. Полифекалия
3. В кале остатки непереваренной пищи
4. Стеаторея «кал мажет унитаз»
5. Метеоризм и урчание в животе
6. Боль в животе (в области пупка)
7. Вздутие живота
8. Болезненность при пальпации
9. Синдром недостаточности илеоцекального угла
10. Рефлюкс энтерит

- **Общие симптомы:**

1. Боли в эпигастрии

2. Диспептические расстройства

3. Атрофический гастрит

4. Реактивный гепатит

5. Реактивный панкреатит

- ~~6. Признаки демпинг-синдрома или гипогликемии~~ 7. Похудание

8. Трофические расстройства (сухость кожи, выпадение волос, повышенная ломкость ногтей)

9. Нарушение обмена веществ, гипопротеинемия

10. Гипополивитаминоз

11. Гипонатриемия

12. Гипокалиемия

13. Атрофический стоматит

14. Пародонтопатия

15. Анемия (В12-фоливодефицитная)

16. Нейродерматит

17. Отеки

18. Снижение либидо

Общие симптомы (обусловлены нарушением кишечной абсорбции)

Степени тяжести

- 1 степень – легкое течение ХЭ характеризуется преобладанием местных кишечных симптомов (диарея, метеоризм, боли в околопочечной области, повышенной утомляемостью и небольшой потерей массы тела до 5 кг)
- 2 степень – характеризуется присоединением внекишечных симптомов, отмечается более выраженная потеря массы тела до 10 кг, кожа приобретает грязно серый цвет, шелушится, появляются трещины и изъязвления в углах рта, истерченность и истончение ногтей, также присоединяются парестезии, мышечные подергивания, боли в костях, невралгии, полиневриты, развиваются признаки железодефицитной анемии.
- 3 степень – характеризуется прогрессированием снижения массы тела, вплоть до истощения, дистрофическим изменениям кожи, ногтей, волос, с симптомами гиповитаминоза, болями в икроножных мышцах, костях, появляются признаки гипотонии, анемии, отеки, нарушения менструального цикла

Лабораторная диагностика

- **В крови в период обострения выявляют:**
 - увеличение СОЭ,
 - увеличение содержания альфа₂глобулинов, появление С-реактивного белка)
 - возможны признаки железодефицитной, В12дефицитной или фолиеводефицитной анемии,
 - при синдроме мальабсорбции наблюдается гипокалиемия, гипокальциемия, гипохолестеринемия, гипонатриемия,
 - снижение уровня протромбина.

Копрологическое исследование

- 1. Жидкий желтый кал щелочной реакции
- 2. Большое количество мышечных волокон (креаторея), немного соединительной ткани, нейтрального жира (стеаторея), йодофильной флоры
- 3. Значительное количество жирных кислот и мыла
- 4. Очень большое крахмала (амилорея) и непереваренной клетчатки
- 5. Суточное количество кала превышает 200 г, при бактериологическом исследовании кала выявляют большое количество лейкоцитов, нарушения состава микробной флоры (увеличение количества патогенных микробов эшерихий, стрептококков, стафилококков, дрожжевых грибов), уменьшение количества или полностью исчезают бифидобактерий, лактобактерии.

Рентгенологическое исследование

- Позволяет выявить:
 - не равномерность заполнения петель тонкой кишки,
 - ускоренное или замедленное продвижение контрастной массы,
 - избыточное количество слизи и жидкости
 - расширение и деформация складок с неравномерными скоплениями контрастной массы
 - смазанность контуров и изменение рельефа слизистой оболочки тонкого кишечника.

Эндоскопическое исследование

- Эндоскопическое исследование с биопсией слизистой тонкой кишки позволяет выявить:
 - дистрофические, атрофические изменения эпителия и слизистой оболочки,
 - укорочение и уплотнение ворсинок,
 - в поздних случаях, почти их отсутствие и развитие фиброзной ткани,
 - резкое ослабление активности кишечных ферментов.

Лечение

- -Диета стол №4. в период обострения заболевания.
-Все блюда дают в протертом виде приготовленном на пару и отварном виде.
-Необходимо исключить: молочные блюда, все овощи, соусы, пряности, сырые фрукты и ягоды, дыни и абрикосы, сливы, острые и соленые и жаренные блюда, копчености, жирные сорта мяса, овощи богатые эфирными маслами (лук, чеснок, редка, редиска) тугоплавкие жиры животного происхождения, маргарин, кулинарные жиры.

Медикаментозное лечение

- Этиологическое лечение:

~~В первую очередь назначает кишечные антисептики:~~

Интетрикс по 2 капсулы 2 раза в день или энтерол по 2-3 раза в день
короткие курсы в течение 5-7 дней

Сульфанидамидные препараты: сульгин, фталазол, бисептол

Препараты нитрофуранового ряда: фуразолидон, фуразолин

При хроническом энтеритите лямблиозной этиологии назначают
метронидазол, фуразолидон, тиберал курсами, при глистной инвазии
вермокс, мебендазол, левамизол.

Белковые препараты Метилурацил, пентоксил (противовоспалительное и
иммуностимулирующее действие)

В особо тяжелых случаях – иммунодепрессанты

Витамины, анаболические гормоны, соли Ca, Mg, Co, при анемии –
препараты железа Ферментные препараты, соляная кислота с пепсином

При поносах – реасек, кодеин и др.

~~Для стимуляции кишечной абсорбции – эфедрин, индерал, эуфиллин~~

Хронический колит.

Определение

- Хронический колит – это хроническое заболевание, характеризующееся воспалительно-дистрофическими изменениями слизистой оболочки толстой кишки и нарушением ее функций.

ЭТИОЛОГИЯ

- 1. Перенесенные инфекции:
Кишечные инфекции (дизентерия, брюшной тиф, паратиф, сальмонеллез, Бактериальные инфекции (стафилококки, энтерококки, стрептококки)), Вирусные инфекции (энтеровирусы).
- 2. Протозойные и глистные инвазии (лямблии, аскариды, широкий лентец, амёбы и описторхии)
- 3. Алиментарные факторы (длительное нарушение режима и качества питания, однообразное питание, употребление недоброкачественной пищи, испорченных овощей, фруктов, преимущественное употребление углеводной или белковой пищи)
- 4. Интоксикации (ионизирующее излучение при длительной лучевой терапии, химиопрепаратами, промышленные яды – контакт с парами кислот щелочей, воздействие солей тяжелых металлов (мышьяк, ртуть)
- 5. Медикаменты (длительное, бесконтрольное, необоснованное употребление антибиотиков, слабительных средств, сульфаниламидных препаратов, глюкокортикоидов, иммунодепрессантов)
- 6. Энзимопатии (врожденная, приобретенная недостаточность дисахаридазы, лактазы, энтерокиназы)
- 7. Сопутствующие заболевания ЖКТ (хр.панкреатиты, холециститы, атрофический гастрит)
- 8. Пищевая аллергия

Патогенез

- -Непосредственное поражение слизистой оболочки – инфекцией, ЛС, токсическими и аллергическими факторами
- Снижение защитных функций гастроинтестинальной иммунной системы
- Развитие сенсibilизации организма больных к аутомикробной флоре кишечника
- Аутоиммунные реакции
- Нарушение моторной функции кишечника
- Дисбактериоз
- Нарушение секреции гастроинтестинальных гормонов, простагландинов

Классификация

- **I. По этиологическим признакам**

1. Постинфекционные:
2. Паразитарные
3. Алиментарные
4. Токсические
5. Медикаментозные
6. Лучевые
7. Аллергические
8. Механические
9. Наследственно-конституциональный фактор: врожденный дефицит ферментов

- **II. По локализации:**

- тифлит,
- проктосигмоидит,
- тотальный колит

- **III. По характеру морфологических изменений:**

- Хр.поверхностный колит
- Хр.колит без атрофии
- Хр.колит с атрофией

- **IV. По фазам заболевания:**

- Обострение
- Ремиссия

- **V. По характеру нарушения моторной функции:**

- Нарушения по гипермоторному типу
- Нарушения по гипомоторному типу
- Без нарушения моторной функции

- **VI. По выраженности кишечной диспепсии:**

- С явлениями бродильной диспепсии
- С явлениями гнилостной диспепсией
- С явлениями смешанной диспепсии

Клиника

- **Местные симптомы:**

1. Поносы и запоры
2. Поносы часты при дистальных колитах
3. «Понос – будильник»
4. Боли в нижних отделах живота больше слева
5. Метеоризм и урчание в животе
6. Кишечные колики
7. В кале много слизи, крахмала
8. Слепая кишка растянута, болезненная
9. Часто тенезмы
10. Копрограмма: лейкоциты, эритроциты, клетки мышечного эпителия, пищевых остатков нет
11. Сигмовидная кишка спазмированная, болезненная

- **Общие симптомы:**

1. Раздражительность

2. Головные боли

3. Плохой сон

4. Язык с отпечатками от зубов, отечный

Диагностика

- 1.Ректороманоскопия (с биопсией)
- 2.Колоноскопия
- 3.Копрологическое исследование
- 4.Биохимическое исследование кала (энтерокиназу, щелочной фосфатазы, растворимый белок)
- 5.Рентгеновское исследование (пассаж пария по толстой кишке, ирригоскопия)

Копрологическое исследование

- При бактериологическом исследовании кала выявляют большое количество лейкоцитов,
 - Нарушения состава микробной флоры (увеличение количества патогенных микробов эшерихий, стрептококков, стафилококков, дрожжевых грибов, протеи),
 - Уменьшение количества или полностью исчезают бифидобактерии и лактобактерии

Лечение

- Диета должна быть индифферентной, малошлаковой, полноценной с механическим и химическим щажением, не раздражающий кишечник, содержащей нормальное количество белков, жиров, углеводов.

При обострении заболевания, сопровождающегося поносами, повышенным газообразованием, болями в животе назначается диета № 4. Все блюда дают в протертом виде приготовленном на пару и отварном виде, необходимо исключить: молочные блюда, все овощи, соусы, пряности, сырые фрукты и ягоды, дыни и абрикосы, сливы, острые и соленые и жаренные блюда, копчености, жирные сорта мяса, овощи богатые эфирными маслами (лук, чеснок, редка, редиска) тугоплавкие жиры животного происхождения, маргарин, кулинарные жиры.

При преобладании запоров назначается диета №3 с большим содержанием клетчатки.

Бактерицидные и бактериологические действия оказывают отвары трав и сушеной черники, шиповника, малины, зверобоя, шалфея.

- При преобладании диареи назначаются:
антидиарейные препараты (ингибиторы моторики кишечника), реасек, имодиум, лоперамид
Адсорбенты, вяжущие и обволакивающие препараты (алмагель, фосфолугель, смекта)
При преобладании запоров назначаются:
препараты, усиливающие перистальтику кишечника (прокинетики) метоклопрамид, мотилиум, цизаприд.
Слабительные средства:
а) препараты, раздражающие нервно-мышечный аппарат кишечника и усиливающие перистальтику – дульколак, гуттулак
б) препараты, увеличивающие объем и изменяющие консистенцию кала, увеличивающие осмотическое давление в толстой кишке – лактулоза, ксилит или сорбит, форлак.
в) препараты, смягчающие консистенцию кала и улучшающие скольжение его по просвету кишечника – вазелиновое масло.
При преобладании дискинетического синдрома:
При гипермоторных нарушениях моторики кишечника: миогенные спазмолитики (но-шпа, бускопам, мебеверин, папаверин), м-холиноблокаторы (платифиллин, гастроцепин), антагонисты кальция (дицетел)
При гипомоторных нарушениях моторики кишечника - прокинетики (метоклопрамид, мотилиум, цизаприд)
При проктосигмоидите –микроклизмы:
с гидрокортизоном 25 мг 1 раз
Преднизолоном 25 мг 2 раза
Сульфасалазином 1 гр 1 раз в сутки
Сидячие ванны с раствором перлинганита калия (1/5000), 1% гидрокортизоновая или 0,5% преднизолоновая мазь
Свечи с новокаином, белладонной, анестезином.