

Сестринский уход при заболеваниях кишечника

Хронический энтерит

- Хронический энтерит — хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание тонкой кишки, приводящее к морфологическим изменениям слизистой оболочки и нарушению моторной, секреторной, всасывательной и других функций кишечника. Заболевание протекает с ремиссиями и обострениями, возникающими в основном после диетических погрешностей. Встречается у людей любого возраста, полового различия в заболеваемости не встречается.

- Причины развития хронического энтерита весьма разнообразны: алиментарные нарушения, безрежимное питание, алкоголизм, интоксикация лекарственными и химическими веществами, врожденный дефицит ряда пищеварительных ферментов. Выделяют так называемые «вторичные» энтериты, развивающиеся на фоне каких-либо других заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Симптоматика

- Основным проявлением болезни является расстройство опорожнения кишечника, что проявляется преимущественно в виде поноса. Понос характеризуется частым опорожнением кишечника и выделением неоформленных каловых масс.

- Понос (диарея) имеет свойства так называемой «тонкокишечной» диареи; стул обычно 2—3 раза в день, обильный, так как нарушение переваривания и всасывания в тонкой кишке приводит к значительному увеличению количества непереваренной пищи, поступающей в толстую кишку.

- Частые позывы на стул (тенезмы) обычно отсутствуют, поскольку «резервуарная» функция толстой кишки сохранена. При хроническом энтерите позывы к дефекации возникают спустя 20—30 мин после приема пищи и сопровождаются сильным урчанием и переливанием в животе. Часто отмечается непереносимость молока.

- Обострение вызывает также прием острой пищи, переедание, пища, содержащая большое количество жиров и углеводов. Обращает на себя внимание своеобразный желтоватый цвет каловых масс, обусловленный присутствием в них невосстановленного билирубина и большого количества жира.

- Нарушение моторики кишки проявляет себя также болями. Боли чаще локализуются возле пупка, носят тупой, распирающий характер, не иррадиируют, появляются через 3—4 ч после приема пищи, сопровождаются вздутием, затихают после согревания живота. У больных часто отмечается метеоризм — вздутие живота вследствие повышенного газообразования.

- При длительном течении болезни, особенно тяжелой формы, выражен астено-невротический синдром в виде слабости, повышенной физической и умственной утомляемости, а также снижение массы тела и признаки гиповитаминоза в виде сухости кожи, «заеды» в углах рта; возможно также развитие анемии.

- При непосредственном исследовании больного в период ремиссии отмечается лишь незначительная чувствительность вокруг пупка при пальпации. При обострении болезненность вокруг пупка более выраженная, определяется также «шум плеска» при пальпации слепой кишки. В период обострения признаки гиповитаминоза и анемии выражены в большей степени, чем в период ремиссии, а также при легком течении болезни.

- Большое значение имеет исследование кала, выявляющее два 2 типа изменений: синдром недостаточности переваривания в тонкой кишке и синдром ускоренной эвакуации из тонкой кишки.
- В первом I случае при исследовании кала выявляется большое количество мышечных волокон, жирных кислот, очень большое количество крахмала и клетчатки, немного нейтрального жира и йодофильной флоры.

- Во втором — очень много нейтрального жира, крахмала, клетчатки, а также значительное количество мышечных волокон, жирных кислот и мыл.
- Определенное значение имеет исследование бактериальной микрофлоры кала — уменьшено число бифидо- и лактобактерий, увеличено число гемолитических и лактозонегативных эшерихий, патогенного стафилококка, протей, гемолитического стрептококка.

- При рентгенологическом исследовании (контрастное вещество вводится в тонкую кишку через зонд) выявляется нарушение моторики, изменение рельефа слизистой оболочки.
- Хронический энтерит может быть различной степени тяжести. При легком течении болезни в клинической картине преобладают «кишечные» симптомы, масса тела снижена не более чем на 5—7 кг, общие симптомы отсутствуют.

- При течении средней тяжести наряду с типичными «кишечными» симптомами имеются выраженные признаки нарушения всасывания, что проявляется более значительным снижением массы тела и гиповитаминозом. Тяжелое течение характеризуется значительно выраженным нарушением кишечного пищеварения и всасывания, масса тела значительно снижена, имеются осложнения со стороны других органов (хронический гастрит, хронический панкреатит, хронический гепатит).

Лечение

- При обострении заболевания лечение следует проводить в стационаре. Вне обострения лечение осуществляется на дому и заключается, главным образом, в соблюдении правильного режима и соответствующей диеты. Категорически запрещается курение и прием алкоголя. Диета должна быть полноценной, содержать нормальное количество углеводов, жиров и полноценного белка.

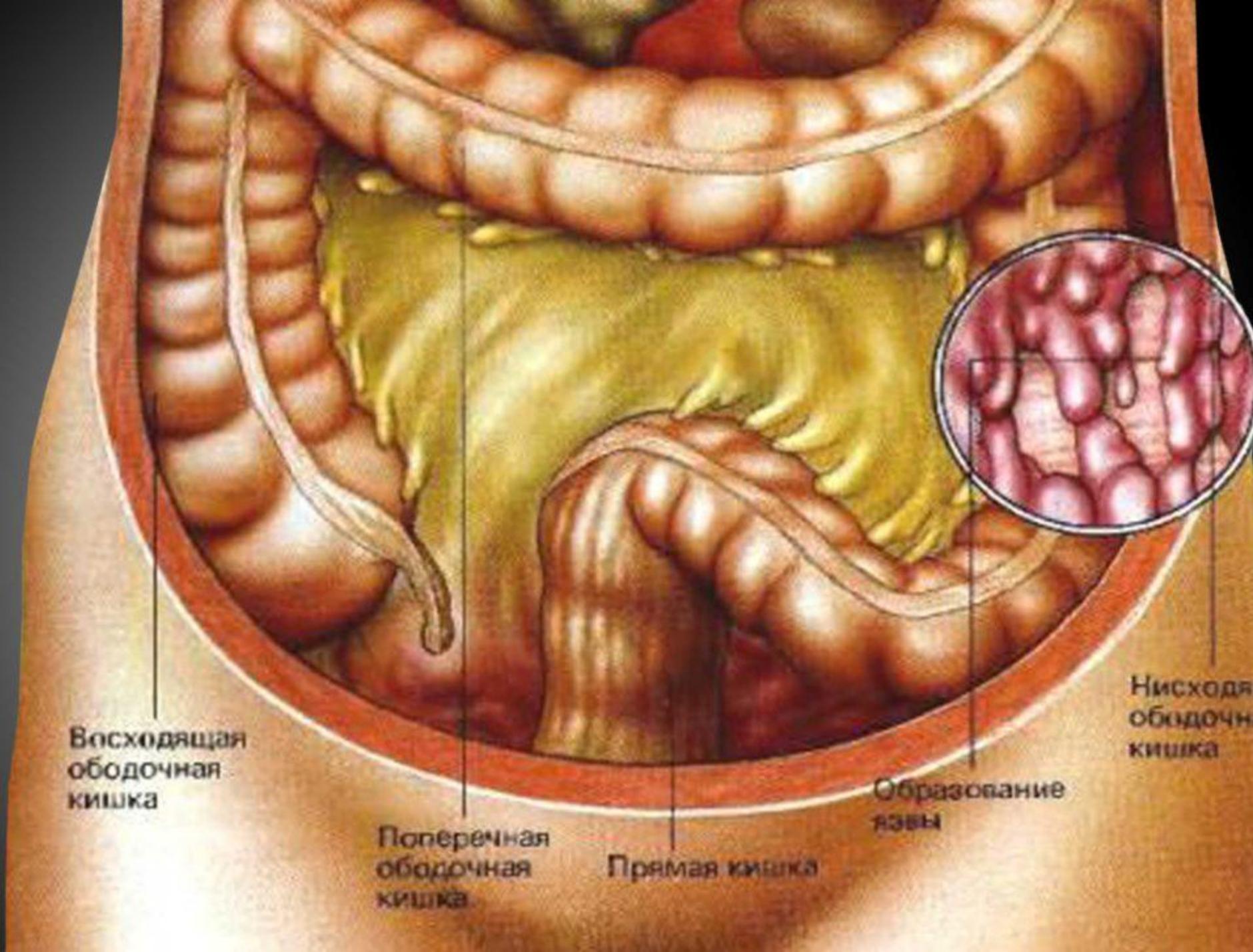
- Исключаются тугоплавкие жиры животного происхождения, ограничивают продукты, содержащие большое количество клетчатки. В период обострения пища должна быть механически щадящая. Рекомендуется все суточное количество пищи принимать 4—5 раз (дробное питание).

- Для борьбы с дисбактериозом (нарушенной микробной флорой кишечника) применяют колибактерин, бификол (до 2 нед), бифидумбактерин или производные 8-оксихинолина (энтеросептол, интестопан, но не более 7 дней. При поносах показаны вяжущие средства (висмут, дерматол). Если это не оказывает эффекта, то назначают имодиум (в течение 2-3 дней).

- Широко используются ферментные препараты (панзинорм, панкреатин, мезим-форте и др.). Обязательно проводится витаминотерапия (В, никотиновая кислота, аскорбиновая кислота), так как у этих больных нарушен эндогенный синтез витаминов. При тяжелом нарушении всасывания используются белковые препараты и растворы электролитов (парэнтерально вводимые), а также анаболические стероиды (неробол, ретаболил).

Профилактика

- Для предупреждения возникновения хронического энтерита рекомендуется соблюдение режима правильного питания, запрещение переедания и одностороннего питания, своевременное лечение заболеваний органов пищеварения (в первую очередь, хронического гастрита, хронического панкреатита и пр.).



Восходящая
ободочная
кишка

Поперечная
ободочная
кишка

Прямая кишка

Образование
язвы

Нисходящая
ободочная
кишка

Хронический колит

- Хронический колит — хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание толстой кишки, протекающее с морфологическими изменениями слизистой оболочки и нарушениями моторной, всасывательной и других функций толстого кишечника.

- Заболевание встречается у лиц любого возраста и пола. Причины развития хронического колита весьма разнообразны. В первую очередь к ним относятся кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез), однако специфическая инфекция играет роль пускового фактора и в дальнейшем не выделяется из кишечника; течение болезни определяется активизацией условно-патогенной и сапрофитной флоры (явления дисбактериоза).

- В возникновении болезни имеют значение простейшие (кишечная амеба, лямблии, балантидии), инвазия гельминтов не является самостоятельным фактором, но они могут поддерживать уже возникший патологический процесс в кишечнике. Имеют значение заболевания желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты с резко сниженной секреторной функцией, хронические энтериты, панкреатиты с внешнесекреторной недостаточностью). В ряде случаев установить причину развития болезни не удастся.

Симптоматика

- Основным проявлением болезни является нарушение функции опорожнения кишечника, что проявляется в виде поноса (диареи) или запора, смены поносов и запоров. Понос при хроническом колите носит черты так называемой толстокишечной диареи, характерные признаки которой обусловлены особенностями функционирования толстой кишки.

- Позывы к дефекации.
- Дефекации сопутствует схваткообразная боль внизу живота (тенезмы).
- После дефекации и отхождения газов боль и позывы исчезают.
- В отличие от хронического энтерита при поражении толстой кишки стул может быть достаточно частым (обычно 3—4 раза в день, в период обострения — до 10 раз).

При хроническом колите причиной поноса служит усиленная перистальтика кишечника, в результате которой жидкое содержимое достигает сигмовидной кишки. Вследствие того, что вода в ней не всасывается, а резервуарная способность кишки понижена; стул бывает жидким и даже водянистым.

- Более редкая причина поноса — вторичное разжижение каловых масс вследствие кишечной гиперсекреции, которая возникает в ответ на длительное нахождение каловых масс в кишечнике (смена запора поносом). У других больных в клинической картине доминирует **запор** — редкое или недостаточное опорожнение кишечника (1 раз в 3 суток и более с преобладанием спазма или атонии кишечника).

- Другое проявление болезни — **боли в животе**. При хроническом колите боли локализуются преимущественно внизу живота или в боковых его отделах (**чаще слева**), носят **схваткообразный характера** часто усиливаются после легкобродящих углеводов (молоко, капуста, черный хлеб) и стихают после опорожнения кишечника или отхождения газов. У больных часто отмечается метеоризм — вздутие живота вследствие усиленного газообразования.

- В некоторых случаях отмечается плохая переносимость белковой пищи (в этих случаях учащение стула не столь выражено, как при непереносимости углеводистой пищи, метеоризм не резко выражен). При длительном течении болезни может возникать астено-невротический синдром в виде повышенной утомляемости, раздражительности, снижении физической и умственной работоспособности.

- При непосредственном исследовании больного в период обострения отмечается болезненность по ходу толстого кишечника при его пальпации, урчание в области слепой кишки, болезненно спазмированные участки сигмовидной кишки.

- При исследовании кала в период обострения болезни можно выделить несколько характерных типов изменений копрограммы. При преобладании в кишечнике бродильных процессов при микроскопии кала выявляется большое количество клетчатки, иодофильной флоры и крахмала, мыла и жирные кислоты в незначительном количестве.

- При преобладании в кишечнике гнилостных процессов в кале содержание различных веществ не отличается от нормы, однако при химическом исследовании отмечается резкое увеличение аммиака (в суточном количестве кала).

- При тяжелом течении болезни при исследовании кала можно выявить дисбактериоз — уменьшение количества бифидо- и лактобактерий, увеличение гемолитических и лактозонегативных эшерихий, патогенного стафилококка, протей, гемолитического стрептококка. Восстановление нормальной бактериальной микрофлоры в кишечнике является хорошим критерием успешности лечения.

- При рентгенологическом исследовании толстого кишечника (контрастное вещество вводится в кишечник с помощью клизмы) выявляется смазывание рисунка слизистой оболочки, ассиметричная гаустрация, участки гипо- и гипермоторной дискинезии.

Происхождение гаустраций

- Гаустры – это не постоянные анатомические образования, а попеременные сокращения кольцевой мускулатуры с продольными мышечными лентами.

- При эндоскопическом исследовании (колоноскопия) выявляется изменение слизистой оболочки толстой кишки в виде усиления или обеднения сосудистого рисунка, участков атрофии, воспалительных изменений. Этот метод позволяет рано диагностировать опухоль толстой кишки, которая может проявить себя моторными расстройствами (запоры).

- При исследовании крови (общеклиническом и биохимическом) изменения в виде анемии, гипопротеинемии выявляют лишь при тяжелом течении болезни с преобладанием диареи.
- Хронический колит может протекать различно. При легком течении болезни преобладают «кишечные» симптомы, возникающие обычно при диетических погрешностях. Общее состояние пациента не страдает, трудоспособность не нарушена.

- При течении средней тяжести выражены в большей степени «кишечные» симптомы, они более стойкие, во время обострения возможно снижение массы тела (больные боятся принимать пищу из-за возможности возникновения болей в животе и поноса). При исследовании кала в период обострения выявляются характерные изменения.

- При тяжелом течении болезни характерно присоединение поражения тонкого кишечника, что проявляется признаками нарушения всасывания. Таким образом, в данном случае тяжесть болезни определяется не столько поражением толстого, сколько вовлечением в патологический процесс тонкого кишечника.

Лечение

- В период ремиссии медикаментозное лечение обычно не проводится, рекомендуется регулярное питание с исключением продуктов, вызывающих обострение (например, легкобродящие углеводы). Воздействие на факторы, способствующие развитию болезни, включает лечение кишечных инфекций, прекращение злоупотребления слабительными препаратами, ликвидацию гельминтов, лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

- При обострении болезни для уменьшения бродильных процессов показано ограничение легкобродящих углеводов (молоко в чистом виде, квас, капуста, черный хлеб). Уменьшение гнилостных процессов в кишечнике достигается ограничением трудноперевариваемых белков (жареное мясо), а также грубой клетчатки, усиливающей экссудацию белковых веществ в составе кишечного сока.

- Подавлению гнилостной флоры способствует прием кисломолочных продуктов. При преобладании запоров рекомендуется диета, стимулирующая перистальтику (вареная свекла, морковь, сливы, ржаной хлеб, свежая простокваша). Для нормализации кишечной флоры рекомендуется прием лактобактерина, бифидумбактерина (по 5 доз на прием 1—2 раза в день в течение 2—3 недель).

- Прием ферментных препаратов (панзинорм, мезим и пр.) рекомендуется при преобладании поносов и появлении признаков вовлечения в процесс тонкого кишечника.
- При болях рекомендуется прием антиспастических препаратов (папаверин, нош-па, дюспаталин и др.). Вяжущие (дерматол, карбонат кальция, белая глина) — при преобладании диареи или послабляющие (преимущественно растительного происхождения) при запорах.

- В период обострения целесообразны короткие курсы (5—7 дней) противобактериальных препаратов — фуразолидон, интестопани пр. Антибиотики, как правило, не назначаются.
- При обострении применяют также местные средства — микроклизмы из настоя травы зверобоя, ромашки, коры дуба. При болях — свечи с экстрактом белладонны.

Профилактика

- Предупреждение развития хронического колита состоит в своевременном лечении кишечных инфекций, правильном сбалансированном питании, исключении профессиональных вредностей, адекватном лечении заболеваний пищеварительного тракта (печень, желудок, поджелудочная железа).

Уход за больными с заболеваниями кишечника

- Проблемы пациента
- 1. Боли в животе, особенно усиливающиеся при нарушении диеты и ритма питания
- 2. Нарушение деятельности кишечника (запоры и поносы)
- 3. Снижение массы тела
- 4. Необходимость соблюдения предписанной диеты

Действия сестры в связи с уходом

- 1. Проведение бесед:
 - ◆ о необходимости соблюдения диеты и режима питания;
 - ◆ запрещение приема алкоголя;
 - ◆ необходимость приема медикаментов
- 2. Контроль за массой тела больного
- 3. Контроль за передачами больному родственниками
- 4. Сбор кала на исследование
- 5. Подготовка больного к рентгенологическому исследованию
- 6. Обучение больного правилам постановки лечебных микроклизм

Спасибо за внимание!

