

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

А.Н. Ряскин, канд. мед. наук, **И.М. Журавская**, канд. мед. наук, **В.Н. Петров**, проф.
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,
Санкт-Петербургский медицинский колледж № 2
E-mail: mk2@zdrav.spb.ru

Приведены причины, принципы диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника – язвенного колита и болезни Крона. Описаны составляющие сестринской помощи при этих заболеваниях.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника – язвенный колит и болезнь Крона, этиология, диагностика, лечение, сестринская помощь.

Основными воспалительными заболеваниями (ВЗК) кишечника являются язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК). Эпидемиологические исследования свидетельствуют о неуклонном росте в последние годы числа больных ВЗК, особенно в экономически развитых странах. Оба заболевания сопровождаются неблагоприятными клиническими проявлениями и нередко – тяжелыми осложнениями, приводящими к снижению трудоспособности и качества жизни пациентов. Диагностика ВЗК, особенно на догоспитальном этапе, вызывает определенные трудности и сопряжена (наряду с лечением) с существенными экономическими затратами.

Язвенный колит (ЯК) – хроническое воспалительное заболевание толстой кишки с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки (СО). Заболевание может начаться в любом возрасте, женщины страдают им чаще мужчин, пик заболеваемости приходится на возраст 15–30 и 50–70 лет; частота ЯК широко варьируется – от 30 до 240 случаев на 100 тыс. населения.

Этиология и патогенез. Причины ЯК остаются неизвестными. Подозревают *инфекционное происхождение* заболевания, обусловленное нарушениями иммунного ответа на естественную (нормальную) микрофлору кишечника с последующим развитием воспалительного процесса в толстой кишке. Почти у всех больных ЯК выявляют дисбиоз (нарушения микрофлоры) кишечника.

Рассматривается роль *генетической предрасположенности к ЯК*. Ее подтверждают достаточно высокая частота (20%) ВЗК у кровных родственников больных ЯК, этническая предрасположенность: заболеваемость среди евреев в 2–4 раза выше, чем у лиц других национальностей.

К факторам риска развития ЯК относят искусственное вскармливание, частые инфекционные заболевания в детском возрасте, курение, использование нестероидных противовоспалительных препаратов.

Воспалительная реакция толстой кишки наряду с гиперемией, отеком, кровоточивостью характеризуется наиболее важными признаками – появлением микроабсцессов кишечных крипт и инфильтраций СО. Слияние воспалительных инфильтратов приводит к возникновению изъязвлений и псевдополипов.

Чаще поражаются дистальные участки толстой кишки, а вовлечение в воспалительный процесс прямой кишки является обязательным для ЯК.

В зависимости от протяженности воспалительного процесса выделяют:

- *дистальный колит* с воспалением прямой кишки (проктит), прямой и сигмовидной (проктосигмоидит) кишки;
- *левосторонний колит*: поражение толстой кишки на участке от прямой кишки до селезеночного изгиба;
- *тотальный колит (панколит)*: поражение всей толстой кишки.

Клиника и диагностика. Течение ЯК может быть острым, молниеносным (в том числе, с летальным исходом), хроническим рецидивирующим с частотой обострений 2–3 раза в год и непрерывным – затянувшееся обострение более 16 мес с вялотекущим и умеренно активным воспалительным процессом.

Ведущими в клинической практике ЯК являются *кишечные симптомы*. Больных беспокоят схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, диарея с примесью крови и слизи, императивные позывы и тенезмы, вздутие живота.

Могут наблюдаться повышение температуры тела (субфебрилитет), быстрая утомляемость, общая слабость, снижение трудоспособности. По мере прогрессирования заболевания развиваются похудение и анемия.

Дополняют клиническую картину разнообразные *внекишечные проявления*, обусловленные изменениями печени (желчнокаменная болезнь, холангит и др.), суставов (артрит, анкилозирующий спондилит и др.), кожи (узловатая эритема, афтозные язвы и др.), глаз

(склерит, иридоциклит и др.), почек (мочекаменная болезнь) и других органов.

Тяжесть клинической симптоматики зависит от выраженности и распространенности воспалительного процесса в толстой кишке. Выделяют *легкую, среднетяжелую и тяжелую формы ЯК* соответственно при преимущественном поражении прямой (проктит), прямой и сигмовидной (проктосигмоидит), всей толстой кишки (тотальный колит).

Легкая форма характеризуется эпизодами кратковременной боли в животе, нечастой диареей и небольшими выделениями кровянистой слизи при дефекации. Трудоспособность сохранена. Среднетяжелой форме свойственна отчетливая клиническая симптоматика: частые схваткообразные боли в животе, стул до 5–6 раз в сутки с постоянной примесью слизи и крови. Возможны субфебрилитет, снижение или потеря трудоспособности. При тяжелой форме наблюдаются постоянные боли в животе, профузная диарея, обильное выделение крови при позывах и дефекации, лихорадка, истощение, анемия, потеря трудоспособности.

Определенное значение для диагностики воспалительных заболеваний кишечника имеют лабораторные методы исследования и существенное – инструментальные (эндоскопические и рентгенологические).

Перечень обязательных лабораторных и инструментальных исследований: клинический анализ крови с подсчетом количества ретикулоцитов и тромбоцитов; определение содержания общего билирубина и его фракций, общего белка и его фракций, холестерина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы, калия, натрия, кальция в крови; определение группы крови, резус-фактора, концентрации сывороточного железа; общий анализ мочи; посев кала на бактериальную флору; анализ кала на яйца глистов, скрытую кровь, дисбактериоз; копрограмма; гистологическое и цитологическое исследование биоптата толстой кишки; ректороманоскопия, колоноскопия с биопсией СО толстой кишки; ирригоскопия.

Показаны консультации гастроэнтеролога (колопроктолога), хирурга, гинеколога, инфекциониста.

Клинический анализ крови позволяет подтвердить воспалительное происхождение заболевания (лейкоцитоз, увеличение СОЭ), выявить анемию. В кале находят слизь, кровь (эритроциты) и лейкоциты при отсутствии паразитов или патогенных бактерий.

Типичными эндоскопическими (ректороманоскопия, колоноскопия) проявлениями ЯК являются гиперемия, зернистость, кровоточивость, отек СО, обнаружение на ней эрозий и поверхностных язв, псевдополипов, а также крови, слизи и гноя в просвете толстой кишки. Подтверждают (верифицируют) диагнозы

результаты гистологического изучения биоптатов СО – выявление микроабсцессов кишечных крипт.

При рентгенологическом исследовании обнаруживают неровность, изъязвления, псевдополипы СО, по мере прогрессирования ЯК – отсутствие гаустрации, выпрямленность контура, сужение просвета и укорочение кишки.

Болезнь Крона – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся трансмуральным гранулематозным воспалительным процессом в различных отделах пищеварительного тракта – от полости рта до заднего прохода. 1-й пик заболеваемости наблюдают в возрасте 15–20 лет, 2-й – в возрасте 50–60 лет. Распространенность БК в разных странах мира – 30–150 случаев на 100 тыс. населения, мужчины болеют чаще женщин.

Этиология и патогенез. Причины и механизмы развития БК во многом сходны с таковыми при ЯК. Этиология БК также не установлена. В происхождении этого заболевания возможна роль пищевых, инфекционных (бактериальных и вирусных) антигенов или аутоантигенов, находящихся на СО кишечника. Они инициируют иммунную реакцию и воспалительный процесс с интрамуральным поражением всех слоев стенки органа желудочно-кишечного тракта.

Преобладает мнение, что ВЗК (ЯК и БК) являются следствием патологической иммунной реакции СО на кишечную микрофлору у лиц с наследственной предрасположенностью. Приблизительно у 20% больных БК кто-нибудь из кровных родственников страдает хроническим ВЗК.

К предрасполагающим факторам развития БК относят использование антибиотиков и курение.

Важными морфологическими признаками БК являются сегментарность воспалительного процесса – пораженные участки кишечника чередуются со здоровыми – и его асимметричность, необязательное поражение прямой кишки. На фоне локальной гиперемии и отека СО возникают ее дефекты (афтозные язвы), которые при прогрессировании заболевания увеличиваются и принимают линейную форму. Воспалительный процесс затрагивает постепенно все слои стенки кишки, вызывает утолщение стенки и сужение кишки. Глубокие поперечные и линейные изъязвления придают рельефу СО своеобразный вид «булыжной мостовой», способствуют возникновению спаек и свищей.

Наиболее частая локализация воспалительного процесса при БК – подвздошная кишка или илеоцекальный отдел. Далее по мере уменьшения частоты следуют толстая кишка, тонкая кишка, другие локализации (желудок, двенадцатиперстная кишка, полость рта и др.).

Протяженность воспалительного процесса может быть ограниченной (локальной) или распространенной – соответственно менее и более 100 см.

Клиническая картина и диагностика. БК свойственно разнообразие клинических проявлений кишечного и внекишечного происхождения, зависящих от остроты, локализации и протяженности воспалительного процесса. Клиническая картина заболевания с поражением кишечника существенно не отличается от таковой при ЯК.

Больных беспокоят боли в животе разной степени выраженности – от легкой до острой (интенсивной) – и локализации (правая подвздошная область, нижние отделы живота, подложечная область и др.), учащение стула (без профузной диареи) с примесью слизи и крови. Возможны кишечные кровотечения с выделением темной или алой крови у больных с поражением толстой кишки.

Выраженные воспалительно-инфильтративные изменения стенки кишечника сопровождаются лихорадкой, ночной потливостью, значительным снижением массы тела. Нередко больных беспокоят общая слабость, повышенная утомляемость, снижение или потеря трудоспособности, обусловленные развитием анемии в результате воспалительного процесса в кишечнике и кровопотерь. В этих случаях в анализе крови отмечают снижение концентрации гемоглобина и увеличение СОЭ.

Разнообразные внекишечные симптомы описаны выше и одинаковы при БК и ЯК.

Течение воспалительных заболеваний кишечника осложняют:

- стриктуры (сужения просвета кишки);
- перфорации;
- кровотечения;
- рак толстой кишки.

Дополнительно к этим осложнениям при БК возможно образование инфильтратов, абсцессов в брюшной полости, межкишечных и ректовагинальных свищей, а при ЯК может развиваться токсичский мегаколон (расширение толстой кишки).

Важную роль в диагностике БК играют результаты рентгенологических и эндоскопических исследований. Характерными рентгенологическими признаками при этом заболевании являются сегментарность (прерывистость) поражений, наличие изъязвлений разной величины и формы, участков сужения кишечника, свищей. С помощью наиболее ценных в диагностическом плане эндоскопических исследований (ректороманоскопия, колоноскопия с биопсией СО) выявляют сегментарность и асимметричность воспалительного процесса, очаговую гиперемии и отек СО, афтозные язвы, своеобразный рельеф СО («бульжная мостовая»), утолщение стенки кишки и сужение ее просвета, возникновение спаек и свищей. Гистологическое изучение биоптатов СО в случае выявления трансмурального характера воспалительного процесса и специфических гранул подтверждает диагноз БК.

Сестринский уход. Принципы сестринской помощи больным почти одинаковы при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, в том числе – при функциональных заболеваниях кишечника и ВЗК.

Разумно (целенаправленно) собранный анамнез с последующим объективным исследованием позволяет медсестре сформулировать проблемы пациента и правильно спланировать сестринский уход. Необходимо конкретизировать жалобы пациента, касающиеся болевого и диспепсического синдромов, выяснить локализацию, интенсивность и характер боли в животе, особенности стула (частота дефекаций, цвет и консистенция каловых масс, наличие примесей слизи, гноя и крови). Следует расспросить пациента об особенностях его питания, вредных привычках (курение), использовании лекарственных средств (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты). Медсестра выясняет, имелись ли эпизоды болей в животе и диспепсических расстройств, диагностировались ли инфекционные и желудочно-кишечные заболевания у больного и его родственников в предыдущие годы.

При объективном исследовании нередко выявляют похудение пациента, бледность кожи и видимых СО, обложенность языка, болезненность при пальпации в нижних и боковых отделах живота.

При БК с поражением кишечника у пациента возникает ряд проблем (сестринские диагнозы); наиболее типичными и важными из них в клиническом плане являются следующие:

- общая слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности;
- боли в боковых и нижних отделах живота;
- поносы;
- примесь крови в кале;
- повышение температуры тела;
- снижение массы тела;
- анемия (снижение концентрации гемоглобина в крови).

Больному с установленным диагнозом ВЗК следует задать следующие вопросы:

- Какие причины вызвали обострение заболевания?
- Соблюдает ли он диету?
- Использует ли и как переносит предписанные лекарственные препараты?
- Не занимается ли самолечением?

Немаловажная составная часть сестринского ухода – просвещение и обучение пациентов и членов их семей, включающие в себя пропаганду и организацию здорового образа жизни, сбор сведений о заболевании и принципах его диагностики и лечения, организации психологической и медико-социальной поддержки пациента в семье.

Купировать клинические проявления обострения ВЗК – решить различные проблемы пациента – можно только с помощью осуществляемых врачом комплексных лечебных мероприятий.

Принципы лечения. Госпитализация показана при трудностях диагностики ВЗК в амбулаторно-поликлинических условиях, среднетяжелом, тяжелом течении заболевания и наличии осложнений.

Лечение предусматривает достижение и поддержание ремиссии заболевания, предупреждение осложнений, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни с помощью *немедикаментозных и медикаментозных средств, а иногда и хирургических вмешательств.*

К *немедикаментозным средствам* относят создание наиболее благоприятной для пациента обстановки психического и физического покоя, отказ от курения и употребления алкогольных напитков, лечебное питание.

Лечебное питание должно учитывать индивидуальные реакции пациента на пищевые продукты, быть механически и химически щадящим, создавать условия для оптимального пищеварения. Рекомендуют диету с ограничением жиров и достаточным количеством белков, углеводов, витаминов и микроэлементов. Принимать пищу следует малыми порциями 5–6 раз в сутки, медленно и тщательно пережевывая ее.

Не рекомендуются следующие продукты:

- жирные сорта мяса, рыбы, птицы, колбас, копчености и консервы;
- супы молочные, гороховые, бобовые, грибные, крепкие жирные бульоны, щи, борщи, рассольники;
- острые закуски, приправы, соусы;
- твердые сорта сыра;
- кофе, шоколад;
- газированные напитки.

Следует существенно ограничить потребление нерастворимых пищевых волокон, содержащихся в кожуре фруктов (абрикосы, инжир, яблоки и др.) и овощей (картофель, редис, огурцы и др.), цельнозерновых продуктах, орехах, семечках и др. Полезны растворимые пищевые волокна, находящиеся в овсяной каше, вареных зеленых листовых овощах, пошiroванных очищенных фруктах и др.

При обострении заболевания рекомендуют слабые мясные и рыбные бульоны, яйца всмятку, каши (манная, овсяная, гречневая), желе, пюре из протертых овощей и фруктов, сухари из белого хлеба, слабый чай. По мере стихания воспалительного процесса и заживления язв назначают полноценное питание, включающее в себя нежирные сорта мяса, рыбы и птицы в отварном виде, нежирный сыр и творог, яйца, печеный или вареный очищенный картофель, вареные овощи и пошiroванные фрукты. Полезны

красное мясо (говядина, телятина), печень и печеночные паштеты как источники железа, теряющегося при повторных кровотечениях из кишечника.

Тяжелое течение ЯК и БК, угроза возникновения осложнений нередко являются показанием к энтеральному, частичному или полному парентеральному питанию с использованием соответственно высококалорийной жидкой пищи или внутривенно вводимых белковых, аминокислотных, энергетических и обогащенных микроэлементами и витаминами препаратов.

Суть *медикаментозного лечения*, зависящего от локализации, распространенности, характера и тяжести воспалительного процесса в кишечнике, заключается в использовании базисной (основной) и дополнительной противовоспалительной терапии.

В качестве базисной терапии используют оказывающие противовоспалительное действие препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин, месаламин и др.), кортикостероидные гормоны (преднизолон, метилпреднизолон, будесонид и др.), иммуносупрессивные средства (азатиоприн, 6-меркаптопурин, метотрексат, циклоспорин А и др.). Препараты 5-аминосалициловой кислоты применяют для лечения обострения легких, среднетяжелых форм и поддержания ремиссии заболевания. Отсутствие эффекта при лечении салицилатами, среднетяжелое и тяжелое течение распространенных форм ЯК и БК является показанием к терапии кортикостероидными гормонами. Иммуносупрессоры относят к препаратам резерва и назначают при тяжелом остром и непрерывном хроническом течении ВЗК и невозможности достичь ремиссии при гормональном лечении стероидрезистентных и стероидзависимых форм заболеваний.

Дополнительные методы лечения предусматривают использование:

- антибактериальных препаратов (метронидазол, цiproфлоксацин, кларитромицин, гентамицин и др.);
- антидиарейных средств (имодиум, имодиум-плюс, смекта и др.);
- спазмолитических препаратов (дюспаталин, метеоспазмил, но-шпа и др.);
- рыбьего жира, содержащего омега-3 – полиненасыщенные жирные кислоты;
- препаратов железа и рекомбинантного эритропоэтина парентерально для лечения анемии;
- экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, гемосорбция, гипербарическая оксигенация).

Тяжелое течение ВЗК на фоне высокой активности воспалительного процесса и неэффективности комплексной терапии является показанием к антицитокиновому лечению – назначению *инфликсимаба*. Препарат содержит антитела к фактору некроза опу-

холи-а, вводится внутривенно и оказывает мощное противовоспалительное действие.

Абсолютными показаниями к хирургическому лечению ВЗК являются: тяжелое кровотечение, перфорация, кишечная непроходимость, рак толстой кишки, дополнительно к этому при ЯК – токсический мегаколон, при БК – абсцессы в брюшной полости.

Медсестра при наблюдении за больными оценивает его самочувствие и общее состояние, динамику клинических проявлений заболевания (боли в животе, диарея и др.), состояние кожных покровов и видимых СО, определяет пульс (частота, ритмичность), артериальное давление, массу тела. При поносах она выясняет характер питания пациента, сообщает врачу сведения о количестве, консистенции, цвете каловых масс, наличии в них примесей слизи, гноя и крови, обеспечивает больного судном и памперсами.

Медсестра следит за выполнением больным гигиенических мероприятий, обеспечивает ему уединение во время дефекации и помогает осуществлять туалет промежности. Она контролирует выполнение пациентом назначений врача, оценивает эффективность и возможные неблагоприятные (побочные) действия применяемых при лечении ВЗК медикаментозных препаратов (в первую очередь – кортикостероидных гормонов и иммуносупрессивных средств).

Следует развеять опасения канцерофобического характера и объяснить больному, что ВЗК (ЯК и БК) –

хронические заболевания, при которых невозможно полное выздоровление, но реальна клиническая ремиссия, обеспечивающая полноценную жизнь.

Рекомендуемая литература

Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. – М., 2001. – 500 с.

Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. – Тверь., 2002. – 128 с.

Румянцев В.Г. Болезни толстой кишки и аноректальной области. – М., 2007. – 224 с.

Халиф И.Л. Консервативное лечение воспалительных заболеваний кишечника // Consilium medicum. – 2009; 8: 43–47.

Шульпекова Ю.О. Диета при болезнях кишечника: традиционные основы и новые открытия // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2011; 4: 82–89.

INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

A.N. Ryaskin, Cand. Med. Sci.; I.M. Zhuravskaya, Cand. Med. Sci.; Prof. V.N. Petrov

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg

Saint Petersburg Medical College Two

The paper presents the causes of inflammatory bowel diseases, such as ulcerative colitis and Crohn's disease, and the principles of their diagnosis and treatment. It describes the components of nursing care for these diseases.

Key words: inflammatory bowel diseases; ulcerative colitis and Crohn's disease; etiology, diagnosis, treatment, nursing care.