

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра
хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов



Учебно-исследовательская работа студента на тему:
«Желудочное зондирование. Показания, противопоказания.
Осложнения и их профилактика.»

Выполнила: студентка 7 группы,
1 курса, педиатрического факультета

Денисова Д. П.

Научный руководитель: доцент,
кандидат медицинских наук Голуб В. А.

Волгоград 2018 г.

Содержание

Введение.....	3
Желудочное зондирование.....	4
Виды исследования	5
Показания и противопоказания	6
Алгоритм выполнения	7
Осложнения	8
Список литературы	9

Ведение

Онкологические заболевания пищеварительной системы, в частности желудка, остаются актуальной проблемой среди всех возрастных категорий. Желудок принимает участие в переваривании и подготовке пищи к последующей обработке в других отделах пищеварительного тракта. Патология данного органа приводит к серьезным нарушениям всего организма. Кроме того, затяжное течение заболевания увеличивает риск развития рака желудка в сотни раз. Положительные результаты в лечении достигаются только при точном определении причины возникновения патологии. Применяются разнонаправленные и информативные методы диагностики, одним из которых является зондирование желудка.

Желудочное зондирование

Зондирование желудка - способ исследования желудочно-кишечного тракта тонкой полрой трубкой (зондом), с помощью которого производят аспирацию (отсасывание) содержимого. Полученный материал анализируется в лаборатории. Желудок - это полый мышечный орган, который расположен между пищеводом и двенадцатиперстной кишкой и состоит из трех оболочек (серозная, мышечная, слизистая). Мышечный каркас служит для механической переработки и продвижения химуса в следующие отделы пищеварительного тракта. Слизистая оболочка содержит в себе секреторные клетки, которые в разных отделах вырабатывают биологически активные вещества. Условно желудок делится на кислотообразующую (верхнюю) и кислотонейтрализующую (нижнюю) зоны. Нормальное переваривание и преобразование еды в химус осуществляется за счет фермента пепсина, который работает только в кислой среде. Нейтрализация кислоты проводится активацией гидрокарбонатов, продуцируемых в нижних отделах желудка. Кроме того, в пищеварении принимают участие и другие ферменты, гормоны и биологические активные вещества. Курение, алкоголь, неправильное нерациональное питание, стрессы, прием ряда препаратов, могут нарушать нормальное соотношение компонентов желудочного сока, что приводит к серьезным заболеваниям. Определить отклонение в химическом составе позволяет зондирование желудка, которое включает в себя такие методы анализа:

1. Макроскопический (оценка структур, видимых человеческим глазом, без использования специального оборудования). Во внимание принимается количество, цвет, прозрачность, запах, наличие слизи.
2. Микроскопический (с помощью приборов, которые увеличивают изображение). Определяется наличие лейкоцитов, эритроцитов, микроорганизмов, эпителиальных клеток. А также элементов пищи (зерна крахмала, нейтральный жир, мышечные волокна).
3. Молекулярный. Производится количественный и качественный анализ химического состава желудочного сока (соляной кислоты, бикарбонатов, ферментов, гормонов, биологически активных веществ), определяется рН.

Кроме того, при использовании во время процедуры нагрузочных тестов, можно определить время, за которое выделяются те или иные компоненты содержимого желудка.

Таким образом, данная диагностическая процедура позволяет дать точную оценку секреторной, эндокринной, защитной и всасывательной функции

желудка. На основании полученных результатов можно предположить наличие органической патологии.

Виды исследования

Техника проведения исследования имеет варианты, которые отличаются диаметром используемого зонда, способом диагностической процедуры, и показанием к проведению. Зонд - это эластичная пластиковая или резиновая трубка длиной от 80 до 150 см с двумя отверстиями на конце. В зависимости от диаметра внутреннего сечения они бывают:

1. Толстые (10-13 мм) - устаревший тип диагностической трубки, который практически не применяется на практике. Описанный зонд вызывает болевые ощущения, дискомфорт, рвотный рефлекс и не позволяет проводить длительный забор желудочного содержимого.
2. Тонкие (2-9 мм). Данный вид зонда, является оптимальным для проведения исследования. Он не вызывает неприятных ощущений, может долго оставаться в полости желудка. Кроме того, диаметр трубки позволяет осуществлять доступ через нос.

Различают два способа проведения процедуры:

1. Одномоментное зондирование. Суть заключается в одноразовом заборе содержимого желудка. Наиболее известным примером, является способ Боаса-Эвальда. Метод подразумевает введение натощак пробного завтрака, с последующей аспирацией содержимого через 45 минут. Одномоментное зондирование, как и пробные завтраки, на сегодняшний день не применяются, так как требуют использования толстого зонда и низкой информативности.
2. Фракционное зондирование - диагностическая процедура, при которой проводится откачивание желудочного содержимого не один, а несколько раз. Данный способ предусматривает использование тонкого зонда, с помощью которого аспирируется тощаковая (голодная), базальная и стимулированная порция. В качестве стимуляторов выступают гистамин, пангастрин и инсулин.

Зондирование желудка может быть не только диагностической (аспирационной), но и лечебной процедурой. Лечебный эффект процедуры чаще всего применяется при отравлении или передозировке этанолом, грибами, медикаментами и другими веществами, поступающими из ротовой полости. Терапевтический эффект заключается в промывании органа и удалении патологического содержимого.

Показания и противопоказания к зондированию желудка

1. Симптомы, которые указывают о возможном заболевании желудка и требуют проведения зондирования желудка:
2. Неприятный запах изо рта. Основной причиной возникновения, является длительное пребывание еды в желудке. Задержавшаяся пища не подвергается ферментативной и секреторной обработке низлежащими органами, возникает ее брожение и самораспад, вследствие чего возникает неприятный запах.
3. Боли в эпигастральной (верхней срединной) области живота. В зависимости от заболевания, боль может возникать как натощак, так и провоцироваться приемом пищи. Это связано с нарушением химического состава содержимого желудка.
4. Изжога. Симптом возникает при повышении кислотообразующей функции желудка в сочетании с недостаточностью пищеводного сфинктера.
5. Тошнота, рвота. Такие проявления связаны с нарушенной продукцией пищеварительных элементов и выработкой патологических веществ и всасыванием их в кровь. Кроме того, представленные симптомы могут возникать на фоне болевого синдрома.
6. Возникновение данных симптомов может быть обусловлено различными заболеваниями пищеварительного тракта. Кроме того, нарушение расщепления и всасывания продуктов в желудке может быть симптомом системной патологии с поражением многих органов. К основным показаниям относятся:
7. Язвенная болезнь желудка. Образование дефекта слизистой оболочки, который склонен к распространению с частыми осложнениями. Нередко данная патология возникает на фоне повышенной кислотности желудка.
8. Гипо- и гиперацидные гастриты. Воспаление слизистой оболочки желудка, возможно возникновения эрозий (дефектов слизистой без распространения за ее пределы).
9. Рефлюкс-эзофагит. Заболевание, которое характеризуется забросом желудочного сока в пищевод. Кислая реакция содержимого вызывает воспаление и ожог слизистой оболочки пищевода.
10. Спазм или стеноз пилорического сфинктера. Патологическое состояние, при котором затруднено прохождение химуса в двенадцатиперстную кишку. При этом химический состав желудочного содержимого может изменяться.

11. Онкологические процессы – заболевания, которые с нарушением структуры секреторных клеток вызывают ряд изменений химического состава желудочного сока.

Проведения исследования ограничено декомпенсированной сердечно-сосудистой недостаточностью, тяжелыми заболеваниями органов дыхания, стриктурами пищевода. Кроме того, исследование противопоказано при беременности, остром инфаркте миокарда, воспалительных процессах в органах брюшной полости, перфорациях и кровотечениях из желудка.

Алгоритм выполнения желудочного зондирования.

1. Накануне вечером пациенту сообщают о предстоящей процедуре и предупреждают, чтобы ужин был не позднее 18.00. Утром в день исследования ему нельзя пить, есть, принимать лекарства и курить.
2. Утром пациента приглашают в процедурный или зондажный кабинет, усаживают на стул со спинкой, слегка наклонив ему голову вперед.
3. На шею и грудь пациента кладут полотенце. Его просят снять зубные протезы, если они есть. В руки дают лоток для слюны.
4. Моют руки с мылом, дважды их намыливая.
5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой его закругленный конец. Зонд берут правой рукой на расстоянии 10 - 15 см от закругленного конца, а левой поддерживают свободный конец.
6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут конец зонда на корень языка и просят пациента глотнуть. Во время глотания быстро продвигают зонд в глотку.
7. Просят пациента подышать носом. Если дыхание свободное, значит зонд находится в пищеводе.
8. При каждом глотании зонд вводят в желудок все глубже до нужной отметки.
9. Присоединяют к свободному концу зонда шприц и извлекают содержимое желудка в течение 5 мин (первая порция).
10. Извлекают из шприца поршень, соединяют цилиндр шприца с зондом и, используя его как воронку, вводят в желудок 200 мл подогретого до +38 °С пробного завтрака. Затем на зонд кладут зажим или завязывают узлом его свободный конец на 10 мин.
11. Через 10 мин извлекают с помощью шприца 10 мл желудочного содержимого (вторая порция). Накладывают зажим на 15 мин.
12. Через 15 мин извлекают все содержимое желудка (третья порция).
13. Через каждые 15 мин в течение 1 ч извлекают все образовавшееся за это время содержимое желудка (четвертая, пятая, шестая и седьмая

порции).

14. Осторожно извлекают зонд. Дают пациенту прополоскать рот кипяченой водой. Отводят его в палату, обеспечивают покой, дают завтрак.

15. Все семь порций желудочного сока отправляют в лабораторию, четко указав на направлении номер порции.

16. Результаты исследования подклеивают в историю болезни.

17. После исследования зонд необходимо обработать в три этапа по ОСТ 42-21-2-85

Примечания. В данном случае описана техника получения желудочного сока по методу Лепорского. Существуют и другие методы (Веретеннова, Новикова-Мясоедова), которые отличаются последовательностью введения пробного завтрака и промежутками между порциями желудочного сока. Зонд вводят от резцов на глубину, равную росту пациента в сантиметрах минус 100 см. Например, при росте 164 см зонд нужно ввести на глубину 64 см (зонд имеет метки на расстоянии 50, 60, 70 см от слепого конца).

Исследование, проведенное с соблюдением всех мер предосторожности, не требует восстановления. После извлечения зонда пациента оставляют в комнате отдыха, где за ним наблюдают в течение часа, чтобы исключить вероятность травмирования пищевода или желудка. В течение суток в рационе питания остаются только легкие диетические блюда комнатной температуры с минимальным содержанием клетчатки.

Осложнения

При некорректном зондировании возможно кровотечение из-за травмы слизистой оболочки или перфорация желудка. В таких экстренных случаях принимаются следующие меры:

- внутривенное введение хлорида кальция;
- внутримышечное введение Викасола;
- прикладывание льда на эпигастральную область;
- переливание крови.

Перфорация стенок желудка требует немедленного оперативного вмешательства. Нужно отметить, что такие осложнения встречаются крайне редко. В большинстве случаев зондирование проводится безо всяких последствий для обследуемого, дает информацию для определения стратегии лечения.

Список литературы:

1. Широкова Н.В. «Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций».
2. https://studopedia.ru/13_65853_zheludochnoe-zondirovanie.html
3. Михин И.В., Косивцов О.А. «Уход за хирургическими больными»

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 4 группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб