

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский
университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и
стоматологического факультетов



Научно-исследовательская работа на тему
«Послеоперационный парез кишечника.
Профилактика и лечение»

Выполнил:

обучающийся 1 курса 2 группы
по специальности 31.05.02 Педиатрия
Стороженко Игорь Александрович

Волгоград 2018г.

Оглавление

Введение	3
Цель научно-исследовательской работы.....	3
Задачи научно-исследовательской работы.....	3
Послеоперационный парез.....	4
Этиология.....	5
Симптомы	6
Развитие заболевания	7
Осложнения послеоперационного пареза	8
Диагностика послеоперационного пареза.....	9
Профилактика послеоперационного пареза.....	11
Лечение	13
Вывод	15
Используемая литература	16

Введение

В гастроэнтерологической практике часто встречаются различные патологические состояния, среди них особое место занимает парез кишечника. Это не отдельное заболевание, а осложнение, развивающееся на фоне различных патологий. Парез нужно уметь отличать от механической кишечной непроходимости. В последнем случае происходит застой каловых масс из-за препятствия. Это могут быть опухоль, паразиты и инородные предметы.

Парез кишечника — это состояние, которое характеризуется низким тонусом гладкой мускулатуры. Это приводит к нарушению продвижения каловых масс. Данная патология развивается после операции, на фоне заболеваний легких, сердца и органов пищеварительного тракта. В хирургической практике на долю пареза кишечника приходится до 0,2% от всех заболеваний. В группу риска входят пожилые люди старше 60 лет. Обусловлено это наличием хронических заболеваний и частыми операциями. Нередко парез диагностируется у новорожденных малышей и беременных. Это состояние приводит к паралитической кишечной непроходимости, когда полупереваренная пища застаивается.

Цель научно-исследовательской работы

Целью данной работы является изучение мер профилактики и способов лечения послеоперационного пареза.

Задачи научно-исследовательской работы

1. Определить что такое послеоперационный парез.
2. Выяснить этиологию послеоперационного пареза.
3. Понять симптомы послеоперационного пареза.
4. Выявить стадии развития заболевания.
5. Определить возможные осложнения пареза.
6. Выяснить диагностику послеоперационного пареза
7. Изучить методы профилактики пареза

8. Изучить способы лечения пареза.

Послеоперационный парез

Под термином «послеоперационный парез кишечника» (ППК) понимают угнетение двигательной активности желудочно-кишечного тракта в виде нарушения эвакуации его содержимого, что объективно проявляется ослаблением кишечных шумов, накоплением и задержкой отхождения у пациента газов и стула, более или менее выраженным вздутием живота в первые 72 ч после выполнения оперативного вмешательства. Многие авторы оценивают развитие ППК как защитную реакцию на операционную травму в ближайшие 2 - 3 дня после операции.

В основе пареза лежат следующие патологические процессы:

1. Нарушение иннервации кишечника;
2. Расстройство кровообращения;
3. Рефлекторная реакция.

Стенка кишки у человека состоит из нескольких слоев (слизистого, подслизистой основы, мышечного и наружного серозного). На начальной стадии возникает парез гладкомышечных клеток. Это приводит к снижению перистальтики (ритмичных сокращений кишки). Со временем каловые массы и жидкость застаиваются. Это приводит к повышению давления. На следующем этапе появляются признаки интоксикации организма вследствие застоя продуктов обмена. К факторам риска развития пареза относится нарушение водно-электролитного состояния.

Этиология

Парез кишечника обусловлен разными факторами риска. Выделяют следующие причины развития этого заболевания:

1. Перитонит – воспаление париетального и висцерального листков брюшины, которое сопровождается тяжёлым общим состоянием организма;
2. Флегмона – острое разлитое гнойное воспаление клетчаточных пространств; в отличие от абсцесса, не имеет чётких границ.
3. Проведение операций на кишечнике;
4. Ишемию на фоне атеросклероза или тромбоза;
5. Аневризму брюшного отдела аорты;
6. Ишемическую болезнь сердца;
7. Пневмония;
8. Интоксикацию;
9. Сердечно-сосудистую недостаточность;
10. Поражение нервов на фоне травм головного с спинного мозга и др.

Симптомы

При парезе кишечника симптомы неспецифичны. Они напоминают воспалительные заболевания (энтерит, колит). Кишка у больных людей плохо сокращается. Местные симптомы включают умеренную по интенсивности боль, метеоризм (вздутие живота), тошноту, рвоту, нарушение стула по типу запора. Нарушение кишечной проходимости приводит к повышенному газообразованию. У больных появляются тяжесть в животе и распирающая боль. Она разлитая и не имеет определенной локализации. Послеоперационный парез кишечника часто проявляется тошнотой и рвотой. На ранних стадиях рвотные массы могут содержать остатки полупереваренной пищи. В последующем содержимое приобретает каловый характер. Связано это с тем, что химус забрасывается в вышележащие отделы желудочно-кишечного тракта.

Паралич кишечника проявляется запором. Выраженный парез можно обнаружить в процессе осмотра больного и физикального исследования. Определяются болезненность живота и его вздутие.

Общие симптомы включают умеренное повышение температуры тела, учащенное сердцебиение, снижение артериального давления, одышку, поверхностное дыхание. Респираторные нарушения обусловлены смещением диафрагмы и сдавливанием легких и сердца. При парезе кишечника у детей и взрослых лихорадка является редким симптомом.

Она свидетельствует о развитии осложнений. При наличии послеоперационного пареза с регулярной рвотой имеется риск дегидратации (обезвоживания). Проявляется это головной болью и сухостью слизистых. При выслушивании кишечной перистальтики выявляются лишь сердечные и дыхательные шумы.

Развитие заболевания

Парез кишечника развивается в виде нескольких фаз:

1. Во время первой фазы наблюдается замедление его перистальтики. Возможна и полная ее остановка;
2. Во второй фазе в полости кишечника (как тонкого, так и толстого) начинается застой кишечного содержимого (в основном жидкого) и газов. Из-за этого внутрикишечное давление начинает расти, из-за чего увеличивается диаметр кишечных петель;
3. Во время третьей фазы все накопившееся жидкое содержимое и газы из-за повышенного давления начинают всасываться в кровеносные сосуды стенки кишечника, попадают в кровяное русло и вызывают общую интоксикацию организма, которая, в свою очередь, ведет к полиорганной недостаточности.

Парез кишечника может поражать как отдельные сегменты кишечника (соседние с ними петли могут быть вообще не затронуты), так и весь тонкий и толстый кишечник.

Чаще всего риску развития пареза кишечника больные подвергаются при следующих условиях:

1. Во время приема медицинских препаратов, которые угнетают двигательную активность кишечника; при нарушениях обмена веществ (в первую очередь – электролитов) и метаболизма;
2. На фоне генерализованного (распространенного) инфекционного поражения организма;
3. При наличии длительно длящейся хронической сопутствующей патологии;
4. После операций с использованием эндотрахеального наркоза и миорелаксантов (препаратов, выключающих мускулатуру организма – в том числе, мускулатуру кишечника).

Осложнения послеоперационного пареза

Самолечение пареза и несвоевременное обращение к врачу может привести к следующим последствиям:

1. Обезвоживание организма;
2. Ишемия стенок кишечника;
3. Сгущение крови и образование тромбов;
4. Перитонит;
5. Внутренние кровотечения;
6. Некроз тканей;
7. Острая кишечная непроходимость;
8. Формирование дивертикулов (слепо заканчивающихся выпячиваний стенки кишечника)

Если в процессе обследования пациента неосторожно использовать колоноскоп, то можно случайно повредить стенку кишки. Риск прободения увеличивается при наличии следующих признаков:

1. Парез длится более недели;
2. Увеличение диаметра кишечника;
3. Отсутствие кала на протяжении недели.

В тяжелых случаях нарушается функция сердца. Проявляется это увеличением пульса и падением артериального давления. При наличии послеоперационного пареза кишечника осложнения встречаются реже. При отсутствии должной медицинской помощи возможен летальный исход.

Диагностика послеоперационного пареза

Заподозрить парез кишечника на основании клинических симптомов не трудно, но нередко требуется подтверждение диагноза с помощью дополнительных методов исследования – физикальных (осмотр, прощупывание, простукивание, прослушивание живота фонендоскопом), инструментальных и лабораторных.

При осмотре наблюдается следующее:

1. Влажность языка снижена, при прогрессировании заболевания он обложен белым налетом;
2. Живот вздут, при прогрессировании патологии его окружность увеличена.

При пальпации:

1. Отмечается умеренная болезненность в месте, где на переднюю брюшную стенку проецируется участок кишечника с явлениями пареза;
2. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется расширение и пустота в ее конечном отрезке (ректальной ампуле).

При аускультации определяется:

1. снижение перистальтических шумов;
2. Симптом Лотейссена – на фоне кишечной «тишины» (отсутствия кишечных шумов) выслушиваются дыхание и сердцебиение.

Инструментальные методы исследования:

1. Обзорная рентгеноскопия и органов брюшной полости – выполняется в трех позициях – вертикальной, горизонтальной и в горизонтальном положении больного на боку. Во время обследования видно, что петли кишечника заполнены газом, определяются горизонтальные уровни жидкости. Данное обследование помогает отличить парез кишечника от кишечной непроходимости по причине механического препятствия – оно при парезе не определяется;

2. Фиброгастродуоденоскопия – с ее помощью можно выявить раздутость 12-перстной кишки и состояние ее стенки изнутри;
3. Колоноскопия – возможности те ж, но при обследовании толстого кишечника;
4. Ирригоскопия – во время нее в толстый кишечник вводят контрастное вещество и делают рентгеновский снимок.

Профилактика послеоперационного пареза

Профилактика пареза кишечника заключается в предупреждении болезней и состояний, которые к нему приводят, а в случае возникновения – их своевременного выявления и лечения. Любые мероприятия, которые не дают развиваться ухудшению кровоснабжения и нервной регуляции кишечной стенки, автоматически означают мероприятия, направленные на профилактику пареза кишечника. При остром животе очень важным является своевременное хирургическое лечение возникших заболеваний – тактика затянувшегося наблюдения является порочной и чревата возникновением пареза кишечника. Такие острые заболевания живота, как острый аппендицит, перитонит, флегмона забрюшинного пространства, гнойный холецистит (калькулезный и некалькулезный), гнойная форма панкреатита, тромбоз (закупорка) мезентериальных сосудов (артерий и вен брыжейки кишечника), механическая кишечная непроходимость и омертвление печени, должны подвергнуться своевременному хирургическому излечению. Заболевания других органов и систем способны подтолкнуть к возникновению пареза кишечника при значительном прогрессировании и длительном течении, но их роли в возникновении кишечного пареза нельзя игнорировать. Возникновения описываемого заболевания можно избежать, если своевременно диагностировать и излечить заболевания и патологические состояния (в первую очередь, травматического происхождения) спинного мозга и периферических нервных окончаний.

Блокаторы кальциевых каналов, которые способны спровоцировать быстрое развитие пареза кишечника, следует принимать по назначению и под контролем врача.

Также особо тщательно необходимо выполнять операции на кишечнике, чтобы избежать травматизации нервных окончаний, которая может причинить парез кишечника. Для этого ткани следует отделять друг

от друга по возможности так называемым тупым методом (путем сдвигания их тампонами, а не рассечения скальпелем). В случае угрозы эндогенной интоксикации следует проводить немедленно дезинтоксикационную терапию (при нагноении или омертвлении тканей разных органов), чтобы токсины не успели парализовать нервный аппарат кишечника.

Специфическая профилактика пареза отсутствует. Чтобы снизить вероятность развития этой патологии, нужно соблюдать следующие мероприятия:

1. Больше двигаться;
2. Полноценно питаться;
3. Обогащать рацион клетчаткой и пектином;
4. Своевременно лечить хронические и острые заболевания кишечника;
5. Отдавать предпочтение лапароскопическим операциям;
6. Предупреждать отравления и травмы головного и спинного мозга;
7. Лечить имеющуюся патологию сердца и легких.

Лечение

Для борьбы с послеоперационным парезом кишечника применяются разные методы. В острый период требуется госпитализация в хирургическое отделение. Лечение включает следующие аспекты:

1. Выведение образовавшихся газов;
2. Временный отказ от еды;
3. Устранение основной причины пареза;
4. Нормализация водно-электролитного состояния;
5. Улучшение метаболизма;
6. Стимуляция перистальтики;
7. Ограничение физической нагрузки;
8. Применение лекарственных препаратов (Прозерина);
9. Инфузионная терапия.

Нередко проводится декомпрессия при помощи эндоскопа. Первая помощь больному заключается в избавлении от излишков газа, так как они вредны для организма. Наиболее часто применяемый способ — введение в прямую кишку специальной трубки. Через нее будут выводиться газы. При развитии обезвоживания показана массивная инфузионная терапия.

Из лекарственных препаратов наиболее часто используются Прозерин и Атропин. Последний показан при снижении частоты сердечных сокращений. Консервативное лечение пареза кишечника предполагает использование раствора Прозерина. Лекарство не применяется в случае перфорации, брадикардии и ишемии. Препарат не подходит для лечения беременных.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения, увеличении диаметра толстой кишки и парезе длительностью более 3 дней проводится декомпрессия. Она предполагает введение толстого зонда или колоноскопа с последующим дренированием. По строгим показаниям проводится

цекостомия. Данная процедура предполагает наложение свища на слепую кишку. Она проводится при высоком риске развития осложнений.

Цекостомия — процедура, которая проводится достаточно редко, однако при определенных обстоятельствах обойтись без нее не представляется возможным. В тяжелых случаях организуется открытая операция на кишечнике. Наиболее эффективны такие виды хирургического вмешательства, как резекция и цекостомия.

Примененный метод колоноскопии с дренированием помогает большинству больных, поэтому радикальное лечение проводится редко.

В случае перфорации стенки толстой кишки в 40% случаев наблюдается летальный исход. Даже после полного излечения в будущем возможно повторное развитие пареза. Рецидивы наблюдаются преимущественно у пожилых и ослабленных людей.

Вывод

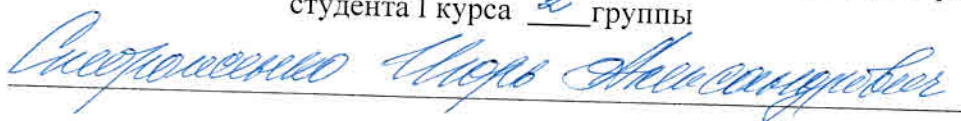
Таким образом, послеоперационный парез кишечника является серьезным осложнением операций. Чаще всего парез развивается в послеоперационном периоде после открытых, полостных вмешательств. В последнее время все чаще проводится эндоскопическое лечение и лапароскопические операции. Оно более безопасно и реже приводит к парезу. Если после перенесенной операции ощущаются постоянные боли в животе, вздутие, ухудшение общего состояния, тошнота рвота, запоры необходимо как можно скорее обратиться к специалисту, чтобы избежать таких осложнений как обезвоживание, перитонит, внутренних кровотечений, образование тромбов, ишемии стенок кишечника и ряда других.

Используемая литература

1. Евсеев М.А. Уход за больными в хирургической клинике /Евсеев М.А. – М., 2010
2. Кузнецов Н.А. Уход за хирургическими больными [Электронный ресурс]: руководство к практическим занятиям /Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В., и др.; под ред. Н.А. Кузнецова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 – 192с.: ил.
3. Михин И.В. Уход за хирургическими больными [Текст]: учебное пособие /Михин И.В., Косивцов О.А.; Минздрав РФ, ВолгГМУ. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012 – 96с.:ил.
4. Чернов В.Н.. Уход за хирургическими больными [Текст]: учебное пособие для студентов. /Чернов В.Н., Маслов А.И., Таранов И.И.. – М.: Академия, 2012 – 236, [2]с.: ил. . – Высшее профессиональное образование. - Библиогр. : с. 235
5. Андреев Д.А. Уход за больными в хирургическом стационаре [Текст]: учебное пособие/Андреев Д.А., Найман Е.Л., - 3-е издание, доп. и переработанное. – Волгоград: Изд-во Волгоград, 2009 – 192с.:

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 проведённого 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