

5

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему
«Эндоскопические методы исследования желудочно-кишечного тракта».

Выполнил:

Обучающийся 2 курса 4 группы
педиатрического факультета
Быкадорова Мария Андреевна

Волгоград 2018г.

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Эндоскопическое исследование.....	4
3. Эзофагогастродуоденоскопия.....	4
4. Эндосонография.....	6
5. Эндоскопия панкреатодуоденальной области(ЭРПХГ).....	7
6. Колоноскопия(Фиброколоноскопия).....	8
7. Ректороманоскопия.....	10
8. Заключение.....	13
9. Список использованной литературы.....	14

Введение

За последние 30 лет эндоскопические исследования прочно вошли в повседневную практику обследования и лечения пациентов с различными заболеваниями.

Актуальность данной темы состоит в том, что благодаря современному эндоскопическому оборудованию практикующие врачи всего мира могут осматривать внутренние органы, диагностировать и лечить различные болезни, не прибегая к хирургическому вмешательству.

Эндоскопическое исследование - это современный высокоинформативный и абсолютно безвредный вид лечебно-диагностического обследования. Термин «эндоскопия» происходит от двух греческих слов (endon -- внутри и skopeo -- смотрю, исследую). Этот метод широко используется с диагностическими и лечебными целями в хирургии, гастроэнтерологии, пульмонологии, урологии, гинекологии и других областях медицины. Оно заменяет или существенно дополняет многие другие диагностические методы.

Эндоскопическое исследование

Эндоскопическое исследование - метод исследования внутренних органов с помощью специальных приборов - эндоскопов.

Эндоскопический метод исследования внутренних органов даёт возможность осмотреть слизистую оболочку, выявить деформации, язвы и источник кровотечения, обнаружить опухолевые образования и полипы. С помощью специального оборудования эндоскопия позволяет фотографировать определённые участки внутренней поверхности исследуемого органа, проводить биопсию (слизистой оболочки, опухолевого образования) для последующего микроскопического исследования, вводить при необходимости лекарственные препараты.

Различают следующие основные эндоскопические методы исследования ЖКТ:

- Эзофагогастродуоденоскопия, ЭГДС -исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
- Колоноскопия -исследование толстой кишки.
- Ректороманоскопия-исследование прямой и сигмовидной кишки.
- Эндосонография желудка.
- Эндоскопия гепатопанкреатодуоденальной области(ЭРПХГ).

Эзофагогастродуоденоскопия

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) позволяет осмотреть слизистую оболочку пищевода, желудка и проксимального отдела двенадцатиперстной кишки с помощью гибкого фиброволоконного или видеоэндоскопа. ЭГДС может быть дигностической и лечебной.

Показания:

- всем больным с подозрением на заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и окружающих их органов;
- с целью дифференциальной диагностики злокачественной или доброкачественной природы заболевания (морфологической верификации опухоли, активности гастрита, очагов дисплазии и метаплазии), определения

распространенности процесса, сочетанности поражения и сопутствующей патологии;

- оценка качества и эффективности консервативного и хирургического лечения болезней пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, желчевыводящих путей;

- уточнения локализации патологических процессов и образований органов брюшной полости и др.

Противопоказания (абсолютные):

- инфаркт миокарда (острая стадия, нарушения ритма);

- инсульт (острая стадия);

- сердечная недостаточность 3-й степени;

- стенокардия покоя;

- гемофилия;

- узловой зоб 4-й степени;

- выраженные стриктуры пищевода.

Подготовка:

Исследование проводится в первой половине дня, натощак. Последний прием пищи - легкий ужин накануне исследования не позднее 19 часов. Пациенту следует объяснить, что ЭГДС позволит осмотреть слизистую оболочку пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Следует выяснить, нет ли у пациента аллергии к препаратам, которыми предполагается провести обезболивание, какие препараты он принимает, уточнить и детализировать его жалобы. Пациента предупреждают о том, что у него могут появиться чувство давления в животе во время манипулирования введенным в желудок эндоскопом и ощущение распираания при инсуффляции воздуха или углекислого газа. Перед исследованием пациент должен снять зубные протезы, контактные линзы и стесняющее нательное белье.

Методика выполнения ЭГДС:

Как правило, исследование проводится в положении больного на левом боку для профилактики аспирационных осложнений. Под голову укладывают валик так, чтобы шея пациента располагалась ровно. Голову наклоняют

немного к грудной клетке. В рот вставляют загубник. Продвижение аппарата по пищеводу рекомендуется выполнять медленно. Осмотр желудка производят в определенной последовательности после четкой ориентации положения дистального конца эндоскопа. Последовательно осматривают отделы желудка и продвигая аппарат вперед. Для более детального осмотра двенадцатиперстной кишки используют аппараты с боковой оптикой, так называемые дуоденоскопы.

Комплекс лечебных манипуляций и вмешательств, выполняемых во время ЭГДС, может включать следующие лечебные мероприятия:

- лигирование варикозно расширенных вен пищевода, желудка;
- эндоскопическое бужирование стриктур пищевода, желудка, бужирование стриктур анастомозов;
- электроэксцизию (фотокоагуляцию) доброкачественных новообразований (полипов) пищевода, желудка;
- лечение длительно не рубцующихся язв желудка и ДПК и др.

Эндосонография желудка

Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) явилась еще одним шагом в направлении объективизации и повышения достоверности данных, связанных с диагностикой заболеваний желудка и органов дуоденопанкреатобилиарной системы. Сочетание в одной диагностической процедуре эндоскопического и ультразвукового исследований позволяют с большей достоверностью определить зону патологических изменений в органах желудочнокишечного тракта, а также точно оценить глубину проникновения, протяженность и границы пораженного участка.

Ультразвуковые видеоэндоскопы отличаются от обычных эндоскопов тем, что в дистальный конец данных приборов встроен специальный УЗ-датчик – трансдьюсер. Датчик позволяет проводить широкополосное сканирование на различную глубину.

Показания к проведению ЭУС

Показаниями к проведению эндосонографии являются опухоли верхнего и нижнего отделов ЖКТ и гепатопанкреатодуоденальной зоны. ЭУС проводится с целью определения глубины поражения органа, степени

распространения метастазов в региональные лимфоузлы. Подозрительные на подслизистую локализацию образования стенки кишечной трубки, язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки являются подтверждением холедохолитиаза, острого и хронического панкреатита и др.

Методика выполнения эндосонографии

Исследование проводится, как правило, на фоне премедикации. Положение больного на левом боку. Введение аппарата осуществляется так же, как и при обычной эзофагогастродуоденоскопии. Последовательно проводится осмотр пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. В зависимости от локализации и/или глубины залегания патологического очага выбирается тот или иной режим сканирования. Для улучшения проведения УЗ-сигнала в желудок дополнительно вводится 400-600 мл жидкости. С этой же целью используют и специальный баллончик, заполненный жидкостью, расположенный на конце эндоскопа. Ультразвуковые зонды используют в тех случаях, когда необходимо исследовать участки желудочно-кишечного тракта, доступ к которым затруднен, например при рубцовых сужениях пищевода различной этиологии.

Эндоскопия гепатопанкреатодуоденальной области(ЭРПХГ).

К органам гепатопанкреатодуоденальной системы относятся печень, внепеченочные желчные протоки, поджелудочная железа и двенадцатиперстная кишка, тесно связанные анатомически и функционально. В 1970-х гг. широкое распространение в клинической практике получил метод исследования желчных панкреатических протоков - эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ)- прямое контрастирование желчевыводящих путей и панкреатического протока с помощью эндоскопа.

Показания:

- необходимость выявления причины механической желтухи;
- постхолестэктомический синдром;
- подозрения на опухоль и другие изменения в головке поджелудочной железы;
- непереносимость рентгеноконтрастных препаратов при их в/в введении.

Противопоказания:

- острый панкреатит;
- псевдокисты поджелудочной железы;
- инфекционный гепатит;
- воспалительные заболевания желчных протоков с септическими осложнениями.

Методика выполнения процедуры:

В премедикацию обязательно должны входить препараты, вызывающие релаксацию двенадцатиперстной кишки (бензогексоний, метацин, наркотические анальгетики, спазмолитики).

Для седации больного и снятия перистальтики ДПК можно использовать следующую схему:

- Дицетел - кишечный спазмолитик, также действующий на сфинктер Одди (по схеме).
- Атропин - 1,0 внутримышечно за 15 мин до выполнения процедуры.
- Промедол - 1,0 внутримышечно за 15 мин до выполнения процедуры.
- Реланиум - 2,0 внутривенно непосредственно перед началом исследования.
- Метацин - 1,0 внутривенно непосредственно перед началом исследования.

Лидокаин - 10% спрей-орошение ротоглотки.

Колоноскопия(Фиброколоноскопия)

Колоноскопия является одним из самых информативных методов ранней диагностики доброкачественных и злокачественных образований толстой кишки, неспецифического язвенного колита, болезни Крона и др., что позволяет в 80-90% случаев осмотреть толстую кишку на всем протяжении. Во время проведения колоноскопии визуально оценивается состояние слизистой оболочки толстой кишки, возможно также выполнение различных лечебных манипуляций: взятие биопсии, удаление доброкачественных опухолей, остановка кровотечения, извлечение инородных тел и др.

Показания:

- для уточнения и установления окончательного диагноза при клинических и рентгенологических указаниях на наличие у больного злокачественных новообразований толстой кишки;
- для определения морфологической структуры и распространенности злокачественного процесса при установленном диагнозе рака толстой кишки;
- для определения характера, протяженности и степени выраженности патологических изменений при острых и хронических воспалительных заболеваниях толстой кишки;
- для контроля эффективности и оценки качества лечения заболеваний толстой кишки, включая хирургические методы.

Противопоказания (абсолютные):

- выраженная легочная и сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь III степени и ряд других тяжелых соматических заболеваний, при которых колоноскопия может спровоцировать опасное для жизни ухудшение состояния;
- тяжелые формы неспецифического язвенного колита, болезни Крона, дивертикулит и др., при которых существует реальная опасность возникновения грозных осложнений - кровотечений, перфорации;
- несформировавшиеся толстокишечные свищи;
- разлитой гнойный перитонит.

Подготовка к обследованию

Успех и информативность исследования определяется зачастую качеством подготовки пациента к процедуре. Накануне перед исследованием, в 16 ч, больной принимает 40-60 г касторового масла. В 21 и 22 ч больному делаются две очистительные клизмы объемом до 1,5 л. Утром в день исследования больному делают еще две очистительные клизмы, но не позднее чем за 2 ч до исследования. Больным с запорами за 2-3 дня до исследования назначается бесшлаковая диета, исключая из рациона питания овощи и фрукты, картофель, зелень, ягоды, грибы, бобовые и черный хлеб, слабительные. Накануне перед исследованием назначают касторовое масло, делают очистительные клизмы, отмывая кишечник до чистых вод.

Больным с клиникой кишечной непроходимости назначение слабительных запрещается. Им за час до обследования выполняются сифонные клизмы, отмывающие кишечник до чистых вод.

Также для очищения кишечника применяют – Фортранс, Лавакол. Эти препараты выпускаются в виде порошка, 1 пакетик разводится в 1 литре воды, для взрослого человека необходимо 3-4 пакетика.

Методика и правила проведения:

Принцип колоноскопии кишечника заключается во введении в чистую толстую кишку оптоволоконной трубки с камерой и освещением. На экране монитора врач-эндоскопист имеет возможность увидеть стенки кишечника и оценить наличие их патологических изменений. Поэтому это исследование еще называется фиброколоноскопия. Также для лечебных процедур и выполнения биопсии вводится инструментарий и манипуляторы, которыми проводятся микрооперации на стенках толстой кишки. Вся процедуру можно записывать для документации в видеоформате (видеокколоноскопия).

Обследование кишечника выполняется в положении лежа на левом боку. Врач эндоскопист аккуратно вводит трубку в прямую кишку и продвигает ее через весь толстый кишечник к слепой кишке. Сама процедура в среднем длится около часа.

Для взятия биопсии, через специальный канал эндоскопа вводятся небольшие щипцы, которыми отсекается и извлекается кусочек ткани. Предварительно через этот канал вводятся местные анестетики. Удаление полипов проводится с помощью петли, которой захватывается и срезается образование у его основания. Так как процедура проходит в условиях медицинского учреждения, то рекомендовано нахождение пациента после колоноскопии еще около часа под присмотром медработников во избежание развития непредвиденных осложнений.

Ректороманоскопия

Ректороманоскопия (ректоскопия) – метод эндоскопического обследования прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки путем осмотра их внутренней поверхности с помощью ректоманоскопа, введенного через задний проход.

Ректороманоскопия - наиболее распространенный и достоверный метод исследования прямой кишки и нижнего отдела сигмовидной кишки. В практике ректороманоскопия является обязательным компонентом каждого проктологического исследования. Данное исследование позволяет визуально оценить внутреннюю поверхность прямой и дистальной трети сигмовидной кишки до уровня 20 -35 см от заднего прохода.

Показания:

- Боль в аноректальной области
- Упорные запоры, чередующиеся с диареей
- Трудности и дискомфорт при дефекации
- Кровотечение из прямой кишки (геморрой)
- Выделения из заднего прохода в виде гноя или слизи
- Ощущение инородного тела в заднем проходе и чувство неполного опорожнения кишечника
- При подозрении на онкологическую патологию кишечника
- При хроническом геморрое и воспалительных заболеваниях кишечника

Подготовка:

Процедура требует обязательной предварительной подготовки, которая должна начинаться за двое суток до обследования. Требуется выполнить ряд необходимых условий, а именно придерживаться определенной диеты и произвести очищение кишечника.

За два дня до предполагаемого обследования следует исключить из рациона продукты, способствующие излишнему газообразованию и бродильным процессам. Это бобовые, фрукты, овощи, некоторые каши (овсяная, пшенная, перловая). Необходимо отказаться от черного хлеба, мучных и кондитерских изделий, мяса и рыбы жирных сортов, газированных напитков, алкоголя. Разрешается кушать отварное диетическое мясо и нежирную рыбу, пить зеленый и травяной чай, употреблять кисломолочные напитки. Можно включать в меню сухарики из пшеничного хлеба, сухое печенье, рисовую или манную кашу на воде.

За день до обследования приступают к очищению кишечника. Существует несколько способов качественной подготовки кишечника:

-очищение клизмой

Рекомендуют ставить клизму накануне вечером и перед процедурой в день обследования. Вечером клизму ставят два раза с интервалом в один час, каждый раз вливая в кишечник 1-1,5 литра теплой воды.

Утром процедуру также повторяют два раза, до тех пор, пока промывные воды не станут чистыми.

-очищение слабительными

Чаще всего подготовку кишечника к обследованию методом ректороманоскопии осуществляют препаратом Фортанс.

Техника проведения исследования:

Перед обследованием пациента просят снять одежду и белье ниже пояса. Затем его размещают на кушетке в положении «лежа на боку» или в коленно-локтевой позе. Коленно-локтевая позиция намного предпочтительнее, так как в этом случае брюшная стенка немного провисает и облегчает прохождение трубки из прямой кишки в сигмовидную. Ректороманоскопию кишечника начинают делать только после того, как врач проведет пальцевое исследование прямой кишки. Тубус ректороманоскопа смазывают вазелиновым маслом и осторожно вводят в задний проход на глубину 4-5 см. После этого просят пациента натужиться, как во время дефекации, и продвигают прибор вглубь. Затем obturator извлекают, вставляют оптический окуляр и исследуют внутреннюю поверхность визуально, продвигая тубус таким образом, чтобы он не упирался в стенку кишки. Одновременно с этим начинают подкачивать воздух, расправляя складки и ведя прибор строго по просвету кишки. Если обзору мешают остатки содержимого кишечника, окуляр извлекают, в трубку прибора вводят ватный тампон и очищают просвет кишки. В сложных случаях, когда присутствует слизь, кровь или гнойные выделения, их удаляют электроотсосом.

При необходимости с помощью ректороманоскопа можно удалить небольшие полипы. Для этого в тубус прибора вводят коагуляционную петлю, которой срезают новообразование и извлекают полип наружу. В дальнейшем его отправляют на гистологическое исследование. После того, как стенки кишечника исследуют и возьмут с подозрительных участков кусочки ткани (биопсия), прибор осторожно извлекают.

На этом обследование заканчивается, оно занимает совсем немного времени. При умелом проведении опытным проктологом, процедура совершенно безболезненна и безопасна. Врач должен в совершенстве владеть техникой исполнения и соблюдать осторожность при введении прибора и внутренних манипуляциях. По отзывам пациентов ректороманоскопия легко переносится, вызывая лишь легкий дискомфорт при подаче воздуха в кишку, и по ощущениям скорее напоминает клизму. Продолжительность ее всего 5-7 минут, в это время пациенту важно расслабиться и следовать указаниям врача. Во время процедуры специалисту нужно быть особенно внимательным, чтобы не пропустить возможные симптомы перфорации кишки. Если процедура выполнялась в колено – локтевом положении, то по ее окончании пациенту рекомендуют несколько минут полежать на спине. Делается это во избежание ортостатической гипотензии.

Заключение

В конце хотелось бы добавить, что с помощью этих методов исследований можно распознавать опухолевые и воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта. Во время исследований, есть возможность биопсии подозрительных на опухоль, участков слизистых органов. Все чаще методы эндоскопических исследований используются при проведении профилактических осмотров, поскольку позволяют выявлять ранние признаки заболеваний. Эти методы позволяют так же контролировать эффективность лечения заболеваний.

Современная эндоскопия — это не просто общий осмотр для выявления грубой патологии, а скрупулезная оценка минимальных изменений слизистой оболочки с применением различных дополнительных методик — прицельной биопсии, осмотра в узком спектре света, окрашивания, эндоУЗИ.

Список использованной литературы

1. Вахитов Ш.М., Нуриева Э.И. Роль медицинских сестер в современном здравоохранении // Казанский медицинский журнал. – 2010
2. Гастроскопия: Учеб. Пособие / Бертольд Блок, Гвидо Шахшаль, Гартмут Шмидт; Пер. с нем. : Под общ. ред. И.В. Маева, С.И. Емельянова – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
3. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / Под ред. проф. С.А. Блащенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
4. Мышкина, А.К. Сестринское дело. Справочник. М.: изд-во «Дрофа», 2008.
5. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, Т.А. Склырова, О.В. Чернова. - Издание 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2008
6. "Эндоскопия. Базовый курс лекций [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хрячков В.В., Федосов Ю.Н., Давыдов А.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012.

Рецензия на НИР

студентки 2 курса педиатрического факультета 4 группы

Быкадоровой Марии Андреевны

**(по результатам прохождения производственной практики по
получению профессиональных умений и опыта профессиональной
деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-
исследовательская работа))**

Представленная научно-исследовательская работа полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В целом работа выполнена на высоком уровне и заслуживает оценки «отлично» (5).



(подпись)

Деревянченко М.В.