

4

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

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

Выполнил:

Студент 2 курса 5 группы
педиатрического факультета
Донсков Григорий Андреевич

Волгоград, 2018 г.

Содержание:

| | |
|--|-----------|
| Введение | 3 |
| Цели и задачи научно-исследовательской работы | 4 |
| Теоретическая часть НИР | 5 |
| Колоноскопия | 5 |
| <i>Подготовка к колоноскопии</i> | 5 |
| <i>Противопоказания</i> | 5 |
| ЭРХПГ | 6 |
| ФГДС | 6 |
| <i>Показание</i> | 6 |
| <i>Методика проведения</i> | 7 |
| <i>Подготовка к исследованию</i> | 7 |
| Ректороманоскопия | 9 |
| <i>Подготовка к ректоскопии</i> | 9 |
| <i>Методика проведения</i> | 9 |
| <i>Показания</i> | 10 |
| Лапароскопия | 11 |
| <i>Абсолютные противопоказания</i> | 11 |
| <i>Относительные противопоказания</i> | 11 |
| <i>Подготовка к исследованию</i> | 11 |
| <i>Методика проведения</i> | 12 |
| Основные определения и понятия | 13 |
| Роль медицинского персонала | 14 |
| Вывод | 15 |
| Список литературы | 16 |

Введение.

Эндоскопия - метод визуальной инструментальной диагностики, позволяющий заглянуть внутрь полого органа, не прибегая к помощи скальпеля.

Эндоскопия является незаменимым методом при дифференциальной диагностике новообразований желудочно-кишечного тракта, пищеводе, в желудке или двенадцатиперстной кишке, т.к. данные диагнозы крайне трудно подтвердить основными диагностическими путями - рентгенографией и УЗИ-сканированием брюшной полости.

Цели научно-исследовательской работы

- Изучить правила проведения эндоскопических исследований.
- Ознакомиться с техникой эндоскопических исследований.

Задачи научно-исследовательской работы

- Изучить медицинскую литературу по данной теме.
- Изучить способы проведения эндоскопических исследований.
- Ознакомиться со средствами, которые используются для эндоскопических методов исследования.

Теоретическая часть НИР.

Колоноскопия - эндоскопическое исследование, во время которого визуально, оценивается состояние слизистой оболочки толстой кишки. Исследование выполняется гибкими эндоскопами. В качестве источника света служит осветитель, работающий на галогеновой или ксеноновой лампе, то есть используется так называемый «холодный» свет.

Подготовка к колоноскопии.

За 3 дня до колоноскопии назначается бесшлаковая диета: из пищи исключаются овощи, хлеб ржаной, а также грубого помола пшеничный хлеб, бобовые, овсяная, гречневая, ячневая крупы, жесткое мясо и др. Накануне колоноскопии, после второго завтрака пациентам назначается 40 г касторового или вазелинового масла для получения слабительного эффекта, вечером делается очистительная клизма. На ночь пациентам следует принять легкое успокаивающее средство. Утром, за 2 ч до исследования, повторно ставят очистительную клизму. Пациенты в день исследования не завтракают.

В последнее время в нашей стране становится популярной схема подготовки к колоноскопии без клизм с препаратом «Фортранс».

Проведение колоноскопии противопоказано (весьма опасно) при наличии у больных тяжелой сердечной и легочно-сердечной недостаточности, перенесенного менее 6 месяцев тому назад инфаркта миокарда или инсульта, психических заболеваний, гемофилии. Об имеющихся у пациентов послеоперационных, послеродовых рубцовых сужениях прямой кишки, острых воспалительных и гнойных поражениях промежности, сердечно-сосудистой недостаточности, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца (грудной жабы) следует заблаговременно предупредить врача-эндоскописта, чтобы он принял все необходимые меры для предотвращения возможных ухудшений состояния пациента в процессе колоноскопии.

Одним из важных методов диагностики при заболеваниях органов пищеварения является **эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)**. ЭРХПГ при ряде видов патологии рассматривается клиницистами как наиболее информативный метод выявления органических изменений панкреатических и желчных протоков. Особенно часто ЭРХПГ применяется для установления причин механической желтухи, болезненных состояний больных после операций на внепеченочных желчных протоках и поджелудочной железе, при таких заболеваниях, как первичный склерозирующий холангит, внутренние свищи поджелудочной железы и др. ЭРХПГ сочетает в себе эндоскопическое исследование - фиброгастродуоденоскопию и рентгенологическое исследование контрастированных протоков поджелудочной железы и желчевыводящих путей. Подготовка пациентов к ЭРХПГ сочетает в себе подготовку к фиброгастродуоденоскопии и к холецисто-, холангиографии.

Гастроскопия (ФГДС) является одной из разновидностей эндоскопического исследования, при которой врач осматривает с помощью специального прибора (гастроскопа) верхние отделы желудочно-кишечного тракта (пищевод, полости желудка и двенадцатиперстной кишки). ФГДС проводит врач - эндоскопист. Гастроскоп представляет собой гибкую трубку, внутри которой оптоволоконная система и камера. В гастроскопе есть специальный канал для инструментов, с помощью которых можно забирать кусочки тканей желудка на исследования (биопсия). В настоящее время, благодаря совершенным приборам, гастроскопия является безопасной процедурой и осложнения случаются крайне редко.

Показание.

Гастроскопию назначают, в случае необходимости детального изучения слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода. Гастроскопия применяется для диагностики дуоденита, эзофагита, гастрита,

язвенной болезни двенадцатиперстной кишки или желудка, а также при подозрении на опухоли или кровотечения из этих органов.

Желательно сделать гастроскопию у любого человека старше 40 лет для исключения или очень раннего выявления онкологических заболеваний.

Методика проведения.

Для уменьшения неприятных ощущений проводят местную анестезию - зев обрабатывается лидокаином в форме спрея. Далее пациента просят зажать зубами нагубник, через который трубка эндоскопа вводится в рот, затем просят сделать глоток, во время которого врач вводит гастроскоп в пищевод. Во время проведения исследования для уменьшения рвотных позывов и неприятных ощущений пациенту рекомендуется спокойно и глубоко дышать.

Врач рассматривает поверхность пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. При необходимости проводится фото- или видеосъемка и запись изображения. По показаниям может быть проведена биопсия или трансэндоскопическая рН-метрия. Также по показаниям проводят лечебные манипуляции: остановку кровотечения, удаление полипов, введение лекарственных средств.

Диагностическая гастроскопия продолжается не более 5-10 минут. Если во время исследования проводят какие либо манипуляции, то процедура может продолжаться в течение 20-30 минут.

Некоторые пациенты после исследования отмечают неприятные ощущения в горле. Как правило, подобные ощущения проходят самостоятельно в течение 24-48 часов.

Подготовка к исследованию.

Гастроскопия проводится строго натощак, исключается прием пищи и жидкости за 8-10 часов до проведения исследования.

Необходимо узнать об имеющихся у пациента сопутствующих заболеваниях (эпилепсия, шизофрения, сахарный диабет и др.) и получаемой терапии.

Ректороманоскопия (ректоскопия) - инструментальный и самый точный метод исследования внутренней поверхности заднего прохода, прямой и толстой кишки. С помощью ректоскопии можно распознать на начальной стадии такие заболевания кишечника, как геморрой, полипы, кровотечения, воспаления и опухоли.

Ректоскопия прямой кишки проводится с помощью введения эндоскопа через анальное отверстие в прямую кишку.

Подготовка к ректоскопии.

Ректоскопия проходит результативно, если правильно и тщательно очистить кишечник. Накануне проведения ректоскопии пациенту можно пообедать, а вечером желательно пить только жидкости: воду, чай, соки, компот.

Очистить кишечник от каловых масс можно с помощью клизмы (вода комнатной температуры, объем до 2-х литров), которую нужно провести вечером перед сном. А за 3 часа до проведения ректоскопии рекомендуется провести еще 2 клизмы.

Методика проведения.

Для удобства проведения ректоскопии прямой кишки пациента просят принять позу лежа на боку или встать на колени, опираясь на локти. Эта поза удобна тем, что брюшная стенка у пациента наиболее расслаблена, и можно легче продвигать трубку эндоскопа из прямой кишки в сигмовидную. Врач-эндоскопист внимательно следит, чтобы трубка не упиралась в стенку кишки, а свободно двигалась по просвету. Чтобы стенки кишки расправились, и лучше было видно обзриваемую картину, в кишку с помощью специального прибора начинают накачивать воздух.

Ректоскоп вводится на глубину 25-30 см, на трубке имеются деления, чтобы врачу было легче отследить: на какое расстояние вводится прибор и на каком участке находятся полипы, новообразования слизистой оболочки и т.д.

Ректороманоскоп может использоваться для введения специальных инструментов с целью проведения мини-операций (например, удаления полипов) или сбора материала для исследования.

При нахождении «подозрительных участков» в кишечнике выполняется биопсия изменённой слизистой.

Обычно ректоскопия длится от 5 до 15 минут, но если требуется операция (удаление полипов, например), то немного дольше.

Показания для ректороманоскопии.

Исследование показано при проктитах, синдроме раздраженной кишки, хроническом неязвенном колите, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона.

С помощью ректороманоскопии диагностируют все патологические состояния прямой кишки, в частности заболевания воспалительного генеза (проктиты), доброкачественные неоплазии (полипы, аденомы), а также злокачественные новообразования.

Исследование безболезненное, хорошо переносится пациентами.

Диагностическая лапароскопия – хирургическое вмешательство, проводящееся для оценки патологии брюшной полости и полости таза (в частности, выявления опухолей, эндометриоза) при наличии острой или хронической боли в животе и для определения возможности хирургического лечения при раке. Лапароскопия проводится также для определения стадии лимфомы и с целью биопсии печени.

Абсолютные противопоказания:

- нарушение свертывания крови и другие проявления кровоточивости;
- невозможность полноценного сотрудничества пациента с медперсоналом;
- перитонит;
- кишечную непроходимость;
- инфекцию передней брюшной стенки.

К относительным противопоказаниям относятся тяжелые поражения сердечно-сосудистой, дыхательной системы, грыжи брюшной стенки большого размера, многочисленные оперативные вмешательства на брюшной полости, напряженный асцит.

Подготовка к исследованию.

Перед лапароскопией проводятся общий анализ крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора. Также показано рентгеновское исследование грудной клетки и брюшной полости (с оценкой состояния почек, мочеточников, мочевого пузыря). Лапароскопия проводится в условиях стерильности в операционной или специально оборудованном кабинете для эндоскопических исследований. Пациенту проводится местная анестезия, которая дополняется внутривенной седацией и анальгезией с применением опиоидов и седативных короткого действия (в частности, мидазолама, пропофола).

Методика проведения.

При проведении лапароскопии в брюшную полость устанавливают иглу для пневмоперитонеума и через нее вводят оксид азота для раздувания живота. После увеличения отверстия в полость брюшины вводят перитонеоскоп и осматривают органы брюшной полости. Хирургические инструменты для проведения биопсии и других вмешательств вводят через отдельные отверстия. После завершения процедуры оксид азота удаляется с помощью пробы Вальсальвы, канюлю извлекают. Возможные осложнения включают кровотечение, бактериальный перитонит, перфорацию внутренних органов.

Основные определения и понятия.

Холангиография – это метод рентгенологического исследования желчных протоков путем прямого введения контрастного вещества в желчные пути с последующей рентгенографией.

ЭРХПГ - эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

рН-метрия – диагностическая процедура, в процессе которой производят измерение кислотности непосредственно в желудочно-кишечном тракте.

Проктит - это воспаление слизистой оболочки прямой кишки.

Болезнь Крона - тяжёлое хроническое иммуноопосредованное гранулематозное воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта, которое может поражать все его отделы, начиная от полости рта и заканчивая прямой кишкой.

Роль медицинского персонала эндоскопическом исследовании.

Роль медицинского персонала важна.

Организация работы медицинской сестры эндоскопического отделения – это сложный и трудоемкий процесс, требующий от среднего медицинского персонала прекрасного знания вопросов асептики и антисептики, нормативно-правовых аспектов деятельности, умения координировать работу многих участников процесса диагностики и лечения: врачебного персонала, сестринского, вспомогательных служб.

Необходимо отметить важность тонкого знания психологии больного человека, умение подготовить пациента к исследованию, настроить его на выздоровление.

Пациент во время и перед проведением исследования не чувствует себя в безопасности: он не знает хода процедуры, не имеет представления о характере болевых или дискомфортных ощущений, которые могут возникнуть во время манипуляции. Чаще всего пациентов беспокоит, что во время исследования они не смогут дышать, возникнет рвота, могут возникнуть осложнения при проведении исследования. Во время исследования происходит неизбежный контакт пациента с эндоскопом, поэтому многие пациенты опасаются передачи инфекции от других больных.

Качественное медицинское оборудование, качественное обезболивание и профессионализм медицинского персонала позволяют провести высокоинформативное, безболезненное и безопасное обследование.

Вывод.

Эндоскопические методы исследования на сегодняшний день являются самыми достоверными для диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта. Их использование позволяет не только выявить очаги воспалительных процессов, но и обнаружить опухолевые и предопухолевые изменения на ранней стадии развития.

Во всем мире отмечен значительный рост числа заболеваний кишечника. Подавляющее большинство из них протекает бессимптомно и выявляется лишь на поздних стадиях.

Современные эндоскопические методы являются самыми точными и безопасными методом диагностики воспалительных, опухолевых, предопухолевых и прочих заболеваний желудочно-кишечного тракта на ранних стадиях. Она позволяет своевременно выявить патологию и провести успешное лечение.

Никакой другой метод диагностики (КТ кишечника, рентген, капсульная эндоскопия) не позволяет взять на гистологическое исследование подозрительное образование в кишечнике.

Список литературы.

1. Ослопов В. Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике [Текст]: учеб. пособие для вузов / Ослопов В. Н., Богоявленская О. В. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Туркина Н. В. Общий уход за больными [Текст]: учебник для студ. мед. вузов / Туркина Н. В., Филенко А. Б.; Минздравсоцразвития РФ. – М.: Товарищество науч. изд. КМК, 2010.
3. Евсеев М. А. Уход за больными в хирургической клинике [Электронный ресурс]: учеб. пособие для вузов / Евсеев М. А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
4. Вахитов Ш. М., Нуриева Э. И. Роль медицинских сестёр в современном здравоохранении //Казанский медицинский журнал. – 2010.
5. 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

студента 2 курса педиатрического факультета 5 группы

Донскова Григория Андреевича

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

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

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

В целом работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР. Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации. Однако есть некоторые недочеты при обобщении и анализе полученного материала, формулировании выводов студентом. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Кроме того, в работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

В целом работа заслуживает оценки «хорошо» (4).



(подпись)

Деревянченко М.В.