

Методы борьбы с парезом кишечника

Макаров Д.А.

ОМП-406

Парез кишечника

- это нарушение моторно-эвакуационной функции кишечника вплоть до полной атонии.

- восстановление моторной функции желудочно-кишечного тракта — задача первостепенной важности
- борьба с парезом и атонией желудочно-кишечного тракта должна быть комплексной

Мероприятия для лечения пареза кишечника:

- Декомпрессия кишечника
- Нормализация нервной регуляции
кишечника
- Восстановление тонуса кишечной
мускулатуры

Декомпрессия кишечника:

Цель: ликвидация перерастяжения желудка и вздутия кишечника.

Реализацию этой группы лечебных мероприятий начинают с постоянного опорожнения желудка зондом.

Заполненный желудок, перерастянутый содержимым, является не только следствием пареза, но и важным источником тормозной импульсации, поэтому введение зонда в желудок на весь период лечения развившегося пареза следует считать обязательным правилом.

Декомпрессия кишечника:



Токсическое содержимое аспирируют по двум зондам - введенному через нос в тонкую кишку и установленному в толстой кишке через задний проход.



Декомпрессия кишечника:

- необходимо проводить постоянную аспирацию гастродуоденального и еюнального содержимого
- применяется промывание желудка через зонд изотоническим раствором хлорида натрия или раствора Рингера—Локка
- на второй день после операции в прямую кишку на глубину 15-18 см вводят газоотводную трубку на 30 минут, для отхождения газов из кишечника

Нормализация нервной регуляции кишечника

Большое значение в профилактике моторных нарушений имеет адекватное обезболивание и применение препаратов стимулирующих перистальтику:

- интраоперационные блокады
- послеоперационные блокады
- антихолинэстеразные препараты
- ганглиоблокаторы
- антихолинэргические средства

Интраоперационные блокады:

Весьма эффективны в профилактике моторных нарушений интраоперационные блокады корня брыжейки, мезаколона, малого сальника раствором новокаина с антибиотиками.

Проводится как завершающий этап всех травматичных хирургических вмешательств на органах брюшной полости как средство профилактики послеоперационного пареза кишечника.

Техника: в корень брыжейки аккуратно под листок брюшины, чтобы не повредить сосуды, вводят 60-80 мл 0,25 % раствора новокаина.

Послеоперационные блокады:

В послеоперационном периоде большое значение в профилактике моторных нарушений имеет адекватное обезболивание. Методом выбора для обезболивания в послеоперационном периоде является длительная перидуральная блокада через катетер растворами новокаина или тримекаина. Данная блокада не только снижает боли, она улучшает внешнее дыхание, способствует возбуждению моторики кишечника.



Антихолинэстеразные препараты:

Антихолинэстеразные средства усиливают сокращение гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта.

Наиболее эффективные антихолинэстеразные препараты:

- 1) Убретил** (дистиг-минбромид) внутримышечно (0,5—1 мл 0,1% раствора). Обычно суточную дозу распределяют на 2—3 инъекции.
- 2) Прозерин** - внутримышечное введение 0,1% раствора в тех же дозах.

Ганглиоблокаторы:

Эффективной является также блокада эфферентной иннервации на уровне симпатических узлов, что достигается рациональным использованием ганглиоблокирующих препаратов.

Наиболее эффективные ганглиоблокаторы:

- 1) **Бензогексоний** (Benzohexonium) вводят подкожно или внутримышечно по 1 мл 2,5% раствора. Внутрь назначают по 0,1 г 3—6 раз в сутки.
- 2) **Димеколин** (Dimocolinum) назначают внутрь по 0,05 г 2—3 раза в день до еды.

Антихолинэргические средства:

Важным дополнительным мероприятием является блокада симпатической иннервации на уровне синаптических связей, достигаемая введением антихолинэргических препаратов.

Наиболее распространенный из них — атропин, применяемый подкожно или внутримышечно. Обычно введение атропина комбинируют с прозеринном или другими препаратами из группы антихолинэстеразных.

Нормализация электролитного баланса:

Важную роль в профилактике моторных нарушений играет нормализация электролитного баланса, поскольку известно, что расстройства его ведут к парезу кишечника. Вынужденная постоянная аспирация содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки приводит к значительным потерям хлоридов, калия и магния.

Для быстрой нормализации электролитного баланса и купирования внутриклеточных электролитных расстройств созданы специальные инфузионные среды (калия-магния аспарагинат, ионостерил, раствор Хартмана).

Электростимуляция кишечника:

Известный эффект в восстановлении перистальтики оказывает и электростимуляция кишечника либо специально предназначенными для этой цели аппаратами, либо диадинамическими токами Бернара, генераторами которых оснащены многие физиотерапевтические отделения.

Аппарат "Амплипульс-4"

Электроды накладывают на переднюю брюшную стенку поперечно. Стимуляцию проводят при помощи аппарата "Амплипульс-4": режим переменный, время воздействия 10 мин.



Электростимуляция кишечника:

Электростимулятор–зонд желудочно–кишечного тракта:

Электростимулятор–зонд ЖКТ предназначен для электрической стимуляции желудка, двенадцатиперстной и прямой кишки, с целью восстановления моторно–эвакуаторной и секреторной функций ЖКТ; позволяют проводить декомпрессию стимулируемых отделов кишечника, вводить в них лекарственные препараты и питательные смеси.



Электростимуляция кишечника:

Электростимуляцию прекращают после восстановления перистальтики кишечника — получения самостоятельного стула; обычно это наступает после 4—6 процедур.

С этой же целью применяют поперечную электростимуляцию на брюшную стенку или продольную на двенадцатиперстную кишку и промежность аппаратом "Эндотон".

Определенный стимулирующий и противоотечный эффект на желудочно-кишечный тракт оказывает магнитотерапия.



← **Аппарат "Эндотон-01Б" для гастроэнтеростимуляции**

Метод гипербарической оксигенации (ГБО)

Гипербарическая оксигенация - это лечение кислородом под повышенным давлением в барокамерах.

Для насыщения кислородом тканей проводят ГБО. За счет полного насыщения гемоглобина и увеличения растворенного в крови кислорода ГБО способна купировать все типы гипоксии, развивающиеся при перитоните. ГБО способствует ускоренному снижению бактериальной обсемененности брюшины, усиливает моторно-эвакуаторную функцию кишечника.



Питание:

Важное значение в послеоперационном периоде имеет питание. Первые 2—4 дня в основном кормят парентерально, при этом организм обеспечивается достаточным количеством жидкости, углеводов, белков, солей и витаминов.

По мере улучшения состояния переходят на энтеральное кормление больного в строго индивидуальном порядке (столы № 0, 1а, 1б, 1), с учетом состояния кишечника, печени и почек. При этом необходимо давать в достаточном количестве витамины группы В, С и К.

ИТОГ:

Таков принципиальный план комплексного лечения больных с острым разлитым перитонитом.

Раннее комплексное применение указанных мероприятий позволяет восстановить моторику желудочно-кишечного тракта практически у всех больных.

Спасибо за внимание :)