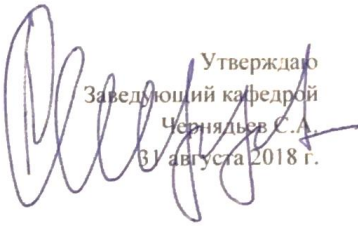


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Чернядьев С.А.
31 августа 2018 г.

Методические указания к практическим занятиям

Дифференциальная диагностика желудочно – кишечных кровотечений

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург
2018**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.
– Екатеринбург, 2018. – 28с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы дифференциальной диагностики желудочно-кишечных кровотечений.

Рекомендации предназначены для студентов 4,5,6 курсов медицинских ВУЗов, обучающихся по специальности лечебное дело

Составители:

Е.Н. Родионов – ассистент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

С.А.Чернядьев – профессор кафедры, зав.кафедрой.

Ответственный редактор:

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, 2018г.

ISBN

Содержание.

Определение-----	6
Этиология-----	6
Патогенез ЖКК-----	8
Клиническая картина-----	9
Диагностика ЖКК-----	11
Частные случаи ЖКК-----	14
Лечение-----	18
Список литературы-----	26

Методическое указание.

ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ: Ознакомиться с понятием дифференциальной диагностики желудочно-кишечных кровотечений.

Изучить клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, тактику и основные методы хирургического лечения

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Студент должен знать:

Ознакомиться с общей симптоматологией, диагностикой, основными принципами хирургического лечения

Изучить клинику и основные методы лечения

Ознакомиться с понятием дифференциальной диагностики, а также особенности оперативной техники

Студент должен уметь:

оценить результаты клинического обследования пациента

обосновать и сформулировать полный клинический диагноз

разработать рекомендации пациенту

обосновать выбор способа хирургического лечения у пациента

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

<i>шифр</i>	Содержание компетенции	знать	уметь	владеть
1	2	3	4	5
ОК-1,	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	-	-	-
ОК-4	Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	-	-	-
ОПК-4	способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности,	Особенности этики и деонтологии	Установить контакт с пациентом и его родственниками	Принципами медицинской этики и деонтологии при общении с пациентом и его родственниками
ОПК-6	готовности к ведению медицинской документации,	Медицинскую документацию: - история болезни (амбулаторная карта);	На основании проведения исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	-
ОПК-8	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач,	Фармакологическое группы препаратов, показания, противопоказания к назначению	Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям	Фармакологическим и группами препаратов, их совместимость, показания к назначению
ОПК-9	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в	Анатомо-физиологические особенности органов организма	Провести исследование организма человека в целом по	Методикой исследования организма человека по системам

	организме человека для решения профессиональных задач,	человека	системам	
ОПК-11	готовности к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Назначение и правила использования хирургического инструментария	Использовать хирургический инструментарий на практике	Техникой использования инструментов в хирургии
ПК-5	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания,	Методику исследования	Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения	Методикой исследования организма человека
ПК-6	способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,	Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)	Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10	Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10
ПК-7	готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,	Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти	Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит	Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти
ПК-8	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,	тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями	Определить тактику при заболеваниях	Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями
ПК-10	готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,	Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях	Применять на практике оказание медицинской помощи	Оказанием первой медицинской помощи
ПК-11	готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,	Правила оказания скорой медицинской помощи	Оказывать скорую медицинскую помощь	Правилами оказания скорой медицинской помощи
ПК-20	готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.	Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.	-

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ: 4 часа - 180 мин.

Определение.

Желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) называют те кровотечения, которые происходят в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Это важно помнить для того, чтобы не путать их с кровотечениями, источником которых являются органы ЖКТ, но излияние крови происходит в брюшную полость. Такие кровотечения будут называться полостными, например, при тупой травме живота, разрыве кишечника, проникающих ранений в брюшную полость.

Никогда не надо недооценивать ЖКК, так как они относятся к самым опасным хирургическим заболеваниям и всегда при появлении признаков ЖКК, возникает смертельная опасность для больного. По словам главного хирурга РФ акад. РАМН В.С.Савельева: «В хирургии остаются только две нерешенные проблемы – это проблема панкреонекроза и проблема желудочно-кишечных кровотечений».

Летальность среди больных, госпитализированных с ЖКК в стационар, включая случаи с кровопотерей 1 степени и лиц, кровотечение у которых остановлено без операции, составляет 10%. Летальность среди больных, которым на высоте кровотечения была выполнена экстренная операция, составляет – 22-25%, а при наличии у них тяжелой сопутствующей патологии, старческого возраста составляет 40%.

Практически все случаи возникновения ЖКК обусловлены, какими-либо заболеваниями: язвенная болезнь, эрозивный гастрит, варикозное расширение вен пищевода и др. Травмы, а именно проглоченное стекло, ножи и колючая проволока тут абсолютно не причем.

Этиология

Имеется большое количество заболеваний, приводящих к развитию ЖКК (всего на сегодняшний день описано 116 таких заболеваний), при этом источник кровотечения может располагаться в любом отделе ЖКТ от пищевода до толстой кишки. Но частота их далеко неравнозначна. **Чаще всего источником кровотечения являются пищевод, желудок и начальные отделы ДПК.** Это обусловлено развитой сосудистой сетью желудка и ДПК, большой ранимостью слизистой оболочки и широким кругом заболеваний, вызывающих поражение этого отдела пищеварительного тракта. По этой же причине гастродуоденальные и пищеводные кровотечения всегда очень массивны и всегда представляют смертельную опасность для жизни больного.

Кровотечения из отделов кишечного тракта, лежащих ниже ДПК, встречаются гораздо реже. Имеется ряд заболеваний, приводящий к развитию кровотечения из толстой кишки: неспецифический язвенный колит, полипы, раки, но обычно эти кровотечения носят хронический характер и не приводят к быстрому развитию тяжелой кровопотери. Поэтому в большинстве случаев они лечатся

консервативно. Кровотечения из тонкой кишки встречаются крайне редко и носят казуистический характер.

Все заболевания, приводящие к развитию ЖКК, условно можно разбить на 3 группы

В данном руководстве будут рассмотрены основные случаи ЖКК (1 группа), входящие в программу подготовки студентов 4 курса лечебного и педиатрического факультетов по курсу факультетской хирургии.

1 группа. Наиболее частые причины ЖКК. К ним относятся заболевания, которые встречаются хирургам в приемных отделениях чаще всего и именно они определяют основную массу ЖКК.

1. Язвенная болезнь желудка и ДПК (от 55 до 80% всех ЖКК)
2. Острые язвы желудка и ДПК (стрессовые, лекарственные и др.)
3. Эрозивный (геморрагический) эзофагит, гастрит, дуоденит
4. Синдром Маллори-Вейса.
5. Опухоли желудка (распад раковой опухоли, кровоточащие полипы)
6. Варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка при синдроме портальной гипертензии (цирроз, рак печени).

2 группа. Редкие заболевания. Заболевания, которые периодически встречаются в работе хирурга, но все же являются относительной редкостью и бывают в его работе не каждый год.

1. Дивертикулы желудка и ДПК.
2. Ущемленные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
3. Синдром Раньдю - Ослера.
4. Синдром Золлингера – Эллисона.
5. Язва Дъелафуа (кровотечение из аневризмы подслизистых артерий желудка).
6. Заболевания крови: гемофилия, тромбоцитопении, болезнь Верльгофа, болезнь Шанлейн- Геноха и другие.

3 группа. Еще более редкие заболевания или казуистические случаи ЖКК.

1. Туберкулез или сифилис желудка.
2. Аорто-кишечные свищи
3. Лучевая болезнь.
4. Геморрагические диатезы и васкулиты.
5. Авитаминозы.

и другие заболевания

ПАТОГЕНЕЗ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Большинство кровотечений из верхних отделов желудочно - кишечного тракта (язвенная болезнь, синдром Маллори-Вейса, распад опухоли желудка и др.) являются артериальными или смешанными артериально-венными, поэтому истечение крови происходит бурно и быстро приводит к тяжелой кровопотере. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода также массивное и сопоставимо с артериальным. При эрозивном гастрите кровотечение происходит из поверхностных язв и поначалу носит капиллярный характер. Вместе с тем общая площадь эрозий может быть значительной, что также приводит к быстрой и тяжелой кровопотере. По мере углубления в эрозиях некротических изменений в процесс вовлекаются более крупные сосуды: вены и артерии. Принимая во внимание сказанное, можно считать все кровотечения из пищевода, желудка и ДПК чрезвычайно грозными заболеваниями, смертельно опасными для жизни больного с первых минут их возникновения. Летальность при всех ЖКК равна 10%, а среди больных прооперированных на высоте кровотечения от 20 до 40%.

Любой больной с ЖКК всегда страдает от снижения ОЦК. **Кровопотеря всегда в той или иной степени сопровождается проявлениями геморрагического шока** и централизацией кровообращения. Нарушение микроциркуляции и перфузии крови через капиллярное русло резко нарушает трофику тканей, что сопровождается ацидозом и нарушением деятельности всех органов и систем. Если восполнение массивной кровопотери не привело к быстрому или хотя бы временному улучшению состояния, следует думать о необратимых некробиотических процессах в клетках паренхиматозных органов. Такое состояние надо расценивать, как переход лабильной стадии массивной кровопотери в торпидную фазу. Усиливаются некробиотические процессы и в области самого эрозивного дефекта, что способствует продолжению кровотечения или провоцирует его рецидив. На слизистой желудка и ДПК возможно появление новых кровотокающих эрозивных дефектов, так называемых острых гипоксических язв. Возникает «порочный круг».

ЖКК сопровождается изменениями в свертывающей системе крови. Сокращается время свертывания крови, причем у 50% больных почти вдвое. Толерантность плазмы к гепарину повышается в среднем на 45%. У большинства больных сокращается время рекальцификации. ПТИ остается в пределах нормы или начинает снижаться. Тромботест свидетельствует о состоянии гиперкоагуляции. Дальнейшее развитие заболевания сопровождается активацией противосвертывающей системы крови с одновременным снижением фибриногена. Тяжелые и затяжные ЖКК постепенно приобретают черты ДВС – СИНДРОМА.

Клиническая картина

Все случаи ЖКК (здесь и далее имеются в виду пищевод, желудок и ДПК) имеют сходные клинические проявления и могут отличаться только деталями. Вся клиническая картина складывается из двух симптомо-комплексов:

1. Признаки острой анемии и геморрагического шока.
2. Внешние проявления самого кровотечения.

ОСТРАЯ АНЕМИЯ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК – при ЖКК ничем принципиально не отличаются от других случаев кровопотери. Такие же признаки возникают при травматических или полостных кровотечениях, например при прервавшейся внематочной беременности. Проявления зависят от интенсивности и длительности ЖКК. В наиболее тяжелых случаях имеется геморрагический шок (1-2-3 степени).

Больные жалуются на слабость, головокружение, мелькание «мошек» перед глазами, возможны боли в сердце и одышка. Интенсивное ЖКК сопровождается потерей сознания от обморока до коматозного состояния. При осмотре больного определяется бледность кожных покровов, учащенное дыхание. Пульс также учащается, при продолжающемся кровотечении становится мягким и даже «нитевидным». В начале заболевания включаются защитные механизмы в виде централизации кровообращения и выброса крови из депо, поэтому АД сохраняется на прежнем уровне или даже повышается. При истощении резервов организма АД начинает быстро снижаться, что является плохим прогностическим признаком, косвенно указывающим на продолжение кровотечения.

Показатели красной крови: гематокрит, эритроциты, гемоглобин и цветной показатель, в начале заболевания также меняются мало. Лишь через 12-24 часа после развития компенсаторной гидремии показатели гемограммы будут относительно точно указывать на степень кровопотери. Более достоверные данные удастся получить при определении ОЦК, ОЦП или ГО (глобулярный объем) с помощью специальных методик (полиглюкиновый метод, измерение венозного давления и др.).

ВНЕШНИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЖКК. Классическими проявлениями являются: рвота кровью и кофейной гущей и мелена.

Рвота кровью (Гематомезис). Более характерна для тех случаев, когда источник ЖКК расположен в пищеводе или желудке. При **пищеводном кровотечении рвота происходит жидкой красной кровью** или сгустками вишневого цвета. Если ЖКК возникло из стенки желудка, рвотные массы приобретают черный цвет – **«рвота кофейной гущей»**. Изменение цвета крови происходит за счет химической реакции между гемоглобином и соляной кислотой желудочного сока с образованием солянокислого гематина, который имеет практически черный цвет. Соответственно если источник кровотечения

расположен в пищеводе, то кровь в рвотных массах не контактирует с желудочным соком и остается красного цвета.

При кровотечении из луковицы ДПК рвоты кровью может не быть вообще (или она возникнет в отдельных случаях при забросе крови в желудок), кровь проходит по кишечнику и выделяется в виде черного жидкого стула, который называется **мелена** (от греческого **melanos** – темный, черный) или **«дегтеобразный» стул** (**деготь** – смолистое вещество, получаемое из бересты, использовалось на Руси для смазки колес в телегах и др. нужд, имеет практически черный цвет, по консистенции напоминает машинное масло или нефть, последнее сравнение очень похоже). Если кровотечение происходит из желудка заболевание начнется с рвоты кофейной гущей, но в последующем появляется мелена, так как часть крови будет затекать в ДПК и далее в кишечник.

Кровь, попавшая в желудок и кишечник, способствует быстрому раскрытию привратника и всех других сфинктеров, раздражает кишечник и быстро по нему продвигается. При этом выслушивается гиперперистальтика. Быстрое продвижение крови по кишечнику является особенностью ЖКК о котором надо помнить. Поэтому если на ваших глазах у больного был один или несколько раз черный жидкий стул его надо расценивать, как признак кровотечения, происходящего именно в данный момент, а не когда-нибудь в прошлом.

Чем интенсивнее кровотечение, тем быстрее оно проходит по кишечнику. Как сказано, черный цвет стула обусловлен образованием солянокислого гематина, но если ЖКК очень интенсивное (**профузное кровотечение**) кровь не будет успевать обрабатываться соляной кислотой и стул может приобретать темно – вишневый цвет.

Практическое значение имеет дифференциальная диагностика по цвету каловых масс гастро-дуоденальных и толстокишечных кровотечений. В последнем случае каловые массы не содержат солянокислого гематина и окрашены в ярко красный или малиновый цвет. Если кроме крови в каловых массах имеется слизь (неспецифический язвенный колит), стул будет иметь вид **«малинового желе»**.

Важным диагностическим методом (и обязательным к проведению у всех больных с подозрением на ЖКК) является выполнение **пальцевого ректального исследования**. Если в результате на перчатке будут обнаружены следы мелены, то факт кровотечения считается на 100% доказанным. Такой больной должен быть госпитализирован в стационар и источник кровотечения должен быть установлен.

Еще надо отметить, что **боль** в области желудка и ДПК **не является** признаком ЖКК и не имеет к данному осложнению ни какого отношения. Более того, если у больного имелся болевой синдром в связи с обострением язвенной болезни

то в момент возникновения кровотечения боли исчезают так как кровь смывает с язвы желудочный сок и соляную кислоту.

ДИАГНОСТИКА ЖКК.

В каждом конкретном случае ЖКК врачу-клиницисту предстоит найти ответ на три вопроса:

1. Действительно ли у больного имеется ЖКК ?
2. Что является источником ЖКК ?
3. Состояние кровотечения на текущий момент (остановилось, продолжается, остановилось, но высока вероятность рецидива).

Кровотечение можно считать доказанным если врач лично видел у больного мелену или кровавую рвоту. Если на момент осмотра рвоты и стула нет, обычно выполняют пальцевое ректальное исследование. Наличие следов черной крови на перчатке подтверждает факт ЖКК.

На продолжающееся кровотечение указывает ряд клинических признаков: прогрессирующая гипотония, повторный жидкий черный стул или повторная рвота кофейной гущей, ухудшение общего состояния больного. Информация будет еще более точной если ввести зонд в желудок и промыть его до чистой воды. Выделение через 1-2 часа по зонду свежей крови укажет на продолжение ЖКК.

Источник кровотечения может быть установлен на основе данных анамнеза и особенностей клинической картины. Так, например, у больного злоупотребляющего алкоголем при наличии повторной рвоты кровавыми сгустками логично предположить наличие разрывов слизистой пищевода (синдром Маллори-Вейса). При отсутствии рвоты, но наличии многократного дегтеобразного стула у больного с голодными болями и изжогой в анамнезе в первую очередь нужно думать о кровоточащей язве ДПК.

Несмотря на важность оценки всех клинических признаков точная диагностика возможно только при выполнении **экстренной эндоскопии желудка и ДПК**. В настоящее время проведение ФГДС у больного с подозрением на ЖКК является обязательным. Уже осмотр слизистой пищевода, желудка и ДПК позволяет обнаружить следы старой или свежей крови, даже если вы не увидели источник кровотечения. А когда источник кровотечения установлен (одиночная язва или множественные эрозии, распадающаяся опухоль и пр.) точный диагноз можно считать установленным.

Но в современных условиях дается еще одна важная эндоскопическая характеристика ЖКК – **его состояние или активность**, для этого используется классификация источника кровотечения по **Forrest**

Тип: **Forrest I** это активное кровотечение, которое происходит на момент осмотра.

1. **Forrest IA.** Активное струйное (артериальное, пульсирующее) кровотечение.
2. **Forrest IB.** Подтекание крови из язвы или другого источника.

Тип **Forrest II** – остановившееся кровотечение, но это остановка не надежна и высока вероятность рецидива ЖКК.

1. **Forrest IIA.** Кровотечение остановилось, но прямо из язвы торчит артериальный сосуд с тромбом на конце.
2. **Forrest IIB.** Кровотечение остановилось, но в области язвы имеется рыхлый сгусток крови
3. **Forrest IIC.** Кровотечение остановилось, но дно язвы черного цвета, за счет мелких сгустков и гемосидерина.

Тип **Forrest III** – ЖКК остановилось и вероятность риск развития рецидива кровотечения отсутствует, дно язвы покрыто желтоватым фибрином без всяких тромбов и следов черного цвета.

На основании установленного типа кровотечения выбирается соответствующая хирургическая тактика, т.е. решается оперативно или консервативно лечить данного больного.

КЛАССИФИКАЦИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО СТЕПЕНИ КРОВОПОТЕРИ.

Существует несколько классификаций по степени кровопотери, но наибольшее распространение получила клиническая по **Е.Л.БЕРЕЗОВУ** и по гематокриту - автор **А.И.ГОРБАШКО**. В объединенном виде классификация Березова-Горбашко выглядит следующим образом:

1 степень (легкая) Дефицит ОЦК до 20%. Пс- 80-90. АД – нормальное или незначительно сниженное, до 100/60. Однократный черный стул или однократная кровавая рвота. Общее состояние не страдает или страдает незначительно. Гематокрит не ниже 30% (0,30). Эритроциты – до 3,5 млн.

2 степень (средней степени тяжести) Дефицит ОЦК 20-30%. Пс – 100-130. АД – снижается, но не ниже 80/50. В клинической картине повторная кровавая рвота или повторный черный жидкий стул. Резкая слабость, бледность кожных покровов, липкий пот. Возможна кратковременная потеря сознания. Дыхание учащенное, поверхностное. Олигурия. Гематокрит 30-25% (0,30-0,25). Эритроциты – 3,5 – 2,5 млн.

3 степень (тяжелая) Дефицит ОЦК 30-50% и более. Состояние очень тяжелое. Пс- 130-140 и чаще, слабого наполнения. Падение систолического АД ниже 80-60. Повторные случаи кровавой рвоты, неоднократный дегтеобразный или вишневый стул. Кожные покровы бледно-цианотичные, иногда пятнистые. Двигательная реакция снижена. На вопросы отвечает медленно, шепотом, часто

теряет сознание. Дыхание частое, поверхностное. При угнетении дыхательного центра может стать редким. Температура тела снижена, конечности холодные. Появляется признак Бурнштейна: при надавливании на конечность появляется медленно исчезающее белое пятно. Олигурия сменяется анурией. Гематокрит ниже 25% (0,25). Эритроциты ниже 2,5 – 2,0 млн.

ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА: отношение пульса к систолическому давлению. Служит для приблизительной оценки кровопотери (дефицита ОЦК).

Пульс / Систолическое АД (для примера)	Индекс Альговера	Дефицит Объема цир-кулирующей крови	Степень кровопотери
	0,54	Нормальный индекс	
80/100	0,8	10%	1
90/100 – 110/90	0,9-1,2	20%	
130/100-90	1,3-1,4	30%	
150/90	1,5 и более	40% и более	

Более точное определение кровопотери возможно по показателям гематокрита. Существует таблица, в которой на каждое значение гематокрита рассчитано количество крови на килограмм веса и также ее дефицит в миллилитрах. Здесь таблица приводится в сокращенном виде:

Показатель гематокрита	Содержание крови (ОЦК) в организме на 1 кг веса	Дефицит крови (ОЦК) в организме на 1 кг веса
1. 48%	73,5 мл	0
2. 40%	69,9 мл	3,6 мл

3.	34%	64,5 мл	9,0 мл
4.	24%	57,1мл	16,4 мл
5.	20%	54,6 мл	18,9 мл
6.	16%	52,4 мл	21,1

Пример расчета дефицита ОЦК: У больного с язвенным кровотечением, показатель гематокрита составляют 20%, вес больного 60 кг. По таблицы определяем дефицит крови на 1 кг веса. Он равен 18,9 мл. Устанавливаем общую кровопотерю: $18,9 \times 60 = 1134,0$ мл.

Частные случаи желудочно-кишечных кровотечений.

Самым частым источником кровотечения (60% всех ЖКК) являются язвы ДПК и желудка, клиническая картина в зависимости от того, где находится источник язвенного кровотечения в ДПК или желудке приведена выше. Другие случаи кровотечения встречаются реже, но также достаточно часто.

Эрозивный гастрит или дуоденит. Заболевание сопровождается образованием на слизистой желудка или ДПК одиночных или множественных поверхностных эрозий. Процесс имеет стадийный характер. Начинается заболевание со спазма сосудов в глубоких слоях желудочной стенки, что ведет к локальной гипоксии и повышенной проницаемости слизистой. Местное изменение проницаемости сопровождается обратной диффузией водородных ионов, освобождению пепсина и гистамина. Именно последние вызывают кровоизлияния и отек слизистой, повреждение ее с образованием язвенных дефектов.

Макроскопически на поверхности слизистой появляются круглые или продолговатые по форме участки побледнения, через несколько часов на их месте возникают точечные кровоизлияния, а затем образуются эрозии до 3 мм в d. В следующие 24 часа можно обнаружить глубокие некротические дефекты слизистой оболочки с отечными краями. Через несколько дней дефекты достигают 2 см в диаметре, небольшие участки поражения сливаются в большие язвы. Нередко отмечается сочетание различных стадий процесса.

Острые эрозии в хроническую язву не превращаются. Этиологически возникновение геморрагического гастрита может быть следствием местного повреждающего фактора - действия токсических или лекарственных веществ на сосуды слизистой (ацетилсалициловая кислота, стероиды, атофан, и др.)

Иногда отдельно выделяют острые или стрессовые язвы. К ним относят острое изъязвление слизистой желудка и ДПК, возникающие через несколько часов

или дней после экстремального воздействия на организм. К последним относят: все случаи шока, сопровождающегося централизацией кровообращения и «обкрадывание периферии» с гипоксией тканей. К причинам шока можно отнести: острую кровопотерю, травму, в том числе операционную, ожоговую, действие низкой температуры, септическое состояние, эклампсию, инфаркт миокарда, уремию, печеночную недостаточность и др. Механизм возникновения острых эрозий такой же, как и при геморрагическом гастрите и связан с нарушением кровообращения слизистой, гипоксией и нарушением проницаемости. Обычно глубина эрозивного процесса ограничивается мышечным слоем, хотя не исключается и более глубокое распространения процесса вплоть до перфорации.

Определенное значение в образовании эрозий имеют и анатомические особенности кровоснабжения желудка. Так в кардиальном отделе по малой кривизне отсутствует подслизистое сосудистое сплетение, сосуды имеют концевое строение и расположены тангенциально по отношению к слизистой. Поэтому острые язвы там образуются чаще. Учитывая анатомию, необходимо тщательно осматривать во время операции или ФГДС именно кардиальный отдел желудка.

Синдром Меллори-Вейсса состоит в образовании линейных продольных разрывов слизистой оболочки пищевода и кардиального отдела желудка, сопровождающихся кровотечением различной тяжести. Синдром встречается в основном у мужчин в возрасте от 30 до 50 лет.

Основной причиной разрывов является внезапное повышение внутрижелудочного давления вследствие дискоординации замыкательной функции кардиального и пилорического жомов. Возникновение кровотечения обычно следует за рвотой, которая ведет к повышению внутрижелудочного давления, нарушает кровообращение в растянутом слизистом слое и приводит к его разрывам. Таким образом, у большинства больных начало заболевания связывают с приступами повторной сильной рвоты и, как правило, это связано с приемом большого количества алкоголя (запойное пьянство). Иногда развитию этого синдрома предшествует продолжительная икота, приступы кашля, физическое перенапряжение после еды или хронические заболевания желудка (гастрит, пилородуоденальный стеноз, язвенная болезнь, диафрагмальная грыжа). Обычно разрывов бывает три, хотя можно встретить и одиночные. Разрывы идут параллельно оси пищевода и желудка, то есть вдоль пищевода. При ФГДС видно, как они в виде багровых полос начинаются в кардиальном отделе пищевода (в самой нижней части пищевода), переходят на розетку кардии, а затем уходят в кардиальный отдел желудка.

Клиническая картина. Практически всегда у больных с синдромом Меллори-Вейсса в анамнезе имеются указания на причину его возникновения. Большинство больных имеют признаки алкогольной интоксикации, запойного пьянства, или (реже) многочисленную рвоту в связи с заболеванием желудка или непереносимостью каких-либо лекарств, отравлениями.

Заболевание начинается с рвоты съеденной пищей, желчью, а при возникновении разрывов начинается рвота кровью. Кровь ярко красная, часто бывают сгустки крови. Не правильно говорить «рвота с примесью крови», так как кровотечение артериальное и крови бывает очень много, по сути человека рвет одной кровью. Вид больных настолько характерен, а рвота красной кровью бывает только при пищеводных кровотечениях, поэтому обычно диагноз Меллори-Вейсса ставиться безошибочно. ФГДС полностью подтверждает или отвергает диагноз в сомнительных случаях.

Варикозное расширение вен пищевода и кровотечение из них является прямым осложнением портальной гипертензии. Заболевания, которые приводят к портальной гипертензии это: цирроз и рак печени, реже встречается синдром Бадда-Хиари (тромбоз печеночных вен). Непосредственной причиной развития варикозного расширения вен пищевода и кардиального отдела желудка является повышение давления крови в системе воротной вены до 270-300 мм. вод. ст., так как пассаж крови через склерозированную печень нарушен. Кровь из воротной вены не может пройти через печень и ищет обходные пути в систему верхней поллой вены. Кровь из воротной вены устремляется в венозные анастомозы, которые существуют между воротной и верхней поллой веной (порто-кавальные анастомозы) и они резко переполняются кровью. Эти анастомозы проходят под слизистой верхней трети желудка и пищевода, крови настолько много что эти вены резко растягиваются, возникает их варикозное расширение.

После развития варикозного расширения вен пищевода и желудка создаются все условия для разрыва вен и возникновения мощного пищеводного кровотечения. Иногда пусковым механизмом кровотечения являются гипертонические кризы в портальной системе, вызывающие нарушения целостности вен. Иногда вены разрываются под воздействием желудочного сока при рефлюкс-эзофагите. Кроме того у подавляющего числа больных с портальной гипертензией имеются различного рода нарушения в системе свертывания крови (тромбоцитопения, гипофибриногенемия, усиление фибринолитической активности и др.)

Клиническая картина. Обращает на себя внимание наличие печеночной патологии, иногда эта патология носит запущенный и доминирующий характер: асцит, желтуха. При осмотре и УЗИ печень увеличена или наоборот уменьшена в размерах. На печёночную патологию указывают показатели крови: билирубин, АЛТ, АСТ, печеночные пробы.

При возникновении кровотечения появляется массивная рвота темной венозной кровью (темно-вишневый цвет), кровь жидкая, пенная, обычно без сгустков. При затекании крови в желудок и кишечник может быть мелена, но основным признаком все же является рвота большим количеством венозной крови. **СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА - ЭЛЛИСОНА** (не входит в обязательную программу) - ульцерогенная аденома поджелудочной железы, относится к довольно редким хирургическим заболеваниям. Ульцерогенная аденома обычно

имеет вид отграниченного, дольчатого или кистозноизмененного узла различной консистенции, расположенного поверхностно или наоборот глубоко врастающего в ткань поджелудочной железы. Размеры опухоли достигают 10-12 см. У 25% больных опухоль располагается вне поджелудочной железы, чаще в стенке ДПК. Более половины ulcerогенных аденом являются злокачественными и способны к быстрому метастазированию в лимфатические узлы, печень легкие и другие органы.

При электронной микроскопии клетки опухоли характеризуются наличием секреторных гранул, таких же как и в G – клетках антральной части желудка. Вещество, экстрагируемое из них, аналогично гастрину и *способно резко стимулировать желудочную секрецию и выработку свободной соляной кислоты*. Гастроинподобным действием обладают и экстракты из метастазов.

Основной клинической формой (собственно синдром Золлингера - Эллисона) является гиперсекреторная, для нее характерно наличие язвы пищеварительного тракта, встречается у 94% больных. Второй вариант течения - кишечный, проявляющийся поносом, гипокalemией, ахлоргидрией. Третья форма это полигландулярный эндокринный аденоматоз. В этом случае поражение поджелудочной железы сочетается с аденомами в других железах внутренней секреции: гипофизе, надпочечниках, щитовидной и парашитовидных железах. Соответственно отмечаются и различные гормональные нарушения.

Большинство клинических проявлений можно объяснить избыточной продукцией гастрина. Под его влиянием выделяется большое количество желудочного сока (до 10 л. в сутки). Число обкладочных клеток в желудке увеличивается в 6 раз. Гиперсекреция соляной кислоты сопровождается повышенным выделением панкреатического сока, желчеотделением, тормозится всасывание воды и электролитов в кишечнике, нарушается деятельность всего сфинктерного аппарата.

Более чем в 90% случаев при синдроме возникают язвы. При этом только у 25% больных это одиночные язвы в луковице ДПК. Чаще они располагаются в дистальной части ДПК или тощей кишке. Следует всегда думать о синдроме Золлингера – Эллисона при необычной локализации язвы. Множественные язвы отмечаются у 20% больных. Часто одна язва располагается в луковице, а другие в нисходящей части ДПК или тощей кишке.

Характерно упорное рецидивирование язв после оперативных вмешательств (резекций, ваготомий), очень высокая устойчивость к консервативной терапии. Кровотечение перенесли 32% больных, перфорации 23%, стеноз 7%, множественные перфорации 8%. Осложнений не было только у 16%. Болевой синдром резко выражен, наблюдается у 90% больных и обусловлен, как язвенным диатезом, так и поносом.

При диагностике заболевания, наряду с перечисленными клиническими

признаками, учитывают уровень желудочной секреции, а также проводят тесты по определению содержания гастрина в крови, в том числе и с применением провокационных проб (проба с белковой нагрузкой, секретиновая проба, кальциевая проба, глюкагоновая проба и др.) подробно о них можно узнать в руководстве А.А.Шалимова Хирургия пищеварительного тракта. 1987 г Киев, Здоров'я . 242-252с.

Инструментальная диагностика. При УЗИ можно непосредственно обнаружить аденому и ее метастазы. Рентгенологическое исследование пищеварительного тракта: характерна резкая гипертрофия складок слизистой оболочки желудка. Чем ниже обнаружена язва, тем выше вероятность синдрома Золлингера – Эллисона. ДПК, начиная от луковицы, расширена, перистальтика ее ослаблена, также дилатирована и тощая кишка. При ангиографии поджелудочной железы можно увидеть саму опухоль, округлой формы, четко ограниченную, с богатой васкуляризацией.

Лечение оперативное. При одиночных аденомах возможно удаление опухоли или выполнение панкреатодуоденальной резекции. Радикальная операция становится невозможной при наличии множественных метастазов, что, к сожалению, бывает у большинства больных. Хотя заболевание прогрессирует медленно, всегда имеется высокая вероятность гибели больных от различных осложнений связанных с наличием язвы. Единственной операцией надежно избавляющей больного от язв любой локализации в данной ситуации является полное удаление всей кислотопродуцирующей зоны т. е. выполнение гастрэктомии. Наличие метастазов в печени и отдаленных лимф.узлах не является противопоказанием к этой операции. Показана она также и при язвенном кровотечении вызванном ulcerогенной аденомой.

Л Е Ч Е Н И Е

Любое ЖКК является абсолютным показанием к экстренной госпитализации в хирургическое или реанимационное отделение. В зависимости от источника кровотечения и состояния больного ряд больных лечится консервативно, другие при поступлении подвергаются экстренному оперативному вмешательству. Иногда необходимость в операции возникает через несколько часов с момента поступления больного.

Экстренная операция **на высоте кровотечения** сопровождается высокой летальностью (20-25% и выше) поэтому она выполняется в случае крайней необходимости и по строгим показаниям. Показаний к выполнению экстренной операции у больных с ЖКК три это:

1. Больной доставлен в состоянии кровопотери **3 степени по Березову-Горбашко**. То есть при поступлении отмечают падение систолического АД ниже 80 мм.рт.ст, Пульс – 120-140. Возможно стойкое нарушение сознания. Обычно такое кровотечение возникает при поражении крупного артериального

сосуда. При резком падении АД кровотечение может на время остановиться, но при лечении и проведении противошоковых мероприятий кровотечение тут же начинается вновь. Поэтому больные с кровопотерей 3 ст. по Березову, в состоянии геморрагического шока тут же при поступлении должны быть поданы в операционную, все реанимационные и противошоковые мероприятия на операционном столе.

2. Продолжающееся кровотечение. Больной доставлен в приемное отделение с кровопотерей 2 степени по Березову-Горбашо, но в процессе обследования и лечения вы установили, что кровотечение и не думает останавливаться и на данный момент продолжается, в этом случае больной немедленно должен быть взят на операцию.

Признаки продолжающегося кровотечения могут быть обнаружены при экстренной ФГДС, когда эндоскопист видит струю пульсирующей крови (Forrest IA), или активное подтекание свежей крови из язвы (Forrest I B).

При отсутствии возможности выполнить ФГДС факт продолжающегося кровотечения можно установить клинически. Подтверждением этому может служить выделение свежей крови по желудочному зонду. Вы установили в желудке зонд, затем отмыли желудок до «чистой воды», затем перекрыли зонд, а через час вновь открыли, если по зонду вновь течет кровь – значит кровотечение продолжается.

Наконец вполне надежно о продолжающемся кровотечении говорят такие симптомы, как: стойкое или прогрессирующее снижение артериального давления, а также повторная мелена или повторная кровавая рвота. Например, вами госпитализирован больной с кровотечением (предположительно) из язвы ДПК, кровопотеря 2 ст. по Березову-Горбашко. АД-100/60. Несмотря на проводимую вами инфузионную терапию и переливание крови, давление не повышается и остается прежним или снизилось до 90/50. Такая гемодинамика должна расцениваться, как признак продолжающегося кровотечения.

Другой вариант: этот же больной госпитализирован вами в отделение реанимации, но через час у него был жидкий черный стул, через час еще один раз. Это явление нельзя объяснять «выделением старой крови». Кровь в кишечнике вызывает бурную перистальтику и очень быстро покидает организм, поэтому это явление также надо расценивать, как продолжающееся кровотечение, больному показана экстренная операция.

3. Рецидив кровотечения. Вам удалось остановить кровотечение консервативными методами, но через 3, 4 или даже 5 дней возникло повторное кровотечение из язвы. Рецидив кровотечения вызван усилением и разрастанием некробиотических процессов в язвенном дефекте, обусловленных кровопотерей. Рецидив кровотечения очень опасен и может оказаться сильнее первого кровотечения. Именно рецидив кровотечения является одной из основных

причин смерти больных с ЖКК. В случае возникновения рецидива кровотечения больному немедленно показана операция.

Все остальные больные лечатся консервативно.

После внедрения в хирургию экстренной ФГДС появилось понятие «нестабильный гемостаз», в последующем его стали определять как **Forrest IIА, IIВ, IIС** (см. выше). Последнее предполагает остановившееся кровотечение, что позволяет воздержаться от экстренной операции. Но так как риск возникновения рецидива кровотечения очень высок, считается целесообразным выполнение операции через сутки с момента поступления больного, после предоперационной подготовки и восполнения кровопотери. Но данное правило не абсолютно и если есть возможность каждый день отслеживать изменения, которые происходят в язве на ФГДС, то от операции можно воздержаться.

Еще одним из способов остановки кровотечений является использования эндоскопических методов. Было использовано много разных приемов: электрокоагуляция, обкалывание язвы, обработка ее клеем, но все они оказались малоэффективны. Только появление **АПК** (Аргон плазменная коагуляция) оказалась по настоящему эффективной и у значительной части больных позволила останавливать продолжающееся кровотечение и изменила ситуацию. Поэтому в настоящее время у больных с продолжающимся кровотечением, при наличии необходимого оборудования выполняется попытка АПК и только при ее неэффективности выполняют операцию. Техника АПК приводиться ниже. Тактика при ЖКК, несмотря на универсальный характер для всех заболеваний, в отдельных случаях имеет свои особенности. Так при кровоточащих множественных эрозиях желудка и ДПК, а особенно при кровотечении из варикозных вен пищевода предпочтение должно быть отдано консервативной терапии. Операция в этой группы больных носит, как правило, выполняются только при длительных и очень тяжелых кровотечениях, которые никак не удается остановить консервативно и в этой ситуации носит характер «операции отчаянья». (В.С.Савельев 1986).

При ЖКК возникших в результате заболеваний крови, тромбоцитопенических состояний и геморрагических диатезов оперативное лечение противопоказано.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Проводится только в хирургическом стационаре и реанимационном отделении. Больному назначается строгий постельный режим. Голод. Местная гипотермия в виде пузыря со льдом на область эпигастрия, промывание желудка холодной водой. В желудок также можно вводить охлажденный раствор аминокaproновой кислоты с добавлением 1-2 мл 1% раствора адреналина.

Восстановление кровопотери. Проводится в соответствии с принципами противошоковой терапии. Восполнение ОЦК приводит к возобновлению нормальной перфузии крови через капиллярное русло и благотворно влияет на

течение обмена веществ. В конечном итоге это приводит к эпителизации кровотокащего дефекта слизистой и предотвращает возникновение необратимых изменений во всех органах и системах.

Принципы восстановления кровопотери по дефициту ОЦК:

Кровопотеря до 20% - восполняется только кровозаменителями (белковые препараты, коллоидные и кристаллоидные растворы)

Кровопотеря от 20 до 35% - половину потерянной крови возмещают эритроцитарной массой + полный объем утраченной крови кровозаменителями. *Например: установлено (см. способы определения кровопотери), что больной потерял 1500 мл крови. Должно быть перелито 750 мл эритроцитарной массы + 1500 мл растворов: одногруппная плазма, реополиглюкин, растворы глюкозы, солей и др. препараты.*

Кровопотеря от 40% и больше - восполняется полный объем кровопотери эритроцитарной массой + такой же объем в виде коллоидных и кристаллоидных растворов.

Восстановление кровопотери должно сопровождаться борьбой с ацидозом, переливанием раствора гидрокарбоната натрия, желательно под контролем КЩР.

Гемостатическая терапия.

Набор препаратов непосредственно останавливающих кровотечения ограничен, но именно они позволяют в ряде случаев избежать крайне тяжелых оперативных вмешательств.

ЭТАМЗИЛАТ (аналог ДИЦИНОН) назначается до 30 мл в сутки, в особо тяжелых случаях до 60 мл. Одномоментно в/в струйно вводится шприцем 6 – 8 мл. Затем по 2 – 4 мл через 4 часа. Если кровотечение остановилось, дозировку постепенно снижают: по 2 мл через 6 часов, затем через 8 часов.

ВИКАСОЛ максимально допустимая доза по 5 мл в/в через 6 часов струйно. С третьего дня дозу снижают до 5 мл 3-2 раза в сутки. Возможно в/м введение.

Е- АМИНОКАПРОНОВАЯ КИСЛОТА. в/в по 100 мл 2 – 3 раза в сутки.

БЕЛКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПЛАЗМА: обладают гемостатическим действием, за счет высокого содержания фибрина: криопреципитат (перелить 3 дозы), свежезамороженная и одногруппная плазма.

ХЛОРИСТЫЙ КАЛЬЦИЙ 1% 200 мл 1 раз в сутки.

Оперативное лечение.

Варианты оперативного лечения ЖКК отличаются в зависимости от причины ЖКК.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДПК. Оптимальной операцией (операция выбора) является резекция желудка вместе с кровоточащей язвой. Несмотря на большой объем вмешательства, такой вариант операции является наиболее надежным способом остановки кровотечения. Кроме того, резекция радикально излечивает больного от язвенной болезни.

Часто состояние больного бывает настолько тяжелым, что выполнение резекции желудка представляет слишком большой риск. В этом случае выполняется операция иссечения язвы. Язвенный дефект ромбовидно иссекают со стороны серозной оболочки, выполняют гемостаз краев, затем образовавшийся дефект ушивают двух-рядным швом. Ряд швов накладывают таким образом, чтобы он располагался поперечно к оси желудка или ДПК и не произошло сужения кишки или желудка (принцип пилоропластики по Микуличу).

Третий вариант остановки язвенного кровотечения это прошивание кровоточащих сосудов со стороны слизистой желудка или кишки. По сравнению с другими методами его эффективность ниже, поэтому он допустим лишь в крайних случаях. Прошивание язвы одиночным Z-образным швом может оказаться недостаточным и уже в послеоперационном периоде приведет к прорезыванию шва и рецидиву кровотечения. Для повышения надежности методики дополнительно накладываются гемостатические П-образные швы по периметру и за пределами язвенного дефекта.

СИНДРОМ МАЛЛОРИ ВЕЙСА. Операция начинается с максимально высокой (проксимальной) гастротомии. При осмотре слизистой кардиального отдела желудка обычно удается обнаружить кровоточащие разрывы, распространяющиеся из желудка в пищевод. Разрывы ушиваются капроновыми гемостатическими швами. Подтягивая слизистую за лигатуры, разрывы слизистой стараются полностью вывести из пищевода в просвет желудка и ушить их. Иногда ушивание разрывов представляет чрезвычайно трудную задачу. Слизистая может быть ригидной или инфильтрированной, например при ожоге сурогатами алкоголя. Пищеводную часть разрыва не удастся вывести в просвет желудка и полностью ушить. В этом случае возможно выполнение тампонады по Ро'ману. К желудочному зонду толстой капроновой лигатурой прочно фиксируются марлевые салфетки. При подтягивании зонда происходит тампонада салфетками терминальной части пищевода. В последующем салфетки удаляются вместе с зондом.

ЭРОЗИВНЫЙ ГАСТРИТ Оперативное лечение представляет собой трудную задачу и по мнению большинства авторов должно выполняться только в крайнем случае. С другой стороны, чем дольше проводилась консервативная терапия, тем хуже результаты оперативного лечения.

Хирургическое вмешательство при эрозивном гастрите должно быть минимальным. Кровоточащие участки ушиваются и обшиваются П-образными швами. Некоторые авторы дополняют это селективной ваготомией с

пилоропластикой, считая такую методику достаточно эффективной. Лишь при поражении желудка эрозивным процессом на значительном участке показана резекция желудка или даже гастрэктомия.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА. Наиболее тяжелый вариант для хирургического лечения. Доступ к венам пищевода чрезвычайно труден, а тяжесть состояния больных кроме кровопотери обусловлено еще и основным заболеванием повлекшим портальную гипертензию: цирроз печени, желтуха, печеночная недостаточность и асцит. Наиболее часто вместо операции для остановки кровотечения из пищеводных вен используют специальный **зонд Блекмора**. Такой зонд имеет специальную манжету, которая раздувается воздухом в пищеводе, что приводит к сдавлению варикозно расширенных вен и остановки кровотечения.

Если операция все же производится то она носит минимальный характер. Это гастротомия с прошиванием варикозно расширенных вен желудка и пищевода с перевязкой левой желудочной и селезеночной артерии (М.Д. Пациора 1979) или операция Танера (пересечение желудка в кардиальном отделе) в различных модификациях. Последняя операция в классическом виде выполняется через трансторакальный доступ, что утяжеляет состояние больных, хотя и дает, лучшие отдаленные результаты. Более радикальной, но и более травматичной является операция резекции абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка с наложением гастроэзофагального анастомоза (Фемистер и Хемфри 1947), эти операции из-за своей высокой травматичности у больных с тяжелым поражением печени в настоящее время практически не проводятся.

ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА. В подавляющем большинстве случаев это рак желудка с изъязвлением или распадом. Объем оперативного вмешательства колеблется от паллиативных методов местной остановки кровотечения (прошивание, перевязка магистральных сосудов) до резекции желудка и гастрэктомии.

Аргон-плазменная коагуляция. Осуществляется с помощью эндоскопа и напоминает обычную ФГДС. К источнику кровотечения подводится фиброгастроудоденоскоп, через него в желудок или кишку вводится инертный газ – аргон. Через этот газ с электрода, введенного через эндоскоп, подается электрическая энергия высокой частоты. В аргоне эта энергия превращается в поток плазмы (ионизированный газ аргон). Обработка источника кровотечения осуществляется бесконтактно с помощью струи плазмы. Так как кислород вытеснен аргонem и в области потока плазмы отсутствует, то и процессов горения здесь нет, а есть только «чистая» коагуляция тканей, без образования ожогового струпа. Глубина коагуляции порядка 3 мм.

Метод оказался весьма эффективным и используется для остановки всех видов ЖКК, кроме того в настоящее время он начал использоваться и в других разделах хирургии, гинекологии, а также при открытых операциях на органах брюшной полости.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

Классификация

Этиологические факторы

Выбор метода и техника выполнения операции в зависимости от вида

Хирургическая тактика

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить:

Сформулировать диагноз и его обосновать.

При осмотре пациента описать местный статус

При осмотре пациента провести дифференциальную диагностику

По данным истории болезни оценить результаты лабораторных тестов

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

Вопросы к рубежным контролям (тестовые вопросы или их аналоги, аналоги ситуационных задач):

После установления диагноза продолжающегося кровотечения из язвы в первую очередь необходимы:

1. гемостатическая терапия;
2. противоязвенная терапия;
3. гемотрансфузия;
4. хирургическое лечение
5. попытка эндоскопической остановки кровотечения.

Ответ: 4, 5

Прошивание кровоточащей язвы показано при:

1. тяжелой степени кровопотери;
2. тяжелой сопутствующей патологии;
3. геморрагическом шоке;
4. гипотонии во время операции;
5. все перечисленное.

Ответ: 5

При малой интенсивности кровотечения из язвы наиболее целесообразно:

1. гемостатическая терапия;
2. экстренная операция;
3. эндоскопический гемостаз;
4. динамическое наблюдение;
5. отсроченная операция.

Ответ: 3

При рецидивном характере кровотечения показано:

1. эндоскопический мониторинг;
2. отсроченная операция после подготовки;
3. экстренная операция;
4. заместительная терапия;

5. эндоскопический гемостаз.

Ответ: 3

При локализации язвы в препилорическом отделе наиболее целесообразно выполнение:

1. СПВ;
2. резекции Б 1;
3. пилросохраняющей резекции;
4. резекции Б 2
5. прошивание язвы.

Ответ: 3

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ

Конспектирование учебника. Повторение пройденного теоретического материала. Работа с лекционным материалом - составление плана, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой

ОЦЕНИВАНИЕ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ (согласно БРС)

Посещение одного практического занятия – от 2 до 3 баллов с шагом 0,5 балла (в соответствии с п. 3.6). Количество баллов, полученных студентом за практическое занятие определяется преподавателем в зависимости от активности студента и проявленных им знаний по теме занятия. Студент, опоздавший на занятие, не может получить за это занятие более половины минимального количества баллов. Опозданием считается прибытие студента на занятие после его начала. Добор баллов путем отработок опозданий не допускается.

Доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы выполненные самостоятельно по заданию преподавателя или по инициативе студента оцениваются в 1-4 баллов. Количество баллов за доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы не может в течение семестра превышать 20. Тема доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы в случае представления материалов с отсутствием личного вклада обучающегося. Решение об отказе в этом случае принимается комиссионно с участием зав. кафедрой или ответственного за учебно-методическую работу на данном курсе. В случае использования кафедрой в дальнейшей работе материалов, предоставленных студентом, обязательна ссылка на авторство.

Рубежный (тематический) тестовый контроль по окончании дидактического модуля оценивается: Тестовый контроль написан неудовлетворительно - 0 баллов. Тестовый контроль написан удовлетворительно - 1 балл (правильно отвечено на два или три вопроса). Тестовый контроль написан хорошо или отлично - 2 балла (правильно отвечено на четыре вопроса или все вопросы).

Список литературы.

Учебники:

1. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
2. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
- 3) Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
- 4) Хирургические болезни / Под ред. А.Ф. Черноусова Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
- 12 Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
- 6) Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.
- 7) Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

Электронная база «Консультант студента»

- В Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
- В Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
- В Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
- В Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html>
- В Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>
- В Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420393.html>
- В История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
- В Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>

Электронные базы данных

www.общество-хирургов.рф

www.bmj.com

www.consilium-medicum.com

www.medscape.com

www.pubmed.org

www.rmj.ru

Электронные учебные издания.

- 1.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
- 2.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. - Электрон. дан.. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
- 3.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. Вып. 5. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. -
(Абдоминальная эндохирургия)
- 4.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия желудка, двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников [Электронный ресурс]. Вып. 3. - Электрон. дан.. - М.: Кордис
• Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 5.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2
эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 6.Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.
- 7.Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.
- 8.Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Учебно-методическое пособие.

Чернядьев Сергей Александрович

Ушаков Алексей Александрович

Родионов Евгений Николаевич

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом ФГБОУ ВО УГМУ
Минздрава России

Технический редактор

Корректор

И сведения : дата сдачи в набор,

в печать (когда подписано),

Формат (60х90),

Бумага

Условных печатных листов

Тираж.заказ

Адрес редакции