

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

"Утверждено"

на заседании кафедры
внутренней медицины №1
заведующий кафедрой
Профессор Скрыпник И.Н.

Протокол № 1 от 29.08.2016 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

<i>Учебная дисциплина</i>	Внутренняя медицина
<i>Модуль</i>	Неотложные состояния в клинике внутренней медицины
<i>Содержательный модуль</i>	Неотложные состояния в клинике внутренней медицины
<i>Тема занятия</i>	Курация больного с меленой и гематемезисом
<i>Курс</i>	VI
<i>Факультет</i>	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2016 г

1. Актуальность

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК)-чрезвычайный раздел гастроэнтерологии. Поэтому когда какой-либо подозреваемых ЖКК должны быть мелкозернистой гастроэнтеролога (врач), хирург, врач эндоскопист. Во всех случаях предполагаемых или явных кровотечения необходимо оценить ее вес и жизненно важных ресурсов пациента (в состоянии гемодинамики и функции других жизненно важных органов и систем), установить источник кровотечения (через эндоскопии), определить потребности в госпитализации пациентов в палате интенсивной терапии и проведение гемотранфузии.

2. конкретные цели

Студент должен знать:

1. в анатомии и физиологии пищеварительного канала.
2. этиология ЖКК.
3. патогенеза острой кровопотери.
4. Классификация ЖКК.
5. методы лабораторной диагностики заболевания желудочно кишечного кровотечения.
6. инструментальная и endoskopická диагностики ЖКК.
7. Выбор метода гемостаза (консервативной, эндоскопические хирургические вмешательства) от этиологии желудочно кишечное кровотечение.
8. Коррекция острой кровопотери.
9. метод хирургии кровотечений язвенного происхождения.
- 10 реабилитация больных с ЖКК.

1. базовые знания, навыки, навыки, необходимые для изучения тема.

ДИСЦИПЛИНА	ПОЛУЧЕННЫЕ НАВЫКИ
1. Нормальная анатомия	Обнаружить изменения со стороны желудочно-кишечного тракта
2. Нормальная физиология	Обнаружить нарушение основных физиологических функций пищеварительной системы
3.Биохимия	Оценить данные лабораторных методов исследования при патологии желудочно-кишечного тракта
4. Патофизиология	Определять патологические изменения со стороны пищеварительной системы
5. Патанатомия	Определять патологические изменения на клиническом уровне
6.Пропедевтика внутренних болезней	Провести клиническую, лабораторную и инструментальную диагностику больного. Провести физикальную диагностику тематического больного и оценить изменения лабораторных и функциональных исследований

Теоретические вопросы классы

- 1 этиология и патогенез ЖКК
2. Основные клинические симптомы боли в животе
3. Классификация
4. особенности клинического течения
6. Диагностика
7. дифференциальный диагноз
8. Подготовка плана обследования, дополнительные лабораторные, инструментальные методы обследования (рентгеноскопия желудка, верхняя и Нижняя эндоскопия, УЗИ, общий и биохимический анализы)

9. осложнения

10 тактика ведения больных в зависимости от основных причин

11. консервативное и хирургическое лечение

12 первичная и вторичная профилактика

13 прогноз.

Студент должен уметь

- целенаправленно собирать жалобы и истории в пациент;
- для проведения обследования, выявлять и оценивать изменения в его условие;
- разработать предварительный диагностика
- сделать план дополнительных обследований и оценки ее результаты.
- оценки лабораторных и инструментальных методов исследования.
- лег схема дифференциальных диагностика
- сформулировать клинический диагноз согласно требованиям современной классификации
- сделать план лечения в зависимости от версии курс
- назначить лечение на разных стадиях реабилитации
- Определение тактики работы медицинских и социальных проблем , , профилактика

Содержание темы

Критерии для диагностика, дифференциальная диагностика и лечение. Тактика ведения больных в зависимости от причины (варикозное расширение вен пищевода, эрозии желудка, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественные опухоли, язвенный колит, геморрагический васкулит) и тяжести. Роль эндоскопических, инструментальных и лабораторных методов.

Консервативное лечение показания для гемотранфузии. Показания для эндоскопического гемостаза или срочного хирургического лечения. Первичная и вторичная профилактика.

Гематамезис («hematemesis») – симптом острого кровотечения из верхних отделов ЖКТ выше связки Трейца (пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки).

Симптом острые желудочно кишечные кровотечения, который является черный неоформленный догтьообразныйкишечника движений, которые имеют неприятный запах. Землю формируется из компонентов крови под действие соляной кислоты, желудочных и кишечных ферментов и флоры kškvnik. Gematemezis и земля также может возникнуть при кровотечении из носоглотки или легких при проглатывании значительное количество крови.

Острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) происходят, когда целый ряд заболеваний, которые в его происхождения и механизм развития отличаются друг от друга. Кровотечение в просвете пищеварительного тракта является очень сложным и часто смертельным осложнениям. Причины, которые приводят к желудочно кишечное кровотечение, весьма разнообразны. В подавляющем большинстве больных это язва (20-25%) и двенадцатиперстной кишки (30-35%). среди nevirazkovih кровотечения, часто происходят Эрозивно геморрагический желудочно duodenopatii (10-14%), злокачественные новообразования (8 – 10%), Mallorì синдром Вайс (6-8%), кровотечение из варикозно расширенные пищевода и кардии у больных с гипертензией portal'nu (5 – 20%), кровотечения, связанные с гипертонией, лейкемии, лучевой болезни наблюдается в 5-10% больных и причины полипы желудка может быть , Колон; Телеангиэктазии (Oslera болезнь) пищевода и желудка; воспалительные процессы в кишки (диффузный колит).

По характеру крови есть острые и хронические кровотечения. Реакция организма на кровопотерю зависит от скорости и степени потери крови. Диагноз кровотечения из пищеварительного тракта основывается главным образом на клинические проявления. Таким образом необходимо обнаружить причину, установите локализации кровотечения, степень потери крови. С этой основными являются следующие симптомы: кровавая рвота, частым проявлением острой кровопотери.

Кровотечение из пищевода наблюдается при циррозе печени, телеангиэктазии, язвы или рака пищевода. Основным симптом рвоты с примесью ярко красной крови и темные массы типа кофе основания; Последняя образуется после получения крови в желудке и сочетание гемоглобина с соляной кислотой.

Желудочное кровотечение возникает чаще всего при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. Менее значительные крови потери происходят в присутствии опухоли желудка, телеангиэктазии, гастрит, желудок полипов, тромбоцитопения. Язвенная болезнь, рвота масс — Браун (кофе основания) с оттенком желудочного содержимого, pH кислой. Но часто когда вы предотвратить кровотечение крови не имеют времени, чтобы смешаться с разведенным желудочного содержимого, так что во время рвоты сохраняет свой естественный цвет.

Довольно часто есть скрытые желудочно кишечные кровотечения, основным симптомом которого является анемия, которая происходит гипохромная красная, цветной индекс 0,4-0,7, уменьшает уровень сывороточного железа (норма 17,9; у женщин эта цифра может быть ниже — 12). Для установки скрытого кровотечения из пищеварительного тракта проведения реакции Грегерсена.

Классификация

1. а. Гринберг (2000) в зависимости от локализации источника и причины кровотечения

- Кровотечение из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта-источник выше ссылки Трейца (пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки).
- Кровотечение из нижней отдел пищеварительного тракта – источник кровотечения (тонкая кишка – 0,1-9%, Колон 2-3%).
- Заболевания соседних органов (панкреатит, опухоли или абсцессов печени.

2) Геморрагического шока (согласно Râbovim):

- кровотечения компенсированное;
- кровотечения декомпенсированное возвратное;
- кровотечения декомпенсированное необратимое;.

3) клиническое течение:

- скрытые кровотечения;
- выброс или диффузного кровотечения, что продолжается;
- кровотечение, остановилось;

5) по степени тяжести: легко; средней тяжести; тяжелое; чрезвычайно тяжелое.

От степени потери крови и степень света. 1 ст Потеря до 20% объема циркулирующей крови. Общее состояние пациента является удовлетворительным или средней тяжести. Кожа бледная. Пульс 90 – 100 ударов в минуту. Кровяное давление 100-90/60 мм рт , олигурия

2 - й степени, Потери от 20 до 30% объема циркулирующей крови. Общее состояние пациента средней степени тяжести. Кожа бледная. Пульса 120-130 ударов в минуту, слева. Кровяное давление 90-80/50 мм Hg Липкий пот, дыхание поверхностное, выраженная олигурия

-III степени Потеря более чем 30% объема циркулирующей крови. Общее состояние пациента жесткий или чрезвычайно трудно, потеря сознания, угнетение функции мышц рефлексy. Кожа бледная или цианотическая(расстройства микроциркуляции), холодная. Пульс 130 – 140 ударов в минуту, nitkorodibnij, может, в периферических артериях не определяется. Артериальное давление 0-60 мм Нg Дыхание поверхностное, АНурия. Потеря 50-60% объема циркулирующей крови вызывает сердце остановки из-за недостаточного кровоснабжения миокарда

6. эндоскопическая классификация ОЖКК(.А.Н. Форрест):

I группа кровотечение является активным:

IA-струйное кровотечения;

IB – капиллярные кровотечения;

IX-кровотечение из-под фиксированного сгустка;

II группа – кровотечение прекратилась:

IIA-тромбованный сосуд

IIB-фиксированный сгусток крови;

IIIC-тромбованіе судині малого калибра;

III группа – кровотечение не хватает (дефект покрыта fibrinom).

Определение объема кровопотери

1. Определенной степени объем кровопотери могут оценить удельный вес показателей крови гемоглобина и венозного гематокрита. Эти цифры являются надежными только тогда, когда остановки кровотечения и стабильной гемодинамике.

2. При ранней, до развития гемоделуции, пациента кровопотерю оценить за клинической картиной и шоковым индексом Альдовера (частота пульса разделили систолическое артериальное давление):

-шок индекс 1.0 – до 25% объема циркулирующей крови;

-шок индекс 1,0 – 1,5 – потеря 25-45% объема циркулирующей крови;

-шок индекс более чем 1,5 – кровопотеря превышает 45% объема циркулирующей крови.

Клиника заболевания желудочно кишечного кровотечения.

Клинические проявления зависит от следующих факторов: интенсивность кровотечения; характер основного и сопутствующих заболеваний; возраст больных; компенсаторные возможности.

Кровотечения любой этиологии, характеризуется тремя группами симптомов.

И общие симптомы потери крови: слабость; головокружение, бледность кожи и слизистых оболочек; холодный пот, обморок; проявления гипоксии головного мозга («мигать мух, тремор рук, учащенное сердцебиение, шум в ушах).

II. Симптомы, связанные с завершения крови в просвете пищеварительного тракта: кровавая рвота; земли.

III. Симптомы заболевания, ход которого сложно кровотечения.

Очень важным является оценка клинических признаков внешних проявлений кровотечения, которые можно судить об источнике и интенсивности кровотечения..

Общие принципы оказания медицинской помощи больным с острым желудочно-кишечным кровотечением.

Диагностика ЖКК независимо от ее причины и тяжести состояния пациента определяет чрезвычайных госпитализации в хирургический госпиталь.. Первая медицинская помощь включает в себя ряд простых, но обязательные меры: в настоящее время строгий постельный режим, пузырь со льдом или холодной воды на эпигастий,, внутривенного введения 10 мл 10% раствора хлорида кальция и 4 мл 12,5% дицинона(etamzilat), и внутримышечное введение 5 мл викасол.Инфузионной терапии с

плазмозаменителями(солевые растворы, 5% раствор глюкозы), Эпсилон-аминокапроновой кислоты, оксигенотерапия

Квалифицированной и специализированной помощи.

Основные лечебные и диагностические меры

1. установление причин и остановить кровотечение.
2. Восстановления потери крови.
3. ликвидации патогенных факторов заболевания, осложнения которое кровотечение.

Эндоскопические исследования.

Абсолютные противопоказания для выполнения эндоскопии ограниченное выраженной сердечно-сосудистойдекомпенсация, инфаркта миокарда и инсульта в острой стадии. В этом случае следует воздерживаться от проведения исследований и консервативной терапии в условиях реанимации. Однако неудачи лечения и признаком кровотечения, что длится, выполняя эндоскопии возможен для жизни показывает, как экстремальные меры, чтобы определить источник кровотечения, и он останавливается.

Лечебная тактика в остроом ЖКК основывается на следующих критериях: локализация и характер источника кровотечения, эффективность эндоскопической и консервативные меры гемостаза, тяжести состояния пациента. Все лечебные меры в больных с желудочно кишечного кровотечением должны осуществляться синхронно. Они включают в себя:

1. Общая деятельность (в настоящее время, холод наепыгастрий, зонд в желудке для контроля гемостаза и периферичекий катерер в вене).
2. Инфузийная терапия (для восстановления ОЦК, коррекции водноэлектролытново баланса, восстановление коллоидно осмотического давления и реологические свойства крови, анемия).
3. Гемостатическая терапия.
4. Противошоковая терапия;
5. Лечебно -диагностическая эндоскопия (стремится диагностировать источник кровотечения и его остановить мониторинг эффективности гемостаза и прогноза рецидива кровотечения);
6. Хирургическое лечение (чрезвычайной ситуации, срочные, отсроченных и планируемой операции).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ткач С.М. Практические подходы к ведению больных с диспепсией //Гастроэнтерология -2016. №1 (59) -С.81-84
2. Ткач С.М.Функциональная диспепсия в свете Римских критериев //Гастроэнтерология-2016.-№4(62).-С.65—71.
3. Ткач С.М.,Дорофеев А.Э. Эволюция лечения кислотозависимой патологии //Гастроэнтерология-2015.-№4 (58).-С.94-100.
4. Ю.М.Степанов,И.Я.Будзак Функциональная диспепсия и синдром раздраженного кишечника: что общего?// Гастроэнтерология 2016.- №1(59) -С.100-104
5. Шептулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра // РЖГТК. – 2016. - №26(4). С. 124-128.
6. Передерий В.Г.,Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини Том1. Підручник-К.,2009.-784 с.:іл.

7. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я,2003.
8. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007
9. Внутрішні хвороби/І.М.Ганжа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба, Л.Я.Бабиніна та інші.-К.:Здоров'я,2002.
10. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. - Полтава. 2004.
11. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007
12. Передерий В.Г.,Ткач С.М. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей.-Винница: СПД Каштелянов А.И.,2011.
13. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. проф. Ю.М.Мостового. – 14-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: ДП «ДКФ», 2012. – 576 с.
14. Гастроентерологія Харченко Н.В.,Бабак О.Я.-К.2007.
15. Госпітальна терапія /Середюк Н.М., Нейко Є.М., Вакалюк І.П. та інші, За ред. Є.М.Нейка.-К.:Здоров'я, 2003.
16. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца/Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта.-Киев.2007
17. Є.О. Воробйов, М.А. Дудченко, В.М. Ждан та інші. Внутрішні хвороби. Диф. діагноз та лікування хворих. -Полтава. 2004.
18. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
19. Наказ МОЗ від 13.06.2005 № 271 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги. за спеціальністю «Гастроентерологія».
20. Н.И.Швец, И.Н.Скрыпник, Т.М.Бенца. Фармакотерапия заболеваний пищеварительной системы в практике терапевта. Киев,2007
21. Харченко, Н.В. Международный конгресс гастроэнтерологов «Гастро-2009» / Н.В.Харченко, Н.Д.Опанасюк, И.Я.Лопух // Здоров'я України. – 2009. - №23 (228). – С.
22. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 600 Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова заснована на доказах.
23. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гоэтар-медиа, 2010.
24. Панчишин Ю.М., Радченко О.М., Макаренко Т.М., Комариця О.Й., Гук-Лешневська З.О. Основи діагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.
25. Радченко О.М. Хронічний ентерит та абдомінальний ішемічний синдром у практиці сімейного лікаря: проблема диференційної діагностики // Сімейна медицина. – 2011. - № 3.
26. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии: справочное издание / С.Блум, Дж.Вебстер, пер с англ. под ред. В.Т.Ивашкина, И.В.Маева, А.С.Трухманова. – М.: Гоэтар-медиа, 2010. – 592 с.
27. Основи діагностики та лікування гепатитів і цирозів печінки (лекції та власні дослідження). – Львів, Кварт. – 2010. – 276 с.

Методические указания составила

доц. Маслова А.С.