

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/118015>

**Тип работы:** Дипломная работа

**Предмет:** Медицина

## СОДЕРЖАНИЕ

### ВВЕДЕНИЕ 3

### ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 5

#### 1.1. Этиология и патогенез кровотечений из ЖКТ 5

#### 1.2. Клиника, диагностика желудочно-кишечных кровотечений на догоспитальном этапе 13

#### 1.3. Оказание неотложной помощи при желудочно-кишечных кровотечениях на догоспитальном этапе 17

#### Вывод по 1 главе 21

### ГЛАВА 2. СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ 23

#### 2.1. Анализ историй болезни 23

#### 2.2. Тактика фельдшера при желудочно-кишечных кровотечениях 28

#### Вывод по 2 главе 31

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ 33

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 36

## ВВЕДЕНИЕ

Кровотечение можно рассматривать как одно из наиболее тяжелых осложнений при различных заболеваниях и травмах. Это проблема, с которой обычно приходится сталкиваться хирургам, травматологам, ортопедам, урологам, акушерам, анестезиологам и врачам скорой помощи. И то, насколько грамотными будут их действия, порой определяет судьбу человека.

Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) представляет собой выход крови из просвета сосудистого русла при различных видах патологии и повреждений желудочно-кишечного тракта.

Источник кровотечения могут представлять острые и хронические язвы желудка, двенадцатиперстной кишки (более 50 %), пептические язвы другой и неуточненной локализации, язвы кишечника, гастриты и дуодениты (5–14 %), злокачественные новообразования органов желудочно-кишечного тракта (более 10 %) и др. Среди возможных патологических процессов в качестве причины желудочно-кишечных кровотечений могут быть осложнения терапии кортикостероидными гормонами при различных заболеваниях, прежде всего при бронхиальной астме.

Наиболее частой причиной кровотечения является язвенная болезнь (60-75%). Причинами желудочно-кишечных кровотечений неязвенной этиологии могут быть опухоли пищеварительного канала, эрозивный гастрит, синдром Маллори-Вейсса, портальная гипертензия, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, болезни крови (болезни Банти, Верльгофа, Шенлейна-Геноха, гемофилия и др.), а также заболевания сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, артериальная гипертензия, ревматизм и др.).

Желудочно-кишечные кровотечения часто становятся причиной смерти больных. На стабильно высоком уровне остается и общая летальность при кровотечениях, которая составляет около 4,9-5,8-10 % [1, 3, 7, 14]. До сих пор количество диагностических ошибок при желудочно-кишечных кровотечениях составляет 40–45 %. Летальность при ошибках диагностики, поздней госпитализации и неадекватном лечении больных с желудочно-кишечными кровотечениями составляет 20 - 60 %.

Гипотеза: своевременное оказание неотложной помощи фельдшером на догоспитальном этапе способствует благоприятному прогнозу при дальнейшем лечении желудочно-кишечных кровотечений

Цель: обосновать тактику фельдшера при желудочно-кишечных кровотечениях на догоспитальном этапе.

В рамках поставленной цели решаются следующие задачи:

- Изучить литературные источники по хирургии, реанимации, травматологии и справочники скорой медицинской помощи.
- Изучить клинику и диагностику при кровотечениях ЖКТ на догоспитальном этапе.
- Изучить алгоритмы оказания неотложной помощи при кровотечениях ЖКТ на догоспитальном этапе.
- Проанализировать тактику оказания неотложной помощи фельдшером при кровотечениях ЖКТ на догоспитальном этапе.
- Определить рекомендации по тактике оказания неотложной помощи фельдшером при кровотечениях

ЖКТ на догоспитальном этапе.

Объект исследования: фельдшер при оказании неотложной медицинской помощи.

Предмет исследования: пациенты с желудочно-кишечным кровотечением.

Методы исследования: наблюдение, сравнение, опрос, анализ, синтез, статистические методы.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1. Этиология и патогенез кровотечений из ЖКТ

Желудочно-кишечные кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта описаны при достаточно большом количестве патологических состояний. Данные Яицкого Н. А., Седова В. М. и Морозова В. П. (2002) свидетельствуют о том, более чем в 50 % случаев при заболеваниях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки причиной кровотечения становятся острые и хронические язвы. В последнее время в качестве причины кровотечения часто отмечается геморрагический гастрит (гастродуоденит).

Развитию желудочно-кишечных кровотечений способствуют:

- заболевания желудочно-кишечного тракта, которые осложняются язвой, разрывом или аррозией кровеносного сосуда;
- первичное поражение стенки сосуда (атеросклеротические изменения, нарушение проницаемости, варикозное расширение, повышенная ломкость, формирование аневризмы);
- нарушение реологических свойств крови, свертывающей и противосвертывающей систем;
- у 1,3 % пациентов причина кровотечения из ЖКТ не установлена.

В соответствии с причиной кровотечения из ЖКТ целесообразно разделять на:

- кровотечения, имеющие язвенный генез (в том числе при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки);
- кровотечение неязвенного генеза (при синдроме Мэллори-Вейсса, из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени, опухолях и др.).

Существует множество классификаций ЖКК, однако на догоспитальном этапе в силу дефицита времени и отсутствия аппаратуры часто используется классификация по степени тяжести кровопотери [7]:

Степень I (легкая кровопотеря) характеризуется удовлетворительным состоянием, наличием однократной рвоты или однократного оформленного стула черного цвета. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 80-100 уд./мин. Систолическое артериальное давление (САД) > 100 мм рт. ст. Диурез > 2 л/сут.

Степень II (средняя кровопотеря): состояние больного средней степени тяжести. отмечается повторная рвота кровью или мелена. ЧСС – 100-110 уд./мин. САД – 100 мм рт. ст. Диурез 2 л/сут.

Степень III (тяжелая кровопотеря): состояние пациента тяжелое, имеются нарушения сознания вплоть до комы. Отмечается повторная рвота малоизмененной кровью, жидкий дегтеобразный стул или стул по типу «малинового желе». ЧСС > 120 уд./мин. САД – 90 мм рт. ст. и менее. Регистрируется олигурия, метаболический ацидоз.

Ассоциация хирургов Санкт-Петербурга (2007) предлагает разделение ЖКК на:

- тяжелое (транспортировка и перемещение по стационару только на каталке);
- нетяжелое.

Критериями отнесения пациента в группу «тяжелое ЖКК» являются: возраст старше 60 лет; наличие неоднократной рвоты малоизмененной кровью («кофейной гущей») и/или мелены; коллапс, потеря сознания; тахикардия (ЧСС более 100 уд./мин); гипотензия – САД менее 100 мм рт. ст.; гемоглобин менее 100 г/л; поступление по желудочному зонду малоизмененной крови («кофейной гущи»); наличие сопутствующих заболеваний в стадии суб- и декомпенсации, которые требуют неотложных мероприятий или непосредственно угрожают жизни больного.

При наличии четырех и более перечисленных признаков диагностируется «тяжелое ЖКК» и больного направляют сразу в палату интенсивной терапии для дальнейшего обследования и лечения.

Задачу лечения при желудочно-кишечных кровотечениях составляет стабилизация состояния больного, остановка кровотечения и проведение лечения, целью которого является предотвращение впоследствии эпизодов ЖКК. Проведение этих мероприятий требует установления источника кровотечения и его локализации.

К числу наиболее серьезных ошибок при обследовании и лечении пациентов с желудочно-кишечным кровотечением относятся недооценка тяжести состояния больного и начало без достаточной подготовки пациента диагностических и лечебных манипуляций. Правильная оценка объема кровопотери и состояния больного требует ясного представления о том, какие изменения возникают в организме при этой патологии.

К общим признакам кровопотери относятся выраженная слабость, холодный липкий пот, головокружение,

шум в ушах, сердцебиение, «мушки» перед глазами, жажда. Примерно у 10 % больных кровотечение сопровождается потерей сознания. Кровавая рвота (гематемезис) регистрируется, как правило, при объеме кровопотери более 500 мл.

Кровавая рвота вида «кофейной гущи» (темно-коричневого цвета), как правило, является свидетельством кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта (50 %). Повторную кровавую рвоту чаще наблюдают при ЖКК средней тяжести и тяжелых.

При язвах желудка гематомезис проявляется несколько чаще (73 %), чем при язвах двенадцатиперстной кишки (58 %).

Кровавый дегтеобразный стул (melena) редко возникает в начале кровотечения и часто может быть первым его проявлением. Мелена обычно регистрируется не ранее чем через 8 часов от начала кровотечения после потери более 200 мл крови.

После однократной кровопотери мелена наблюдается обычно еще 3-5 суток. Типичный стул при melena – черный, блестящий, неоформленный (жидкий, кашицеобразный), липкий. Необходимо обращать внимание на так называемую псевдомелену – черный оформленный стул нормальной консистенции, который может быть обусловлен приемом в пищу черники, ежевики, черемухи, висмута и препаратов железа.

В 40 % случаев пациентов беспокоят боли в эпигастральной области перед началом желудочно-кишечного кровотечения. Характерен симптом Бергмана – исчезновение болей после начала язвенного ЖКК при язвенной болезни.

В развитии ЖКК выделяются следующие периоды: скрытый период, проявляющийся слабостью, бледностью кожных покровов и конъюнктивы, развитием головокружения, появлением шума и звона в ушах, возникновением тошноты, потливости; иногда возникает обморок, который бывает чаще при вставании; и может длиться несколько минут или несколько часов и даже суток. Появляется частый и малый пульс, снижается артериальное давление; и явный период, для которого характерно появление рвоты / кровавой рвоты, рвоты «кофейной гущей», мелены, примеси крови в кале.

При осмотре пациента с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение прежде всего, следует оценить общее состояние больного (легкое, средней тяжести, тяжелое). При потере сознания состояние рассматривают как тяжелое.

Далее необходимо оценить жизненно важные функции организма (сознание, дыхание, кровообращение) и визуально оценить цвет кожных покровов и слизистых оболочек (бледность, холодный липкий пот); определить признаки поражения печени (наличие телеангиоэктазий, расширения подкожных вен брюшной стенки, желтухи, асцита); наличие сыпи, характерной для системных заболеваний; кахексию, которая может свидетельствовать об онкологической патологии; участие живота в акте дыхания – не вздут, равномерно участвует.

Обязательно производится исследование пульса, измерение ЧСС и АД для определения наличия тахикардии, гипотонии. Важно оценить при перемене положения тела падение АД и/или появление тахикардии.

При пальпации живот обычно мало- или безболезненный; при перкуссии живота можно отметить притупление в отлогих местах (асцит). Пальцевое исследование прямой кишки обычно проводят в приемном покое стационара. Тем не менее, это исследование может внести неоценимый вклад в установление источника кровотечения, поскольку позволяет определить наличие мелены; геморроидальных узлов; анальной трещины; опухоли нижнеампулярного отдела прямой кишки; полипов; нависания передней стенки прямой кишки при внутрибрюшном кровотечении т. д.

Пациенту выполняют также ЭКГ исследование. В стационаре проводятся лабораторные и инструментальные методы диагностики: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, время свертываемости, коагулограмма; фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) (точность эндоскопического установления источника составляет около 93,5 %); ультразвуковое исследование органов брюшной полости и по показаниям обзорную рентгенографию брюшной и грудной полостей.

Признаки неустойчивого гемостаза представлены зафиксированным коллаптоидным состоянием во время кровотечения; лабораторными признаками тяжелой кровопотери и повторными (два и более) эпизодами активного кровотечения.

Желудочно-кишечное кровотечение довольно часто осложняется геморрагическим шоком. В группу риска развития геморрагического шока относят пациентов по следующим признакам: возраст больного старше 60 лет; наличие выраженной брадикардии или ЧСС > 120 уд./мин; САД 100 мм рт. ст. у больных до 60 лет; САД 120 мм рт. ст. у больных старше 60 лет; наличие хронических заболеваний печени с развитием печеночной недостаточности и энцефалопатии; других заболеваний (патологии сердца, системы органов дыхания,

мочевыделительной системы); наличие геморрагического диатеза; нарушение сознания; проведение длительной терапии некоторыми лекарственными средствами (прием антикоагулянтов, антиагрегантов, гапарина, нестероидных противовоспалительных средств).

Ряд авторов считают, что выявление анатомического расположения источника кровотечения на догоспитальном этапе нецелесообразно. Желудочно-кишечные кровотечения дифференцируют с легочными кровотечениями, с заболеваниями сердца (ЭКГ признаки ишемии миокарда) и носовыми кровотечениями.

Следует отметить некоторые моменты дифференциальной диагностики ЖКК. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (50–55 %): как правило, кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки возникают внезапно, чаще в вечернее или ночное время. Часто они являются профузными; у пациента имеется язвенный анамнез и типичная клиническая картина.

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при развитии портальной гипертензии (6–37 %) занимают по частоте второе место. Причиной портальной гипертензии может быть цирроз печени, тромбоз, стеноз или сдавление воротной вены или ее ветвей. Кровотечение часто развивается после обильного приема пищи, алкоголя или во время сна, когда значительно увеличивается приток крови в портальную систему. Больные отмечают боли в эпигастральной области, которые сопровождаются изжогой, приступообразные боли в области правого подреберья, нередко развитие кровавой рвоты и желтухи. При осмотре выявляется увеличенная печень и селезенка, наличие асцита, похудание, расширение вен передней брюшной стенки. В плане диагностики особо ценными исследованиями являются ФГДС и рентгеновские методы исследования.

При геморрагическом эрозивном гастрите (5–14 %) возникновение эрозий связано с наличием системных заболеваний или развивается под воздействием локальных факторов (инфекционных, эндокринных, токсических; длительном применении лекарственных препаратов, таких как аспирин, стероидные гормоны).

Клиническая картина является достаточно типичной: тупые боли в эпигастрии, которые появляются после погрешностей в диете, приема алкоголя; неустойчивый стул, гематемезис.

Единственным надежным методом диагностики является ФГДС.

Кровотечения при дивертикулах ЖКТ (13–33 %) обусловлены с воспалением дивертикула (дивертикулитом). Диагноз рассматривается как достоверный только после проведения комплексного клинико-рентгенологического обследования.

Синдром Мэллори-Вейсса (2–13 %) характеризуется наличием продольных разрывов слизистой оболочки в кардиально-пищеводной зоне. Это заболевание часто встречается у мужчин в возрасте от 30 до 50 лет.

Причиной чаще всего является прием алкоголя или пищи в большом количестве с возникающей при этом рвотой. Заболевание может развиваться после приступа кашля, икоты, при бронхиальной астме, после физического перенапряжения. Боли в эпигастрии при этом заболевании слабые или отсутствуют.

Диагностика основывается на типичной клинической картине и экстренной ФГДС.

Кровотечение при раке пищевода является поздним клиническим проявлением заболевания, указывающим на его запущенность и неоперабельность (III–IV стадия). Диагноз ставится на основании данных анамнеза, клинической картины онкологического заболевания, раннего рентгенологического исследования, эзофагоскопии с прицельной биопсией и цитологического исследования.

Рак желудка (10 %), как правило, сопровождается развитием кровотечения при далеко зашедшем поражении, что является поздним признаком заболевания. Кровотечение редко носит профузный характер (за счет аррозии крупного сосуда опухолевым процессом). Диагностика основывается на клинической картине онкологического заболевания, в том числе и на наличии синдрома Савицкого (малых признаков) – слабости, утомляемости, снижения трудоспособности, понижения аппетита, отвращения к мясу и рыбе. В диагностике важно проведение комплексного обследования: лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых и эндоскопических методов диагностики.

Кровотечения при опухолях толстой и прямой кишки чаще возникают у лиц старше 50 лет. Диагностический алгоритм должен включать в себя пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, анализ кала на скрытую кровь, клинический анализ крови, колоноскопию, ультразвуковое исследование органов живота и малого таза, ирригоскопию (при сомнительных данных колоноскопии или их отсутствии), рентгеновские методы диагностики и биопсию.

Для болезни Рандю-Ослера-Вебера (геморрагического ангиоматоза) характерно возникновение периодических кровотечений из множественных телеангиоэктазий и ангиом кожи и слизистых оболочек. Это семейно-наследственное заболевание, которое наследуется по аутосомно-доминантному типу, хотя

может возникать и спорадически. Чаще всего телеангиоэктазии и ангиомы располагаются под ногтевыми пластинками пальцев рук, на слизистых оболочках носа и полости рта. Реже встречаются поражения слизистой трахеи, бронхов, желудочно-кишечного тракта, мочевого пузыря и др. Кровотечение может быть профузным, привести к летальному исходу.

Синдром Золлингера-Эллисона – наличие гастринпродуцирующей опухоли (гастриномы), расположенной в области головки или хвоста поджелудочной железы (85–90%) или в желудке, печени, двенадцатиперстной кишке, надпочечниках (10–15%). При данном заболевании кровотечения развиваются из верхних отделов пищеварительного тракта, возникают под воздействием ульцерогенных аденом (гастрином), которые выделяют гастрин, способный активировать секрецию желудка. В 60–90 % гастриномы относятся к злокачественным опухолям, для которых характерен медленный темп роста. Ведущей особенностью синдрома является образование резистентных к лечению

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. Приказ МЗ РФ № 388н от 20 июня 2013 года «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»
3. Приказ МЗ РФ № 36н от 22 января 2016 г. «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи»
4. Приказ МЗ РФ N 752 от 1 декабря 2005 г. «Об оснащении санитарного автотранспорта»
5. Приказ МЗ РФ № 73 от 4 марта 2003 г. «Об утверждении Инструкции по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий»
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 №586н «О внесении изменений в порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный приказом министерства здравоохранения и социального развития российской федерации от 1 ноября 2004 г. №179».
7. Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 №58 «Об утверждении СП 2.1.3.2630-10 "санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (вместе с "санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами "санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" СП 2.1.3.2630-10)".
8. Приказ Минздрава РФ от 26.03.99 №100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению российской федерации».
9. СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».
10. ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы».
11. МУ 287-113 от 30.12.1998 г. «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения».
12. МУ 3.1.683-98 «Профилактика инфекционных болезней. Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха и поверхности в помещении».
13. МУ 3.4.1028-01 «Организация и проведение первичных мероприятий в случаях выявления больного (трупа) подозрительного на заболевание карантинными инфекциями, КВГЛ, малярией, и инфекционными болезнями неясной этиологии, имеющими важное международное значение».
14. «Рекомендации по оказанию экстренной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях на догоспитальном этапе, показаниях к госпитализации и виду транспортировки».
15. Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии / Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман; пер. с англ.; под ред. В. Д. Федорова, В. А. Кубышкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 – С. 214–221.
16. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний: Учебное пособие /Г. И. Жидовинов, С. С. Маскин и др. – 2-е изд., перераб. и доп. – Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2010 – С. 28–42.
17. Алиев С.А., Хадырова Н.М. Выбор метода рациональной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острым гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии. Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова. 2010; (2): 30–37.
18. Багненко С.Ф., Вербицкий В.Г. Антифибринолитическая терапия в комплексном лечении массивных язвенных желудочно-кишечных кровотечений. Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова. 2011; (11): 42–46.

19. Баркаган З.С. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови // Руководство по гематологии под ред. А.И. Воробьева - 2012. - Москва.: «Ньюдиамед». - 3. - С. 90-107
20. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии / В.Г. Зарянская. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2012. - 447 с.
21. Бебнева, Ю.В. Болезни желудочно-кишечного тракта. Эффективные способы лечения / Ю.В. Бебнева. - М.: Рипол Классик, 2012. - 179 с.
22. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений // К.: Здоровья. - 2011. - 270 с.
23. Глухов А.А. Основы ухода за хирургическими больными. / А.А. Андреев, В.И. Болотских, С.Н. Боев. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. - 288 с.
24. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова. 2007; (7): 7-10.
25. Гостищев, В. К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с.
26. Дадвани С.Д., Кузнецов Н.А., Комаров Ф.И, Ивашкин В.Т. Кровотечения из органов пищеварительного тракта // Краткое руководство по гастроэнтерологии под редак. В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорт. - М.: «В-Вести» - 2011 - С. 39-60
27. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия. - М.: Медицина, 2010. - 274 с.
28. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение. Руководство для врачей. - Москва: Машиностроение, 2015. - 246 с.
29. Зиновьев Д.Ю., Ковалев К.В., Климашевич А.В. Редкие причины желудочно-кишечных кровотечений. // Хирургия.- 2003.- №11.- С.42-43.
30. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии // Москва.: «М-Вести» - 2010. - 457 с.
31. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии // Москва.: «М-Вести» - 2011. - 457 с.
32. Корягина Н.Ю. Организация специализированного сестринского ухода. / Широкова Н. В. М.: - «ГЭОТАР - Медиа», 2009. - 464 с.
33. Коханенко Н.Ю. Неотложная хирургия органов брюшной полости / Ананьев Н.В., Латария Э.Л., Белый Г.А. - М: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. - 288 с.
34. Луцевич Э. В., Белов И. Н., Праздников Э. Н. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // 50 лекций по хирургии. - М.: Издательство «Триада-Х», 2004 - С. 484-490.
35. Малков, И.С. Избранные разделы неотложной абдоминальной хирургии /И.С. Малков. -- Казань,2013. -- 405 с.
36. Неотложная медицинская помощь. Под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза.- М: «Медицина», 2001. - 1033 с.
37. Неотложная хирургия: Руководство для хирургов общей практики / Под ред. В. Х. Грасиаса, П. М. Рейли, М. Г. Маккенни, Дж. С. Велмэхоса. - М.: Издательство Панфилова, 2010 - С. 110-112; 114-115; 142-143; 159-164.
38. Обуховец Т.П. Основы сестринского ухода. / Склярлова Т.А. - Ростов-на-Дону: "Феникс", 2000. - 94с.
39. Овчинников А.А. Желудочно-кишечные кровотечения. // Врач.- 2002.- №2.- С.11-16.
40. Овчинников А.А. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. // Мед. помощь.- 2003.- №5.- С.13-17.
41. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела:Учебник. - М.: «ГЭОТАР - Медиа», 2008. - 320 с.
42. Отвагина Т.В. Неотложная медицинская помощь. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2012. - 251 с.
43. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости / Ассоциация хирургов Санкт-Петербурга. - СПб: НИИ СМП им. И. И. Джанелидзе, 2007 - С. 10-21.
44. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в отделениях экстренной помощи стационаров / Под ред. А. Г. Мирошниченко, С. Ф. Багненко, В. В. Руксина. - СПб.: Невский Диалект; БХВ-Петербург, 2005 - С. 101-102.
45. Розанов, Б. С. Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение / Б.С. Розанов. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2015. - 196 с.
46. Руководство по скорой медицинской помощи / Под ред. С. Ф. Багненко, А. Л. Верткина, А. Г. Мирошниченко, М. Ш. Хубутии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 - С. 244-248.
47. С.Ф Багненко, А.Г.Мирошниченко, А.Л.Вёрткин, М.Ш.Хубутия Руководство по скорой медицинской помощи. -- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - с.244 - 248

48. Синенченко Г. И., Стойко Ю. М., Серова Л. С., Дуже А. А. Предоперационная подготовка и послеоперационный период у хирургических больных / Под ред. Ю. А. Щербука, С. Ф. Багненко. – Издание 2-е, доп. и перераб. – СПб., 2010 – С. 15-19.
49. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. - Ростов-на-Дону: "Феникс", 2004. - 480 с.
50. Щеголев А. А., Аль-Сабунчи О. А., Гвоздик В. В., Матушкова О. С. Современные подходы к лечению больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода // Consilium medicum. – 2004 – № 2 – С. 21-24.
51. Яцкий Н. А., Седов В. М., Морозов В. П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002 – 376 с.

*Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:*

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/118015>