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/354655

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

ВВЕДЕНИЕ 3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ 6
1.1. Этиология и патогенез желудочно - кишечных кровотечений 6
1.2. Классификация желудочных кровотечений 12
1.3. Осложнения и диагностика язвенной болезни и ДПК 15
1.4. Диагностика желудочно-кишечных кровотечений 17
1.4.1 Лабораторно-инструментальные методы 20
1.4.2 Инструментальные методы исследования 22
1.5. Лечение желудочно-кишечных кровотечений 24
1.6. Профилактика желудочно-кишечных кровотечений 28
2. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ С ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ 30
2.1. Общий сестринский уход за пациентом с желудочно-кишечным кровотечением 30
2.2. Специализированный сестринский уход за пациентом с желудочным кровотечением 39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 43
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 48

Желудочное кровотечение - это опасное для жизни состояние, при котором кровь поступает в пищевод и полость желудка. Его главная опасность заключается в том, что на ранних стадиях или при небольшой кровопотере у пациента могут не проявляться симптомы. Это связано с отсутствием болевых рецепторов на слизистой оболочке пищеварительного тракта. Основное назначение этих органов - перерабатывать поступающую пищу, поэтому кровь проходит через пищеварительный тракт так же, как и жидкая пища [17].

Желудочно-кишечное кровотечение само по себе не является заболеванием. Это симптом или осложнение какого-либо другого заболевания.

Количество кровотечения может варьироваться от значительно больших до небольших количеств. Значительная потеря крови в течение короткого времени может сопровождаться рвотой красной кровью или черной кровью, кровавым или черным стулом, в зависимости от места кровотечения и отхождения крови. Небольшое кровотечение в течение длительного времени может вызвать железодефицитную анемию. Другие симптомы могут включать боль в животе, одышку, бледность кожи, боль в груди, связанную с сердцем, и
потерю сознания. Небольшое количество кровотечений также может протекать бессимптомно [28].

Патогенез желудочно-кишечных кровотечений

Патогенез истинного желудочно-кишечного кровотечения сильно варьируется в зависимости от этиологии. При возникновении ЖКК первыми реагируют надпочечники. Они выделяют в кровоток катехоламины, физиологически активные вещества. Подобная реакция осуществляется только в первый день после кровотечения и вызывает спазмы периферических сосудов и гемодинамическую компенсацию. Происходит нормализация давления и кровотока в системе кровообращения.

Тканевая жидкость «появляется» в сосудистом русле через 2-3 дня после кровотечения. Это делает кровь менее вязкой, помогает «удалять» красные кровяные тельца, например, из селезенки и способствует их попаданию в кровь. Таким образом, при небольшом кратковременном кровотечении организм создает условия для быстрого восстановления первоначального объема и качества кровообращения. Но в то же время постепенно развиваются нарушения обмена веществ на тканевом уровне, потому что тканевая жидкость - это жидкая питательная среда, благодаря которой происходит обмен веществ между клетками и тканями, с одной стороны, и кровью - с другой [28].

Через 4-5 дней после кровопотери костный мозг начинает активно восполнять недостающее количество потерянных форменных элементов крови, особенно эритроцитов и тромбоцитов. Если кровотечения больше нет, то через 2-3 недели уровень эритроцитов придет в норму.

Самочувствие пациента и клиническая картина желудочного кровотечения зависят от количества и процента кровопотери. От этих факторов зависит механизм компенсации и адаптации организма, насколько быстро восстанавливается объем кровообращения.
В случае самостоятельной остановки кровотечения и потери не более 10% от первоначального объема крови состояние организма легко стабилизируется благодаря процессам, описанным выше.
В течение первого часа после обильной кровопотери концентрация гемоглобина и количество эритроцитов остаются в пределах нормы. Их снижение начинается только к концу первого дня, когда необходимо переливать донорскую кровь по минимальному порогу. Кроме того, в крови повышается концентрация продуктов обмена веществ — мочевины и креатинина, поэтому ко всему прочему добавляется отравление. В совокупности эти состояния приводят к увеличению полиорганной недостаточности. При отсутствии квалифицированной медицинской помощи человек в такой ситуации, как правило, погибает.
В частности, стоит отметить повторяющиеся кровотечения, которые отличаются очень небольшими кровопотерями (20-50 мл). Это возможно при хронических язвах и других патологиях, в том числе онкологических. Опасность заключается в том, что на фоне незначительно повторяющихся кровопотерей наш организм не успевает компенсировать прогрессирующий недостаток железа и/или витамина B12, который необходим для выработки гемоглобина. Поэтому у человека постепенно развивается легкая анемия, которая со временем перерастает в более тяжелую форму.
Причины желудочно-кишечных кровотечений разнообразны. Хотя само количество причин может показаться пугающим, группировка их по патофизиологическим категориям помогает в постановке дифференциального диагноза.
Все, что приводит к появлению или обострению течения этих заболеваний, увеличению размеров эрозий и язв, может увеличить вероятность желудочного кровотечения [28].
К таким факторам относятся:
• Прямое механическое повреждение - тупая и проникающая травма может вызвать кровотечение из любой части желудочно-кишечного тракта. Проглатывание некоторых инородных тел может привести к повреждению слизистой оболочки и даже перфорации кишечника. Повторяющаяся рвота может привести к образованию дефектов слизистой оболочки пищевода, называемых разрывами Мэллори-Вайса, которые могут кровоточить [16].
• Эрозия слизистой оболочки - желудочно-кишечный тракт обладает надежным и изощренным защитным механизмом слизистой оболочки, предназначенным для предотвращения эрозии. Эти защитные элементы включают (1) поверхностный «несмешанный» слой слизи, бикарбоната и других факторов, которые образуют нейтрализующий барьер против кислотных, ферментативных и абразивных повреждений; (2) эпителиальные клетки, которые генерируют этот поверхностный слой; (3) непрерывное обновление клеток в сочетании с (4) непрерывным притоком питательных веществ к слизистой оболочке и (5) сенсорной иннервацией, которая оптимизирует этот кровоток; и (6) эндотелиальной продукцией простагландинов и оксида азота, которые в синергизме способствуют всем вышеупомянутые механизмы. Нарушение любого из этих факторов может привести к эрозии данного участка слизистой оболочки, локальной потере целостности сосудов и последующему кровотечению.
• Лекарственно-индуцированный - ряд лекарств могут вызывать эрозии слизистой оболочки, наиболее известными из которых являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), другие виновники включают кортикостероиды, алкоголь, кофеин и никотин. Химиотерапевтические средства, такие как винкристин, метотрексат и 5-фторурацил, могут вызывать желудочно-кишечное кровотечение в результате воспаления и эрозии слизистой оболочки (называемой мукозитом) в любом месте желудочно-кишечного тракта, ингибируя обмен эпителиальных клеток, рекрутируя воспалительные клетки и делая слизистую оболочку более восприимчивой к инфекционным повреждениям.
• Воспаление - нарушение целостности слизистой оболочки может происходить при нарушениях, способствующих привлечению воспалительных клеток, таких как лимфоциты и нейтрофилы, которые повреждают эпителий при прямом межклеточном контакте или через секретируемые иммунологические факторы, такие как цитокины. Другим важным примером является воспалительное заболевание кишечника, сложное аутоиммунное заболевание, которое включает болезнь Крона, которая может вызвать полномасштабное воспаление в любом месте желудочно-кишечного тракта, и язвенный колит, который вызывает изъязвления слизистой оболочки в толстой кишке.
• Инфекция - инфекции нарушают целостность слизистой оболочки путем прямой цитотоксичности и / или способствуя воспалению.
• Проглатывание едких веществ - прием кислых веществ вызывает коагуляционный некроз, который

приводит к образованию язв и кровотечений из слизистой оболочки. Прием щелочи может вызвать значительно более серьезные осложнения в виде разжижения, некроза и отслоения слизистой оболочки, что может привести к серьезному изъязвлению, перфорации и, в конечном итоге, к стенозу просвета.
• Ишемия - потеря притока крови к кишечнику может привести к ишемическому повреждению и некрозу. Примерами состояний, при которых это может произойти, являются тромбоз брыжеечной артерии; пороки развития сосудов, которые создают области неоптимального кровотока; и лекарственное повреждение кишечника, которое может произойти при применении определенных химиотерапевтических средств, таких как винкристин и цисплатин. В зависимости от тяжести закупорки может возникнуть микроскопическое или открытое кровотечение, обычно сопровождающееся сильной болью в животе после приема пищи.
• Инфильтрация - опухоли, поражающие желудочно-кишечный тракт, такие как лимфома, могут способствовать кровотечению путем прямой инвазии и воспалительных клеток, которые также могут повреждать слизистую оболочку.
• Полипы - это выступы слизистой оболочки в просвет кишечника, вызванные неупорядоченным ростом эпителия. Существуют различные спонтанные формы полипоза. Независимо от конкретного процесса, лежащего в основе, они являются источником кровотечения (обычно безболезненного).
Желудочно-кишечное кровотечение имеет различные клинические проявления [29]:
• кровоизлияние, представляющее собой кровавую рвоту, которая может быть свежей и ярко-красной или более старой, с оттенком кофейной гущи;
• чёрный стул, указывающий на неинтенсивное кровотечение, источником которого чаще всего являются язвы или эрозий выходного отдела желудка и ДПК;
• мелена, представляющая собой черные, блестящие, липкие, дурно пахнущие фекалии, возникающие в результате разложения крови в кишечнике;
• гематохезия, представляющая собой выделение ярко-красной или темно-бордовой крови, кровавый понос или кровь, смешанная с сформированным стулом;
• стул «малинового желе», указывающий на массивное кровотечение из «левых» отделов толстого кишечника.
• скрытая кровь, обнаруживаемая только при тестировании стула с химическим реагентом;
• симптомы потери крови, такие как одышка, головокружение или шок (при массивном кровотечении) или железодефицитная анемия (при хроническом кровотечении).
Перед появлением рвоты кофейной гущей и меленой пациенты начинают жаловаться на сон, жажду, учащенное сердцебиение, сниженный диурез, тошноту, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, потливость, головокружение, слабость, обмороки. Другие симптомы - сухость языка, бледность кожи, частый пульс. Кровяное давление сначала повышается, затем резко снижается. При осмотре живот безболезненный, участвует в акте дыхания при пальпации, стеснения нет. В первый час гемоглобин повышается, затем снижается.
Эпидемиология
• Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта встречается чаще, чем из нижних отделов желудочно-кишечного тракта.
• Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта встречается у 50-150 на 100 000 взрослых в год.
• По статистике, кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта происходит у 20-30 на 100 000 человек в год.
• ЖКК приводит к примерно 300 000 госпитализациям в год.
• Риск смерти от желудочно-кишечного кровотечения составляет 9-15%.
• Риск кровотечения чаще встречается у мужчин и увеличивается с возрастом.
1.2. Классификация желудочных кровотечений
По клиническому течению ЖКК различают:
• активное (продолжающееся) кровотечение;
• остановившееся кровотечение.
По объёму ЖКК может быть:
• массивным (профузным) кровотечением;
• малым (минимальным) кровотечением.
По причине возникновения ЖКК может быть язвенной и неязвенной этиологии, по частоте — первичным и рецидивным (повторяющимся) [12, 15].

ЖКК язвенного генеза можно разделить на два основных вида:
1. Диффузные диапедезные и капиллярные при сопутствующей язвенной болезни геморрагическом или эрозивном гастродуодените.
2. Аррозивные - из вен и артерий различного калибра, которые расположены на дне язвы.
Выделяют 3 степени кровопотери:
I степень – легкая кровопотеря: состояние удовлетворительное, АД в норме, умеренная тахикардия, ЦВД - 5 – 15 см вод.ст., дефицит ОЦК до 20%, диурез не снижен, гемоглобин выше 100 г/л;
II степень – средняя кровопотеря: состояние больного средней степи тяжести, частота пульса до 110 ударов в минуту, СД не ниже 90 мм рт.ст., ЦВД меньше 5 см вод.ст., гемоглобин ниже 80 г/л, дефицит ОЦК от 20 до 29%, умеренная олигурия;
III степень – тяжелая кровопотеря: состояние больного тяжелое, частота пульса более 110 ударов в минуту, СД ниже 90 мм рт.ст, ЦВД - 0, гемоглобин ниже 80 г/л, олигурия дефицит ОЦК 30% и более, метаболический ацидоз [28].
По характеру ЖКК выделяют:
1. Сверхострое – большое по объему, обильное и неожиданное, смертельный исход наступает мгновенно, прежде чем удается что – либо предпринять.
2. Острое, очень обильное, которое проявляется сильной рвотой, или дегтеобразным стулом.
3. Острое однократное с извержением кровавой рвоты или появление черного стула без выраженной гемодинамики.
4. Острое «малое», которое выражается в появлении примеси крови при рвоте или в потемнении цвета каловых масс.
Существуют и другие классификации:
1. По числу эритроцитов в кровотоке и уровню гемоглобина.
2. По параметру удельного веса крови и величине гемотокрита.
3. По степени кровопотери, обусловленной количеством переливаемой крови.
4. По тяжести кровопотери путем определения объема циркулирующей крови.
В зависимости от локализации источника и причин кровотечения выделяют:
• Из верхнего отдела пищеварительного тракта (пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка) - около 90 % случаев.
• Кровотечение из тонкой кишки - менее 1 % случаев;
• Из нижнего отдела пищеварительного тракта - около 10 % случаев.
Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
Если желудочно-кишечное кровотечение возникает из источника между глоткой и связкой Трейтца, это называется верхним кровотечением [14].
Гортань - часть горла, расположенная позади полости рта и носа и над пищеводом, представляет собой трубки, идущие вниз к желудку и легким.
Связка Трейтца или подвесная мышца двенадцатиперстной кишки – это тонкая мышца, соединяющая место соединения двенадцатиперстной кишки, тощей кишки и двенадцатиперстно-тощего изгиба с соединительной тканью, окружающей верхнюю брыжеечную артерию и чревную артерию)
Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта характеризуется кровотечением (рвота кровью) и меленой (дегтеобразный стул, содержащий измененную кровь).

1. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников : Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 04.09.2020) : [зарегистрировано в Минюсте России 18.03.2013 N 27723]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143980/ (дата обращения: 23.05.2023). – Текст: электронный.
2. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» : Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н (ред. от 09.04.2018) : [зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 N 18247]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104261/ (дата обращения: 23.05.2023). – Текст: электронный.
3. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат» : Приказ Министерства труда и социальной защиты

Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 475н : [зарегистрировано в Минюсте России 04.09.2020 N 59649]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_361741 / (дата обращения: 23.05.2023). – Текст: электронный.
4. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ : [принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года; одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года]. - URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 20.05.2023). – Текст: электронный.
5. Российская Федерация. Министерство Здравоохранения. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» : Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 922н (ред. от 21.02.2020): [зарегистрировано в Минюсте России 17.04.2013 N 28161]. - URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_145382/ (дата обращения: 20.05.2023). – Текст: электронный.
6. Российская Федерация. Министерство Здравоохранения. Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 года N 1388н : [зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации]. - URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142470/ (дата обращения: 20.05.2023). – Текст: электронный.
7. ГОСТ Р 52623.0-2006. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения: утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27 декабря 2006 г. № 341-ст: введен впервые: дата введения 2008-01-01 / разработан Межрегиональной общественной организацией содействия стандартизации и повышению качества медицинской помощи / внесен Техническим комитетом по стандартизации ТК 466 «Медицинские технологии» – Москва: Стандартинформ, 2007. – 8 с.
8. ГОСТ Р 52623.4-2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств: утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31 марта 2015 г. № 200-ст: введен впервые: дата введения 2016-03-01 / разработан Межрегиональной общественной организацией «Общество фармакоэкономических исследований» / внесен Техническим комитетом по стандартизации ТК 466 «Медицинские технологии» - Москва: Стандартинформ, 2015. – 88 с.
9. Абдурахманов Д. Тактика врача при кровотечении из варикознорасширенных вен пищевода/ Д. Абдурахманов // Врач. - 2009. - С. 85-87
10. Аушева Р. Б. Желудочно-кишечные кровотечения. Неотложная помощь / Р. Б. Аушева, П. М. Б. Мейриева // Закономерности и тенденции инновационного развития общества. – 2019. – С. 105-107.
11. Бураков И. И. Уход за пациентами как лечебный фактор. Режим организаций здравоохранения: учебно-методическое пособие / И. И. Бураков, Э. А. Доценко, М. В. Шолкова. – Минск: БГМУ, 2017. – 28 с.
12. Гагиев П. К. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии / П. К. Гагиев, А. Б. Багаев, А. К. Сиукаев // International scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2019. – С.155-165.
13. Галкин Р. А. Сестринское дело в хирургии : учебное пособие для студентов факультетов высшего сестринского образования мед. ВУЗов, студентов мед. Колледжей и училищ / Р. А. Галкин, С. И. Двойников. – Самара: ГП «Перспектива», 2000. – 352с.
14. Горбашко А. И. Острые желудочно-кишечные кровотечения / А. И. Горбашко. — М.: Медицина, 2016. — 240 с.
15. Гостищев, В. К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с.
16. Князева Н. А. Желудочно-кишечные кровотечения при синдроме Меллори-Вейсса в клинической практике / Н. А. Князева, К. А. Фоменко, С. Н. Стяжкина // Modern Science. – 2020. – №. 5-1. – С. 228-232.
17. Котаев, А. Ю. Желудочно-кишечные кровотечения : учебное пособие / А. Ю.Котаев. - М.: Феникс, 2015. - 135 с.
18. Кутявина Т. А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и ее осложнения / Т. А. Кутявина, М. А. Смирнова // StudNet. - 2020. - Т. 3. - № 2. - С. 442-447.
19. Кучерявый Ю. А. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений с позиций терапевта / Ю. А. Кучерявый, Д. Н. Андреев, Н. Г. Андреев // Трудный пациент. - 2014. - Т. 12. - № 6. - С. 32-37.
20. Лобанова Н. А. Общий уход за больными : учебно- методическое пособие / Н. А. Лобанова. – Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2019. - 117 с.

21. Мухина С. А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» : учебное пособие / С. А. Мухина, И. И. Тарновская.- М.: Родник, 2002- 352 с.
22. Общий уход за больными : учебное пособие / А. В. Ткачёв, К. Е. Мазовка, Л. С. Мкртчян, Л. В. Судьина // ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. – 139 с.
23. Основы сестринского процесса: учебное пособие по ведению сестринского процесса и оформлению сестринской карты ухода / Г. М. Давыдова, И. Я. Кириченко, О. Ю. Мезенцева, [и др.]; под. ред. Е. В. Рыбниковой, Т. В. Окунской. — 3-е изд.: перераб. и доп. — Курск: ОБПОУ «КБМК», 2016. — 36 с.
24. Пономарева И. П. Основы общего ухода в вопросах и ответах: учебное пособие для студентов I курса медицинского факультета по производственной практике / И. П. Пономарева, О. В. Маслова, Л. А. Крупенькина. - Белгород: Изд-во НИУ «БелГУ», 2016.- 34 с.
25. Розанов, Б. С. Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение / Б. С. Розанов. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2015. - 196 с.
26. Сестринский уход за больными : учеб.-метод. пособие / Л. А. Жданова, С. И. Мандров, Г. Н. Нуждина, [и др.]. – Иваново : ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава Российской Федерации, 2018. – 192 с.
27. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации / А. Ш. Ревишвили, А. В. Федоров, В. П. Сажин, В. Е. Оловянный // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2019. – № 3. – С. 88-97. - DOI: 10.17116/hirurgia201903188.
28. Степанов Ю. М. Желудочно-кишечные кровотечения / Ю. М. Степанов, В. И. Залевский, А. В. Косинский. — Днепропетровск, 2011. — 270 с.
29. Туркина Н. В. Общий уход за больными: учебник / Н. В. Туркина, А. Б. Филенко. – М.: Товарищество научных изданий КМК, 2007. – 550 с.
30. Хасанов А. Г. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: проблемы и перспективы / А. Г. Хасанов, Р. Р. Фаязов, Ю. Р. Сагадатова // Теория и практика современной науки. – 2022. – С.89-91.
31. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. Черноусов, Т. Хоробрых, П. Богопольский. – Litres, 2022.
32. Farrar F. C. Management of Acute Gastrointestinal Bleed / F. C. Farrar // Crit Care Nurs Clin North Am. 2018 Mar; 30(1):55-66. doi: 10.1016/j.cnc.2017.10.005. Epub 2017 Nov 21. PMID: 29413215.

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/354655