

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет Медичний

Кафедра Хірургії з післядипломною освітою

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи


Едуард Бурячківський

« _____ » _____ 2025 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет, курс Медичний 6 курс

Навчальна дисципліна Хірургія
(назва навчальної дисципліни)

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 12

Тема “Кровотечі з травного тракту. Причини виникнення, діагностика та диференціальна діагностика, лікувальна тактика”

Затверджено:

Засіданням кафедри: хірургії з післядипломною освітою

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від "28" серпня 2025 р.

Завідувач кафедри



Володимир ГРУБНІК

Розробники: Проф., дмн. Міщенко В.В., доц.. кмн. Поляк С. Д., ас. кмн. Доц. Воротинцева К. О доц., доц..кмн. Парфентьев Р.С., доц. Койчев Е.А., ас.Бургідзе З.Д., доц..кмн. Горячий В.В., доц.. Нікітенко Р. П., ас.кмн. Дегтяренко С. П., ас. Кочовий Д. В., ас.Пономаренко А. В., ас. кмн. Грубник В. В., ас. Іщенко В. С., ас. кмн.Ільяшенко В. В., Ас. Слепов В.В., ас Медведєв О. В.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 12

Тема практичного заняття: “Кровотечі з травного тракту. Причини виникнення, діагностика та диференціальна діагностика, лікувальна тактика”. – 6 годин

1. Актуальність теми.

Профузна кровотеча в просвіт травного каналу є дуже тяжке, а нерідко смертельне ускладнення багатьох захворювань шлунково-кишкового тракту.

Відомо більш як 100 причин гострих гастродуоденальних кровотеч. Найчастішою причиною буває виразкова хвороба 12-ти палої кишки та шлунка. Летальність при профузних виразкових кровотечах досягає 8%-15%. Летальність при кровотечах з варикозно-розширених вен стравоходу досягає 25%-40%. Кількість хворих з шлунково-кишковими кровотечами збільшується, що зумовлено багатьма факторами, наприклад використанням для лікування деяких медичних препаратів (нестероїдних протизапальних). Велика кількість хворих з профузними шлунково-кишковими кровотечами, складність діагностики та лікування, значна летальність обумовлюють актуальність проблеми адекватного лікування хворих цієї категорії.

2. Цілі заняття:

2.1. Навчальні цілі:

Здобувач вищої освіти повинен навчитися:

1. Виявляти анамнестичні та клінічні об'єктивні ознаки захворювань, що привели до розвитку шлунково-кишкової кровотечі. II рівень
2. Основним принципам діагностики джерела кровотечі та проведення диференціальної діагностики виразкових та невиразкових шлунково-кишкових кровотеч. II рівень
3. Призначати план обстеження з використанням лабораторних, рентгенологічних, ендоскопічних методів обстеження. III рівень
4. Надати екстрену консервативну допомогу хворим з шлунково-кишковими кровотечами (перелити кров та кровозамінники, проводити інфузійну та гемостатичну терапію). III рівень
5. Визначати покази до оперативного втручання та теоретично знати методику їх проведення. II рівень

2.2. Виховні цілі:

1. Формування професійно значущої особистості лікаря.
2. Підкреслити значення національної хірургічної школи хірургів у розробці сучасних методів лікування кровотеч у просвіт травного каналу.

3. Міждисциплінарна інтеграція.

№ п/п	Дисципліни	Знати	Вміти

1	2	3	4
I. Попередні дисципліни			
1.	Анатомія	Будова стравоходу, шлунка та 12-типалої кишки, тонкого та товстого кишківника.	Вміти під час операцій диференціювати різноманітні зони знаходження джерела кровотечі.
2.	Фізіологія та патфізіологія	Особливості кровообігу та мікроциркуляції при гострій крововтраті	Вміти інтерпретувати порушення гемодинамики у хворих з кровотечею в просвіт травного каналу.
3.	Біохімія	Біохімію згортання крові та фібрinolізу.	Вміти інтерпретувати дані лабораторних досліджень системи згортання крові.
4.	Фармакологія	Механізм дії препаратів, що діють на основне захворювання та гемостатичних препаратів.	
II. Внутрішньопредметна інтеграція			
1.	Кровотеча внаслідок варикозного розширення вен стравоходу.	Ознаки цирозу печінки, рентгенологічні та ендоскопічні ознаки варикозу вен стравоходу	Інтерпретувати дані біохімічних досліджень (печінкові проби), дані ультразвукового та ендоскопічного дослідження.
2.	Синдром Мелорі-Вейса.	Знати етіологію синдрому, ознаки ендоскопічного дослідження.	Цілеспрямовано зібрати анамнез, вміти знайти ознаки синдрому при ендоскопії.
3.	Виразкова хвороба шлунку та 12-типалої кишки, ускладнена кровотечею.	Знати клінічну картину, диференціальну діагностику виразкової хвороби, ускладненою кровотечею.	Вміти обстежити хворого з виразковою кровотечею, вміти поставити діагноз геморагічного шоку, провести пальцьове дослідження прямої кишки.
4.	Рак шлунку та кишковника з розпадом та кровотечею.	Знати особливості клінічної картини та діагностики при різній локалізації пухлини.	Вміти провести диференціальний діагноз, інтерпретувати дані рентгенологічного та ендоскопічного дослідження, поставити покази до лікування.
5.	Геморой, ускладнений кровотечею.	Диференційну діагностику – відсутність кривавої блювоти, колір крові – червоний або рожевий.	Провести пальцьове дослідження прямої кишки, аноскопію.

4.3 Міст заняття.

ГОСТРА КРОВОТЕЧА В ПРОСВІТ ТРАВНОГО КАНАЛУ

Під синдромом гострої кровотечі в просвіт травного каналу (ГКПТК) розуміють витікання крові в просвіт органів травного каналу. Кровотеча може бути **гострою**, вона виникає раптово, і **хронічною** – починається непомітно й нерідко триває довгий час. Гостра кровотеча в просвіт травного каналу є одним з найбільш важких і складних екстрених захворювань органів черевної порожнини. У структурі гострих хірургічних захворювань черевної порожнини ГКПТК займає 4-е місце після гострого апендициту, гострого панкреатиту й гострого холециститу. Захворюваність на ГКПТК в Україні становить 4,55 (2,79-6,33) на 10.000 населення.

ДІАГНОСТИКА Й ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГКПТК

Перебіг гострої кровотечі в просвіт травного каналу поділяється на два періоди: **прихований і явний.**

ПРИХОВАНИЙ ПЕРІОД ГКПТК

Найбільшу складність становить діагностика кровотечі в початковий, так званий, прихований період. Саме в цей період з'являються найбільш ранні ознаки, однак вони не є специфічними. До них слід віднести:

- слабкість (спостерігається практично в 100% хворих),
- збліднення шкіри (в 70-90%),
- запаморочення (в 60-80%),
- мерехтіння “мурашок” перед очима,
- шум у вухах,
- тремор рук,
- холодний піт,
- серцебиття,
- непритомність (в 10-30%).

Перераховані симптоми є проявом гіповолемії і як наслідок – гіпоксії мозку. Ступінь їхньої виразності залежить від інтенсивності кровотечі, вихідного стану хворого й компенсаторних можливостей організму.

Разом з тим, всі вищевказані симптоми або їх сполучення можуть спостерігатися при різних станах:

1. Кровотечі:

1.1. Зовнішні кровотечі (причина – як правило, травма).

1.2. Кровотечі в черевну порожнину (перервана трубна вагітність, спонтанний розрив селезінки. Травма – розрив паренхіматозного органа, відрив кишкової брижі й ін.).

1.3. Кровотечі в просвіт травного каналу.

2. Інфаркти міокарда.

3. Перитоніті.

4. Гострому панкреатиті (особливо в стадії ферментативного шоку).

5. Кровотечі на тлі перфоративної виразки.

6. Анемії різного генезу.

7. Тромбозі мезентеральних судин (гострій судинній недостатності кишечника).

8. Онкопатології.

Огляд хворого й коротке опитування дозволяють лікареві досить швидко запідозрити ту або іншу патологію, а застосування допоміжних методів діагностики – визначити її точно.

А. Огляд хворого дозволяє визначити чи є **зовнішня кровотеча.**

В. Біль за грудиною є частим симптомом **інфаркту міокарда.**

Основний метод діагностики – ЕКГ.

С. Відомості про недавно отриману **травму живота** повинні наштовхувати на думку про імовірність розриву паренхіматозного органу, відриву кишкової брижі тощо з внутрішньочеревною кровотечею. УЗД, а

також лапароцентез у т.ч. з використанням “шарячого” катетера і лапароскопія (кров у животі) дозволяють установити правильний діагноз.

Д. Виникнення напередодні болю у животі може бути проявом *спонтанного розриву селезінки, перерваної трубної вагітності, гострої судинної недостатності кишечника, перитоніту*. Методи діагностики: УЗД, лапароцентез у т.ч. з використанням “шарячого” катетера, лапароскопія.

Бодем у животі може супроводжуватися й гострий панкреатит. Дослідження активності амілази/діастази крові/ сечі, УЗД й КТ длізвають підтвердити діагноз.

Біль у животі може спостерігатися при кровотечі на фоні перфоративної виразки. Для встановлення діагнозу використовують: оглядову рентгенографію органів черевної порожнини на предмет вільного газу, пневмогастрографію, фіброгастроуденоскопію.

Е. Можуть не значитися всі перераховані вище симптоми й анамнестичні дані. У цьому випадку причиною слабкості, збліднення шкірних покривів, запаморочення й т.д. можуть бути: гостра кровотеча в просвіт травного каналу, онкопататологія, анемії. Черговість діагностичних заходів така: дослідження прямої кишки пальцем (на рукавичці – кал звичайних кольорів, мелена або кров і т.д.), дослідження шлункового вмісту за допомогою зонда (звичайний шлунковий вміст, кров, вміст типу “кавової гущі” і т.д.), фіброгастроуденоскопію, фіброколоноскопія, УЗД, КТ.

ЯВНИЙ ПЕРІОД ГКПТК

Під час **явного періоду** провідними клінічними ознаками зовнішніх проявів ГКПТК є *кривава блювота* (гематемезис) *і кривавий кал*. Причому якщо кривава блювота спостерігається в 60-70%, то кривавий кал є більш постійною ознакою ГКПТК і спостерігається практично у всіх хворих. Виняток становлять, так би мовити, блискавичні форми кровотечі, коли пацієнт помирає раніше, ніж з'являються мелена або кривава блювота.

Блювота більш характерна для джерела кровотечі, розташованого в стравоході, шлунку, рідше – в початковому відділі дванадцятипалої кишки. Характер блювотних мас (червона кров, згустки темно-вишневого кольору або шлунковий вміст кольору “кавової гущі”) залежить від перетворення гемоглобіну під впливом соляної кислоти в солянокислий гематин. Якщо кровотеча носить помірний характер, тобто кров повільно надходить у шлунок або дванадцятипалу кишку й вільно просувається далі в кишечник, у цьому випадку блювоти може взагалі не бути – основним проявом ГКПТК буде мелена.

Багаторазова кривава блювота й поява згодом мелени спостерігаються при масивній кровотечі. При рясній кровотечі кров сприяє швидкому розкриттю воротаря, прискоренню перистальтики кишечника й випорожненню у вигляді “ вишневого желе” або домішок малозміненої крові.

Диференційно-діагностичне значення зовнішніх проявів ГКПТК

Ознака	Локалізація джерела кровотечі/ інтенсивність кровотечі
Кривава блювота	Стравохід, шлунок, початковий відділ дванадцятипалої кишки

Блювота малозміненою кров'ю	Інтенсивна кровотеча (частіше – хронічні або гострі виразки шлунка, пухлини шлунка, синдром Маллорі-Вейса)
Блювота вмістом типу “кавової гущі”	Хронічна виразка дванадцятипалої кишки, помірна за інтенсивністю шлункова кровотеча (частіше – хронічна виразка)
Блювота темною кров'ю й згустками крові	Стравохідно-кардіальні флєбектазії на тлі портальної гіпертензії
Мелена (чорний, дьогтеподібний кал)	Кровотеча з верхніх відділів травного каналу (стравохід, шлунок, початковий відділ дванадцятипалої кишки). Свідчить про тривале перебування крові в кишечнику.
Кал темно-вишневого кольору	Профузна кровотеча з верхніх відділів травного каналу. Кровотеча із правої половини ободової кишки.
Кал типу малинового желе	Кровотеча з лівої половини ободової кишки
Малозмінена кров у калі	Кровотеча з прямої кишки (інтенсивна)
Оформлений чорний кал	Вихід старої крові

Блювота, що повторюється через короткі проміжки часу, свідчить про триваючу кровотечу. Повторна блювота кров'ю через тривалий проміжок часу – ознака відновлення кровотечі. Гостра кровотеча в просвіт травного каналу, основною ознакою якої є тільки мелена, має більш сприятливий прогноз, чим кровотеча, що проявляється насамперед рясною повторною кривавою блювотою.

Найбільшу небезпеку становлять кровотечі, які на початку проявляються рясною блювотою малозміненою кров'ю. Найбільш висока ймовірність несприятливого прогнозу виникає з одночасною кривавою блювотою й меленою. Якщо ж першою ознакою кровотечі є мелена, можна думати про відносно помірну її інтенсивність і така кровотеча має більш сприятливий прогноз.

Кратність блювоти також має певне прогностичне значення. Частіше у хворих спостерігається одноразова кривава блювота. Це, як правило, свідчить про помірну інтенсивність кровотечі.

Значно тривожнішим симптомом є блювота майже незміненою кров'ю. Причому, чим частіше вона виникає, тим вища ймовірність летальності.

ГКПТК слід диференціювати від легеневої кровотечі, за якої кривава блювота має пінистий характер і супроводжується кашлем. У легенях нерідко вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи.

Мелена – виділення зміненої крові з каловими масами (дьогтеподібний стілець) спостерігається при кровотечі з дванадцятипалої кишки та масивній шлунковій кровотечі з втратою крові, що досягає 500 мл і більше.

Кал темно-вишневого кольору більш характерний для джерела кровотечі, розташованого в правій половині ободової кишки. У ряді випадків може спостерігатися при профузних кровотечах з верхніх відділів травного

каналу.

Кал типу малинового желе здебільшого спостерігається при кровотечі з лівої половини ободової кишки.

Малозмінена кров у калі характерна для кровотечі з прямої кишки, причому нерідко досить інтенсивної.

Оформлений кал чорного кольору свідчить про вихід старої крові.

ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРОГО. При огляді хворого лікар, у першу чергу, повинен дати оцінку загального стану хворого.

У разі задовільного стану хворого або стану середньої тяжкості виконують:

- **об'єктивне дослідження пацієнта** (збір скарг, анамнезу хвороби й життя, об'єктивне обстеження) з паралельним вивченням лабораторних показників крові й сечі (загальний аналіз крові й сечі, амілаза сечі й т. д.),

- **пальцеве дослідження прямої кишки** й визначення характеру її вмісту,

- **аспірацію вмісту шлунка** за допомогою зонда й промивання шлунка.

Останнє дозволяє істотно підвищити точність і ефективність наступного етапу обстеження – **ургентної ФЕГДС**.

Якщо під час ендоскопічного обстеження джерело кровотечі вдалося встановити, то здійснюють ендоскопічний гемостаз (при триваючій кровотечі), або ендоскопічну профілактику рецидиву кровотечі (при зупиненій кровотечі). Хворих госпіталізують у відділення інтенсивної терапії для проведення комплексної інфузійної і медикаментозної терапії.

У тих випадках, коли під час екстреного ендоскопічного дослідження встановити джерело кровотечі не вдається, в умовах ВІТ протягом 4-6 годин хворих готують і виконують екстрену ФКС або іригографію. Якщо й ці дослідження не дозволяють установити осередок й причину кровотечі, то повторно виконують ФЕГДС. Якщо й це не дало необхідного результату, можна припустити, що джерело кровотечі, імовірно за все, знаходиться у порожній або клубовій кишці. У цьому випадку доцільно виконати контрастне дослідження тонкої кишки (ентерографію) або селективну мезентерикографію.

Хворих, що перебувають у важкому або вкрай важкому стані, відразу госпіталізують у ВІТ, де без зволікання починають інтенсивне коригуюче лікування. Якщо стан хворого стабілізувався, обстеження проводять за вищеописаною схемою.

Якщо в процесі лікування мають місце ознаки рецидиву кровотечі (зниження АТ, показників крові, блювання кров'ю й т.д.) – хворому показана екстрена операція, метою якої є виявлення джерела кровотечі й припинення кровотечі.

Велику роль у діагностиці та лікуванні відіграють поведження хворого й дані об'єктивного дослідження, які значною мірою пов'язані з об'ємом крововтрати, тривалістю кровотечі, а також з тим, припинилася кровотеча чи ні.

При триваючій кровотечі хворі, як правило, неспокійні, збудженні. Деяко перелякані. Вони постійно міняють своє положення у ліжку, скаржаться на спрагу. Часто спостерігаються позіхання й непритомний стан, що свідчить при

гіпоксію мозку. Кінцівки холодні на дотик, відзначається виражений ціаноз губ, акроціаноз. Дихання часте, поверхневе. Пульс слабого наповнення, більш як 120 ударів на хвилину. У ряді випадків на периферичних артеріях він взагалі не визначається. Систолічний тиск знижується до 90 мм рт. ст. і нижче. При цьому діастолічний тиск може дорівнювати нулю. При значній крововтраті хворий відчуває спрагу, відзначає сухість слизових оболонок ротової порожнини.

У разі припинення кровотечі хворі частіше спокійні. Вони правильно орієнтуються в часі й просторі. Почасти відзначається адинамія. Психологічний стан може бути дещо пригніченим. Шкіра бліда, але суха. Частота пульсу рідко перевищує 100 ударів на хвилину. Він стає задовільного наповнення. Артеріальний тиск швидко нормалізується.

При огляді хворого виявляється блідість шкіри і видимих слизових оболонок, а за важкої крововтрати – ціаноз слизових оболонок і нігтьових пластинок.

У хворих із тривалою й важкою крововтратою шкіра кінцівок набуває соскоподібного відтінку. Можуть спостерігатися безбілкові набряки нижніх кінцівок, що обумовлено не- поповненим ОЦК, а також вираженими порушеннями водно-

електролітного й білкового обмінів. При натисненні пальцем на шкірі кінцівки з'являється повільно зникаюча біла пляма (ознака Бурштейна).

Живіт, як правило, не роздутий (за відсутності асцити), бере участь в акті дихання, симетричний. У хворих із кровотечею з варикозно розширених гастроєзофагеальних вен на тлі синдрому портальної гіпертензії живіт іноді розпластаний, помітне розширення підшкірних вен передньої черевної стінки. Пальпаторно в абсолютної більшості хворих із кровотечею в просвіт травного каналу живіт м'який. Лише при гастродуоденальних виразках, а іноді й при раку шлунка може відзначатися незначна болючість і досить помірне напруження м'язів черевної стінки в епігастральній ділянці.

Якщо джерелом кровотечі є злоякісне новоутворення, то у деяких хворих, особливо на запущених стадіях хвороби, можна пальпаторно виявити пухлину в черевній порожнині.

Посилення кишкових шумів, котрі визначаються аускультативно, може свідчити про триваючу кровотечу (симптом Тейлора), Можливо, це пов'язано з відповідною реакцією організму на незмінену кров, що потрапляє в кишечник.

КЛІНІКА Й ДІАГНОСТИКА ГЕМОРАГІЧНОГО ШОКУ

Геморагічний (гіповолемічний) шок є надзвичайно загрозливим ускладненням ГКПТК і, мабуть, найчастішою причиною смерті хворих. У зв'язку з цим, із практичної точки зору, важливо знати симптоми цього найбільш важкого й небезпечного стану. Ним є:

- бліда, ціанотична, мармурова на вигляд, холодна, волога шкіра;
- симптом блідої плями нігтьового ложа;
- часте дихання;
- порушення функції центральної нервової системи й нирок (оліго- або анурія);

- пульс слабого наповнення;
- зниження систолічного артеріального тиску;
- зменшення амплітуди артеріального тиску, нерідко аритмія, виражений систолічний шум над верхівкою серця;
- короточасний непритомний стан.

В основі виникнення гіповолемічного шоку лежить такий дефіцит об'єму крові, у результаті якого виникає гостре порушення гемодинаміки, що характеризується критичним розладом тканинної перфузії. Це веде до гіпоксії й порушення обміну речовин в органах і тканинах і врешті-решт може сприяти розвитку необоротного стану.

Розрізняють три стадії геморагічного шоку (Г.А. Рябов, 1983):

1 стадія – компенсований оборотний шок (синдром малого викиду);

2 стадія – декомпенсований оборотний шок;

3 стадія – декомпенсований необоротний шок.

Разом з тим, не в кожного хворого захворювання проходить всі три стадії розвитку. Причому швидкість переходу від компенсації до декомпенсації й необоротності значною мірою обумовлена компенсаторними можливостями організму, вихідним станом хворого, інтенсивністю кровотечі й обсягом крововтрати. Саме комплекс цих факторів визначає ступінь виразності геморагічного шоку.

Компенсований оборотний геморагічний шок обумовлений такою крововтратою, що досить добре компенсується механізмами адаптації й саморегуляції. Хворий у свідомому стані, спокійний, іноді дещо збуджений. Шкіра й видимі слизові оболонки бліді, кінцівки холодні. Відзначається спорожнення підшкірних вен на верхніх кінцівках, які, втрачаючи об'ємність, стають ниткоподібними. Пульс частий, слабого наповнення.

Незважаючи на зниження серцевого викиду, артеріальний тиск здебільшого нормальний, однак подекуди може бути навіть дещо підвищений. Це пояснюється тим, що слідом за крововтратою відбувається надлишкове виділення катехоламінів і як наслідок – компенсаторний спазм периферичних судин. Виникає олігоурія. Причому кількість сечі може зменшуватися наполовину й більше (норма – 60-70 мл/год). Центральний венозний тиск знижується, а іноді стає близьким нуля внаслідок зменшення венозного повернення. Тривалість синдрому малого викиду буває різною. Досить довго компенсована стадія геморагічного шоку може тривати при зупиненні кровотечі.

Декомпенсований оборотний геморагічний шок характеризується більш глибокими розладами кровообігу. Периферична вазоконстрикція і як наслідок – високий периферичний опір судин уже не в змозі компенсувати малий серцевий викид, що приводить до зниження системного артеріального тиску. Тому поряд із симптомами, характерними для компенсованої стадії шоку (блідістю шкіри, тахікардією, олігоурією), у стадії декомпенсації на перший план виходить гіпотонія.

Саме розвиток артеріальної гіпотензії свідчить про розлад компенсаторної централізації кровообігу. Однією із причин зниження артеріального тиску є зменшення периферичного опору судин. Тривала периферична вазоконстрикція може привести до гіпоксії і ішемії тканин, у результаті чого в них, а потім і в крові відбувається нагромадження великої кількості

вазодилаторів (гістаміну, серотоніну, активаторів кініну тощо), які справляють судинорозширювальну дію на прекапілярні сфінктери. Причому це відбувається навіть тоді, коли триває продукція катехоламінів. Останні втрачають свій вазоконстрикторний ефект, якщо підвищується вміст вазодилаторів.

Слід зазначити, що в стадії декомпенсації починається порушення органного кровообігу (у печінці, нирках, кишечнику, дещо меншою мірою в мозку й серці). Олігоурія котра є компенсаторною реакцією організму, у другій стадії шоку хоча й проявляється як функціональне зрушення, але пов'язана вже з розладом ниркового кровотоку (функціональна преренальна олігоурія). Саме для цієї стадії характерні найбільш виражені клінічні ознаки шоку: блідість шкіри, похолонення кінцівок, акроціаноз, підсилення тахікардії і задишки.

Значно знижується артеріальний тиск (90-80 мм рт.ст. і нижче). Тони серця стають глухими, що зумовлено як недостатнім діастолічним наповненням, так і погіршенням скорочувальної функції міокарда. Через вкрай низьке венозне повернення і спорожнення камер серця іноді може спостерігатися випадання окремих пульсових поштовхів на периферичних артеріях, а також зникнення тонів серця при глибокому вдиху.

Якщо в першій стадії, як правило, спостерігається компенсований метаболічний ацидоз, то в стадії декомпенсації в результаті поглиблення тканинної гіпоксії, він стає досить вираженим і вже вимагає спеціальної корекції. Наростання гіпоксії і погіршення органного кровотоку, особливо головного мозку, спричиняють появу задишки, що спрямована не стільки на збільшення насичення киснем крові, скільки на компенсацію метаболічного ацидозу шляхом активізації процесів виведення з організму вуглекислоти. Тобто збільшення респіраторного алкалозу є основним способом компенсації метаболічного ацидозу. При подальшому прогресуванні шоку розвиток задишки має більш складний генез і пов'язаний з виникненням респіраторного дистрес-синдрому дорослих, або синдрому "шокової легені".

Слід зазначити, що посилення акроціанозу на тлі загальної блідості шкіри, гіпотонія з оліго- або анурією являють собою досить загрозливі симптоми, що свідчать про можливий перехід процесу в необоротну стадію шоку.

Декомпенсований необоротний геморагічний шок є стадією ще більш глибоких порушень кровообігу в усіх органах і системах і якісно мало чим відрізняється від декомпенсованого оборотного шоку. При необоротному шоку патологічні процеси здатні настільки порушувати метаболізм і всі інші функції органів, що ліквідація їх найчастіше можлива лише теоретично. Розвиток необоротних змін є лише питанням часу.

Якщо декомпенсація кровообігу триває більше 12 годин і при цьому, незважаючи на інтенсивну терапію, артеріальний тиск залишається низьким, відсутня свідомість, спостерігаються оліго- або анурія, кінцівки холодні й ціанотичні, поглиблюється ацидоз, прогресує зниження температури тіла, з'являються гіпостатичні зміни шкіри, то шок слід вважати необоротним.

Значний вплив на прогноз при геморагічному шоку мають інтенсивність кровотечі, обсяг крововтрати, ступінь і тривалість артеріальної гіпотезії і

шоку, вік, наявність супутньої патології, обсяг, швидкість і якість, склад інфузійної терапії.

Транспортування хворого, що перебуває в стані шоку, до лікувальної установи має здійснюватися спеціалізованою машиною “швидкої допомоги” з одночасним проведенням протишоккових заходів!

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ Й ХВОРОБИ. Лише 60-70% хворих із кровотечею виразкової етіології мають виразковий анамнез. При цьому, такі, на перший погляд, незначні відомості, як періодичний біль в епігастральній ділянці, пов'язаний так чи інакше з прийомом їжі, сезонність появи (у весняну або осінню пору), нічний біль можуть наштотувати на думку про виразкову природу кровотечі. Причому у деякого з хворих з виразковою хворобою перед кровотечею нерідко біль підсилюється, а з початком кровотечі – зменшується або повністю вщухає (симптом Бергмана). Зменшення або усунення пептичного характеру пов'язане з тим, що кров нейтралізує соляну кислоту.

Нещодавнє виникнення слабкості, зниження апетиту, схуднення, постійний біль у животі можуть свідчити про **пухлинний процес**.

Дані про зловживання алкоголем, перенесені раніше вірусний гепатит, малярію, розлитий перитоніт, гострий панкреатит, тромбофлебіт селезінкової вени можуть допомогти запідозрити **синдром портальної гіпертензії**.

Поява малозміненої крові й болу наприкінці інтенсивної блювоти різного походження (отруєння недоброякісними продуктами, гіпертонічний криз, прийом надмірної кількості їжі або зловживання спиртними напоями й ін.) дають привід припустити **синдром Мелорі-Вейсса**.

Відсутність названих анамнестичних даних у тучного хворого, що скаржиться на частий заградинний біль, змушує подумати про **діафрагмальну грижу**, як причину гострої кровотечі в просвіт травного каналу.

Стрессова ситуація в анамнезі, важкі соматичні захворювання серця, легенів, печінки, нирок та ін. органів, особливо в стадії декомпенсації, а також прийом протягом тривалого часу препаратів ульцерогенної дії (антикоагулянтів, кортикостероїдних гормонів, нестероїдних протизапальних засобів, гіпотензивних препаратів та ін.) дозволять припустити виникнення **гострих виразок або ерозій слизової оболонки**.

Дуже рідко зустрічаються кровотечі при простій виразці Дьєлафуа – невеликій круглій виразці на передній або задній стінці шлунка, розташованій над порівняно великою за діаметром артерією в стінці шлунка. Вона спостерігається не так часто – в 0,7-2,2% хворих, але становить велику небезпеку, оскільки кровотеча виникає, як правило, з великої судини, що зазнала ерозії, й при цьому, як правило, буває масивною і часто рецидивуючою.

У хворих із **цирозом печінки** досить часто спостерігаються іктеричність склер, блідо-сірий, з жовтяничним відтінком колір шкіри, відсутність волосистості живота (симптом Клекнера), гіперемованний язик зі згладженими сосочками. Нерідко можна виявити судинні “зірочки” на шкірі обличчя й відділах тулуба, збільшені печінку й селезінку, дещо рідше – асцит, розширення підшкірних вен черевної стінки.

Телеангіоектазії на слизових оболонках губ, язика, шкіри рук дають привід

думати про **хворобу Рандю-Ослера**.

Для будь-якої крововтрати характерним є одночасне зменшення числа тромбоцитів. Однак виражена тромбоцитопенія зі значною перевагою ступеня постгеморагічної анемії, у сполученні з великими підшкірними крововиливами підтверджує діагноз **аутоімунної тромбоцитопенії**.

Люди, котрі страждають на **гемофілію**, як правило, самі знають про своє захворювання. Запідозрити гемофілію допомагає виявлена туга рухливість суглобів і їх збільшення на ґрунті крововиливів. Остаточний діагноз

установлюють на підставі спеціальних лабораторних досліджень системи згортання крові.

Підвищена кровоточивість, переймоподібний біль у животі в сполученні з кривавим калом і поява на симетричних ділянках тіла мономорфної папульозно-геморагічної висипки подекуди з уртикарними елементами характерні для **геморагічного васкуліту (хвороби Шенлейн-Геноха)**. Захворювання частіше за все пов'язане з перенесеною інфекцією, алергійним станом і ревматизмом.

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

Дослідження морфологічного складу периферичної крові іноді стає в нагоді при встановленні причин шлунково-кишкової кровотечі. Гостра кровотеча виразкової етіології, незважаючи на анемію, найчастіше супроводжується помірним лейкоцитозом. Трапляється, що кількість лейкоцитів перебуває в межах норми. Причому виразність лейкоцитозу пропорційна ступеню крововтрати: чим важча крововтрата, тим більше лейкоцитів у периферичній крові. В 1/3 хворих виявляється зрушення формули вліво. При цьому відзначається відносна лімфо- і моноцитопенія.

При важких кровотечах спостерігається зниження кількості еозинофілів, аж до повного їх зникнення. Лейкопенія більш характерна для кровотеч при цирозі печінки, поліпах шлунка, ерозивно-виразковому гастриті. Значне збільшення числа лейкоцитів на тлі анемії в сполученні з іншими клінічними даними дозволяє запідозрити гострий лейкоз, як можливу причину гострої кровотечі.

Добре відомо, що будь-яка кровотеча супроводжується зменшенням показників гемоглобіну, гематокриту й кількості еритроцитів. Ступінь їх зміни також пропорційна тяжкості крововтрати. При масивних, особливо рецидивуючих, кровотечах у периферичній крові з'являються молоді формені елементи з розвитком анізо- і пойкилоцитозу.

До обов'язкових лабораторних методик обстеження хворих із кровотечею в просвіт травного каналу слід віднести:

- аналіз крові з визначенням вмісту тромбоцитів, гематокриту й в'язкості,
- аналіз сечі,
- дослідження ОЦК і його компонентів,
- електрокардіограму,
- визначення показників центральної гемодинаміки,
- вивчення водно-електролітного й білкового балансу, кислотно-основного стану крові,
- вивчення системи гемокоагуляції й ряду інших біохімічних показників крові (глюкози, білірубину, трансаміназ, амілази, сечовини, креатиніну

тощо).

Основні принципи діагностики й лікування ГКПТК

При кровотечі в просвіт травного каналу головними завданнями лікаря є:

- своєчасна діагностика джерела кровотечі,
- досягнення надійного локального гемостазу,
- обов'язкова паралельна корекція наслідків крововтрати,
- лікування основного й супутнього захворювань,

Причому ймовірність успішного результату значно зростає при вдалому рішенні саме всіх чотирьох завдань.

Послідовність дій лікаря при гострій кровотечі в просвіт травного каналу має бути такою:

1. Установлення самого факту ГКПТК – опитування, об'єктивне дослідження хворого (у т.ч. дослідження прямої кишки пальцем).
2. Зондування й промивання шлунка – підтвердження факту ГКПТК, а також підготовка до екстреної фіброгастроендоскопії.
3. Діагностика джерела кровотечі – ургентне ендоскопічне дослідження (фіброгастроуденоскопію, фіброколоноскопія), ентерографія, селективна мезентерикографія.
4. Припинення триваючої кровотечі й профілактики його рецидиву (ендоскопічна або рентген-ендоваскулярна).
5. Лабораторне обстеження хворого.
6. Визначення величини крововтрати.
7. Інфузійна й медикаментозна коригуюча терапія.
8. Очисні клізми для видалення крові, що вилилася в кишечник.
9. Ендоскопічний моніторинг (частота контрольних лікувальних ендоскопічних досліджень залежить від ступеня ризику рецидиву кровотечі).
10. Визначення тактики лікування хворого на підставі даних інструментальних методів дослідження, а також ефективності проведення коригуючої терапії.

Слід зазначити, що перші два етапи виконуються в приймальному відділенні, третій і четвертий – в ендоскопічному кабінеті (виняток становлять хворі, у яких є показання до виконання ентерографії або селективної мезентерикографії). П'ятий – десятий етап виконується у відділенні інтенсивної терапії. Виняток становлять хворі, у яких виникає необхідність виконання екстреного оперативного втручання у зв'язку з неефективністю ендоскопічних методів гемостазу. У цих випадках лабораторне обстеження й коригуюча терапія проводяться на операційному столі паралельно з виконанням хірургічної операції.

Основні причини ГКПТК

Гостра кровотеча в просвіт травного каналу є ускладненням різних захворювань. На сьогоднішній день відомо більш як 180 захворювань, при яких вона може спостерігатися. Загальним для всіх цих захворювань (первинних або вторинних) є ушкодження (арозія) судини й витікання крові в просвіт того або іншого органа травного каналу: стравоходу, шлунка, дванадцятипалої, порожньої, клубової і товстої кишок.

Необхідно дати визначення поняттям **причина кровотечі й джерело кровотечі**. З практичної точки зору це далеко не завжди одне й те саме. **Під причиною кровотечі** розуміють захворювання (нозологічну форму), що ускладнилося кровотечею. Наприклад, виразкова хвороба шлунка, цироз печінки й т. д. У цьому випадку є самостійні нозологічні форми – виразкова хвороба шлунка, цироз печінки.

Під джерелом кровотечі розуміють ділянку ушкодження слизової оболонки травного каналу з арозією судини (артерії й, або вени) і кровотечею з неї. Наприклад, виразка антрального відділу шлунка при виразковій хворобі шлунка є джерелом кровотечі, а виразкова хвороба шлунка – причиною кровотечі. Разом з тим, цироз печінки є причиною кровотечі, а варикозно розширені вени стравоходу й, або шлунка чи гостра виразка шлунка – джерелом кровотечі.

Найбільш часта локалізація джерела кровотечі

№ п/п	Локалізація джерела кровотечі	Частота виникнення (в %)
1.	Стравохід	6
2.	Шлунок	35
3.	Дванадцятипала кишка	46
4.	Порожня та клубова кишки	0,2-0,5
5.	Ободова кишка	1,5
6.	Пряма кишка	9,5
7.	Причина кровотечі нез'ясована	1,5-2

Таким чином, в одних випадках причина й джерело кровотечі збігаються, тобто пов'язані з органами травного каналу (наприклад – виразкова хвороба, пухлини травного каналу й ін.), в інших – причина кровотечі пов'язана з органами травного каналу, у той час як джерело кровотечі розташоване в тому або іншому його відділі (наприклад – гострі виразки й ерозії, синдром портальної гіпертензії й ін.).

До найбільш частих патологічних станів, при яких може спостерігатися ГКПТК, належить:

- **виразкова хвороба** шлунка й дванадцятипалої кишки (у т.ч. пептична виразка анастомозу) спостерігається приблизно у 60% хворих;
- **гострі виразки й ерозії слизової оболонки травного каналу** – в 11%;
- **синдром Маллорі-Вейсса** – в 10%;
- **пухлини травного каналу** – в 9%;
- **синдром портальної гіпертензії** – в 8%;

Рідкісні причини ГКПТК зустрічаються приблизно в 1,5-3% хворих, а в 1,5-2% - причина кровотечі залишається нез'ясованою.

Наведені дані у таблиці, свідчать про те, що в більшості хворих джерело кровотечі розташовується у **верхніх відділах травного каналу – приблизно в 87%**. Значно рідше воно знаходиться у **товстій кишці – приблизно в 11% хворих**, причому частіше в прямій кишці. Дуже рідко джерело кровотечі може локалізуватися в **порожній і клубовій кишках – в 0,2-0,5% пацієнтів**.

Класифікація ГКПТК

1. За етіологічними ознаками.

- Кровотеча, зумовлена захворюваннями органів травлення (виразкова хвороба, пухлини, неспецифічні коліти й т.д.)
- Кровотеча, не пов'язана з органічною патологією органів травного каналу (гострі виразки й ерозії, хвороби крові, синдром портальної гіпертензії й т. д.)
- Несправжня кровотеча (проковтнута кров при кровоточивості ясен або незначній легеневої кровотечі).
- Кровотеча нез'ясованої етіології.

2. За локалізацією джерела кровотечі: кровотеча зі стравоходу, шлунка, дванадцятипалої, порожньої, ободової і прямої кишок.

3. За клінічним перебігом:

- прихована кровотеча;
- явна кровотеча (триваюча струминна або дифузійна, припинена кровотеча).

4. За ступенем важкості крововтрати:

- кровотеча легкого ступеня (дефіцит ОЦК становить 20% і менше)
- кровотеча середнього ступеня важкості (дефіцит ОЦК становить 21- 40%)
- кровотеча важкого ступеня (дефіцит ОЦК становить 41-60%)
- кровотеча вкрай важкого ступеня тяжкості (дефіцит ОЦК становить більш 60%).

5. За ступенем геморагічного шоку:

- кровотеча з компенсованим шоком
- кровотеча з декомпенсованим оборотним шоком
- кровотеча з декомпенсованим необоротним шоком.

Класифікація важкості виразкових шлунково-кишкових кровотеч за ступенем крововтрати

- 1 ступінь** – кровотеча з незначними змінами гемодинаміки (гемоглобін вище 100г/л, ЦВД 5-15 мм водн.ст., дефіцит ОЦК до 5%).
- 2 ступінь** – виражена кровотеча. Загальний стан середньої тяжкості, частішання пульсу, зниження АТ до 90 мм рт.ст., гемоглобін 8 м\л, ЦВД менше 5 мм водн.ст., дефіцит ОЦК 15% .
- 3 ступінь** – загальний стан важкий, пульс частий, нитковидний, АТ знижений до 60 мм. рт.ст., гемоглобін 50 г\л, ЦВД – 0, дефіцит ОЦК 30%. Кровотеча супроводжується непритомним станом.
- 4 ступінь** – рясна кровотеча з тривалою утратою свідомості. Стан вкрай важкий, відсутність пульсу і АТ, дефіцит ОЦК більш 30%.

Діагностика джерела кровотечі.

Оскільки у 95-97% хворих джерело кровотечі розташовано у стравоході, шлунку, початковому відділі дванадцятипалої кишки й товстій кишці, основним і провідним методом діагностики гострої кровотечі в просвіт травного каналу слід вважати **екстрене ендоскопічне дослідження (ФЕГДС, ФКС)**. Цей метод дозволяє не тільки встановити причину й характер джерела кровотечі його розташування й розміри, але й оцінити надійність місцевого гемостазу, а також проводити заходи, спрямовані на припинення триваючої кровотечі й профілактику його рецидиву. Мінімальний час, що витрачається на його виконання, і незначна травматичність про високій точності (до 95%)

зробили цей метод незамінним у діагностиці гострої кровотечі в просвіт травного каналу. Слід зазначити, що ендоскопічна характеристика джерела кровотечі покладена в основу сучасної лікувальної тактики при різних причинах ГКПТК.

Протипоказаннями до виконання ендоскопічного дослідження є: шок 2-3 ст. або відсутність свідомості, гостре порушення мозкового кровообігу, різка деформація шийного відділу хребта.

ФЕГДС виконується під місцевою анестезією. Крім зрошення ротоглотки місцевими анестетиками, з метою премедикації у хворих з лабільною психікою показане в/м введення 2 мл 50% розчину Анальгіну в сполученні з 1 мл 0,1% розчину Атропіну, а в умовах відділення інтенсивної терапії 1 мл 2 % розчину Промедолу або 2 мл Седуксену.

Перед ФЕГДС здійснюють зондування шлунка й промивання його водою кімнатної температури (3-4 л), що дозволяє видалити кров, яка вилилася, згустки й т.д. і тим самим підвищити вірогідність діагностики джерела кровотечі. Введення зонда в шлунок і аспірація вмісту через певні інтервали часу дозволяють стежити за динамікою кровотечі.

Ендоскопічні ознаки шлунково-кишкових кровотеч

Характер кровотечі	Групи хворих	Ендоскопічні ознаки	Частота рецидивів кровотечі
ктивна тривала кровотеча	Ia	Артеріальна кровотеча пульсуючим струменем.	Більш 90%
	Iб	Дифузійна кровотеча з дна або країв виразкового дефекту.	30-40%
Відсутність тривалої кровотечі, загроза її виникнення	IIa	Наявність видимої судини на дні виразки.	50-60%
	IIб	Наявність пухкого тромбу, що закриває виразковий дефект.	30-40%
	IIв	Наявність червоних і чорних крапок на дні виразки.	5-10%
Відсутність кровотечі і низька ймовірність загрози його поновлення	III	Наявність виразкового дефекту без будь-яких ознак виразкової кровотечі	1-3%

Для підготовки товстої кишки до виконання екстреної фіброколоноскопії у разі припинення кровотечі використовують очисні, сифонні клізми або ортоградний лаваж кишечника, а при триваючій кровотечі ці заходи рекомендується проводити двічі, з інтервалом 15-20 хвилин. Пасивне видалення кишкового вмісту не приводить до посилення або поновлення кровотечі. Більше того, введення в просвіт кишки прохолодної води найчастіше сприяє саме зменшенню активності кровотечі. Використання такої схеми промивання товстої кишки дозволяє в абсолютній більшості хворих з кишковою кровотечею за короткий час (протягом 2-4 годин) забезпечити адекватну підготовку дослідження і якісне його виконання.

Найбільші труднощі виникають при встановленні причини кровотечі з тонкої кишки. Застосування для цього **ентерографії** рідко дає потрібний результат. Почасти кровотеча з цього відділу кишечника припускається тільки після виключення патології стравоходу, шлунка, дванадцятипалої і товстої кишок. Треба, однак, зазначити, що захворювання тонкої кишки зустрічаються нечасто, рідко проявляються масивною кровотечею і так само рідко вимагають екстреного хірургічного втручання.

З метою діагностики тонкої кишкової кровотечі застосовують **селективну мезентерикографію**. Для цього роблять пункцію лівої стегнової артерії за Сельдингером. Під рентгенологічним контролем катетер проводять ретроградно в черевний відділ аорти, а потім у верхню брижову артерію. Контрастну речовину вводять автоматичним шприцом зі швидкістю 6-8 мл/сек, з розрахунку 0,5-1 мл/кг маси тіла хворого й одночасно виконують швидкісну серійну зйомку з інтервалом 0,5 сек (від 3 до 5 знімків). У разі довго триваючої досить інтенсивної кровотечі можна іноді виявити екстравазальне витікання контрастної речовини. Частіше вдається виявити зміни судинного русла, характерні для того або іншого захворювання. Селективна мезентерикографія, як спосіб діагностики, ефективна лише при тривалій кровотечі, швидкість якої понад 0,5 мл/хв. Складність методики, необхідність дорогої апаратури і недостатня інформативність при припиненні кровотечі значно обмежують широке клінічне використання цього методу діагностики.

Завдяки досить високій ефективності, що досягає 80%, **рентген-ендоваскулярні методи припинення кровотечі** знайшли своє застосування особливо у вкрай важкого контингенту хворих. Гемостаз за допомогою цих методів досягається шляхом селективної емболізації безпосередньо кровоточивої судини або зони її розташування.

Лікування.

Лікування хворих з кровотечею у просвіт травного каналу розділяється на консервативне та оперативне.

Консервативний метод лікування включає:

- ендоскопічний гемостаз
- антикоагулянтну терапію
- корекцію крововтрати (інфузійна та медикаментозна терапія)

При тривалій кровотечі здійснюється ендоскопічний гемостаз.

Лікувальна тактика при гострій виразковій гастродуоденальній кровотечі.

1. При тривалій кровотечі здійснюється ендоскопічний гемостаз.

Якщо ендоскопічний гемостаз ефективний, хворого госпіталізують у ВІТ, де проводять комплексну коригуючу і антисекреторну терапію, з обов'язковим виконанням контрольної ФГДС через 4-6 годин.

У разі неефективності ендоскопічного гемостазу протягом 30 хв. хворому виконання **екстреного оперативного втручання**, незалежно від ступеня крововтрати. Коригуюча інфузійна й медикаментозна терапія шоку і крововтрати проводиться безпосередньо на операційному столі, у т.ч. і під час операції.

2. При зупиненні кровотечі проводиться ендоскопічна й медикаментозна профілактика рецидиву кровотечі (антисекреторна терапія, корекція крововтрати й інших порушень гомеостазу, лікування супутніх захворювань і т.д.); хворого також госпіталізують у ВІТ.

3. У всіх хворих, що надходять уже із припиненою кровотечею, а також у хворих у яких триваюча кровотеча була припинена ендоскопічно, повинен визначатися ступінь ризику рецидиву кровотечі, з оцінкою його в балах.

4. кратність і частота лікувально-контрольних ендоскопій, а також показання до виконання **відстроченого оперативного втручання** визначаються залежно від ступеня ризику рецидиву кровотечі.
5. Фактори ненадійного гемостазу. В 1974 році J. A. N. Forrest уперше запропонував класифікацію ендоскопічних стигмат (ознак) гострої кровотечі в просвіт травного каналу:
- F – 1 (Forrest I)** – триваюча кровотеча:
- F IA – струминна кровотеча;
- F IB – дифузійна кровотеча
- F-II** – кровотеча що відбулася (зупинена):
- F IIA – тромбована судина (червона, чорна, біла);
- F IIB – фіксований згусток;
- F IIC – дрібні тромбовані судини (червоні, чорні цятки).
- F-III** – ознаки кровотечі відсутні (дно дефекту слизової оболонки покрите фібрином).

При цьому тактика лікування хворого багато в чому залежить від ендоскопічної характеристики джерела кровотечі. Хворим, що входять до групи F-I, показане застосування активних методів ендоскопічного гемостазу або виконання екстреного хірургічного втручання. Група F-II свідчить про певний ризик рецидиву кровотечі, тобто ненадійний гемостаз. Причому найбільшу його ймовірність відзначено при F-IIB і F-IIA. Такій категорії хворих показане комплексне консервативне лікування або виконання відстроченої операції. Рецидив кровотечі практично не спостерігається при F-III. Тому цим хворим показане проведення проти виразкової і симптоматичної відновної терапії.

Оперативне втручання розрізняється в залежності від причин кровотеч. В разі кровотечі з варикозних вен стравоходу лікування поряд з медикаментозною терапією включає в себе введення зонду Блекмору. У разі відсутності ефекту проводять оперативне втручання – прошивання вен що кровоточать або операцію Танера. У випадку кровотечі з виразки шлунку або 12-типалої кишки виконується висічення виразки з прошиванням. В деяких випадках виконуються органозберігаючі операції – різні види ваготомії з пілоропластикою, або в крайньому випадку – резекцію шлунку.

У випадку кровотечі з виразки тонкої або товстої кишки використовують резекційні методи з видалення причини кровотечі – пухлини, що розпадається, або виразки кишечника.

5. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їхня функція і зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час хв
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
1.	Організація заняття				5 хв
2.	Постановка навчальних цілей і мотивація теми				10 хв

3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь.				
	1.Етіопатогенез кровотеч у просвіт травного каналу.	II	Методи II рівня		
	2.Анатомія і фізіологія стравоходу, шлунка, тонкої та товстої кишки.	II	1.Індивідуальне усне опитування. 2.Письмове теоретичне опитування.	Задачі II рівня Таблиці,Слайди.	
	3.Клінічна картина хворого з кровотечею у просвіт травного каналу	II	3.Рішення типових задач.	Відеозаписи	
	4.Алгоритм обстеження хворих	II		60	
	5.Диференційна діагностика причини кровотечі у просвіт травного каналу.	II		Устаткування, Рентгенограми, Історія хвороби	
	6.Інтерпретація даних обстеження – аналіз крові – загального та коагулограми, ендоскопічного, рентгенологічного	III	1.Рішення нетипових ситуаційних задач		
	7.Принципи консервативної терапії кровотечі у просвіт травного каналу	III	2.Призначення лікування хворого		
	8.Хірургічне лікування пацієнтів з кровотечею у просвіт травного каналу.	II			
Основний етап					
4.	Формування фахових умінь і навичок				
	1.Оволодіти методами об'єктивного обстеження хворих з кровотечею в просвіт травного каналу.	III	Метод формування навичок практичного тренінгу	Учбове обладнання – орієнтирні карти	130 хв.
1	2	3	4	5	6
	2.Провести курацію хворого з кровотечею.	III	Метод формування умінь:	Нетипові задачі у формі: хворий, історії хвороби, тестові ситуаційні завдання, ділові ігри, перев'язочна	
	3.Прийняти участь у фіброгастроскопічному дослідженні хворого з кровотечею	III	а)Фаховий тренінг у рішенні нетипових задач		
	4.Провести пальцьове дослідження прямої кишки	III	б) рішення лабораторно-дослідних задач		
	5.Виконати перев'язку хворому у післяопераційному періоді	III			

Заключний етап					
5.	Контроль і корекція рівня фахових умінь і навичок	III	Метод контролю: Індивідуальний контроль практичних навичок	Устаткування	60
6.	Підведення результатів заняття				3 хв.
7.	Домашнє завдання, навчальна література по темі			Орієнтована карта самостійної роботи з літературою	2 хв.

6. Матеріали щодо методичного забезпечення заняття.

6.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Питання

1. Загальна класифікація кровотеч у просвіт травного каналу за етіологічною ознакою.
2. Класифікація за ступенем крововтрати; класифікація за Forrest.
3. Головні клінічні ознаки шлунково-кишкових кровотеч.
4. Геморагічний шок.
5. Диференціальна діагностика кровотеч у просвіт травного каналу в залежності від локалізації патологічного процесу.
6. Методика проведення ендоскопічних методів обстеження (фіброгастроскопія, фіброколоноскопія, ректороманоскопія).
7. Тактика хірурга та особливості обстеження хворого при низькому артеріальному тиску.
8. Покази та методика консервативного лікування при кровотечі у просвіт травного каналу в залежності від етіології.
9. Методи ендоскопічного гемостазу.
10. Покази до оперативних втручань
11. Методи оперативних втручань в залежності від локалізації джерела.

Ситуаційні задачі

1. Хворий С., 60 років, госпіталізований до хірургічного відділення із скаргами на слабкість, запаморочення, виділення червоного коліру крові із прямої кишки. Що може бути причиною кровотечі?
Еталон відповіді: Кровотеча зумовлена патологічним процесом у нижньому відділі кишечника, скоріше за все – гемороєм.
2. Хвора Н., 44 років, звернулася із скаргами на блювоту кольору “кавової гущі”, слабкість, запаморочення. У минулому хворіла на інфекційний гепатит із виходом у цироз печінки. Який найбільш вірогідний діагноз?
Еталон відповіді: Синдром портальної гіпертензії, ускладнений кровотечею з варикозно-розширених вен стравоходу.
3. Хворий М., 30 років, звернувся зі скаргами на блювоту кров'ю, дьогтьоподібний стул. Захворів після повторної блювоти, що виникла внаслідок алкогольної інтоксикації. При фіброгастроскопії знайдено 2 подовжні тріщини у ділянці кардіального відділу стравоходу. Ваш діагноз?
Еталон відповіді: Синдром Мелорі-Вейса.

4. Що таке операція Таннера?

- А.Прошивання виразки шлунка, що кровоточить.
- Б.Резекція шлунка з анастомозом за Гаккером.
- В.Перев'язка лівої шлункової артерії.
- Г.Резекція товстої кишки з виведенням колостоми.
- Д.Повне пересічення стравоходу з накладанням анастомозу між стравоходом та шлунком.

Еталон відповіді: Д.

5.Хворого, 75 років, доставлено до хірургічного стаціонару у крайньо важкому стані з профузною кровотечею з виразки 12-типалої кишки. В анамнезі – тяжка форма цукрового діабету, інфаркт міокарда за 2 місяці до госпіталізації. Якими будуть Ваші дії?

- А.Лікування гемостатичними препаратами.
- Б. Лікування гемостатичними препаратами з використанням H₂- блокаторів.
- В.Ендоскопічний гемостаз.
- Г.Резекція шлунка.
- Д.Лапаротомія, гастродуоденотомія, прошивання виразки, що кровоточить.

Еталон відповіді: Д.

6.Який механізм розвитку синдрому Мелорі-Вейса?

- А.Деструктивна дія алкоголю на слизову оболонку.
- Б.Виразкування внаслідок прийому протизапальних нестероїдних препаратів.
- В.Паління.
- Г.Підвищення внутрішньошлункового тиску внаслідок блювання.

Еталон відповіді: Г.

7. Під час операції з приводу профузної шлунково-кишкової кровотечі знайдено варикозне розширення вен стравоходу та кардіального відділу шлунка. Які наступні дії хірурга?

Еталон відповіді: Необхідно виконати операцію Таннера.

8. У хворого 45 років з кровотечею, що не припиняється під час рентгенологічного дослідження, патології не знайдено. Якими повинні бути дії хірурга?

Еталон відповіді: Потрібна негайна фіброгастроскопія. У разі відсутності ознак кровотечі зі стравоходу, шлунка та 12-типалої кишки та клінічних ознаках кровотечі, що продовжується, показано оперативне лікування. Характер операції залежить від операційної знахідки.

9. У хворого 35 років з виразковим анамнезом у 7 років під час ендоскопічного дослідження знайдено виразку 12-типалої кишки, заповнену рихлим згортком. Які дії хірурга?

Еталон відповіді: Хворому показано оперативне лікування, тому що гемостаз у хворого нестійкий, з великою вірогідністю можна чекати повторення профузної кровотечі.

- **Пацієнт, 55 років, звернувся зі скаргами на чорний, дегтярний стул (мелена), слабкість, запаморочення, нудоту. Який найбільш ймовірний діагноз?**
 - A. Кровотеча з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.**
 - B. Геморой.
 - C. Гострий апендицит.
 - D. Ниркова коліка.
 - E. Виразкова хвороба 12-палої кишки.

- **Пацієнтка, 60 років, скаржиться на блювання з домішками крові (гематемезис), біль у шлунку та слабкість. Який діагноз найбільш ймовірний?**
 - A. Шлункова кровотеча.**
 - B. Гастрит.
 - C. Гострий панкреатит.
 - D. Виразкова хвороба шлунка.
 - E. Геморой.

- **Який симптом є основним при кровотечі з шлунково-кишкового тракту?**
 - A. Мелена (чорний, дегтярний стул).**
 - B. Підвищення температури.
 - C. Нудота.
 - D. Біль у правому підребер'ї.
 - E. Світлий кал.

- **Пацієнт, 70 років, скаржиться на слабкість, нудоту та блювання «кавовою гущею». Що це за симптом?**
 - A. Ознака шлункової кровотечі.**
 - B. Ознака виразки дванадцятипалої кишки.
 - C. Ознака панкреатиту.
 - D. Ознака ниркової недостатності.
 - E. Ознака гепатиту.

- **Яке обстеження є найбільш інформативним для діагностики кровотечі з шлунково-кишкового тракту?**
 - A. Езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС).**
 - B. УЗД черевної порожнини.
 - C. Лапароскопія.
 - D. МРТ.
 - E. ЕКГ.

- **Пацієнт, 65 років, госпіталізований зі скаргами на кров у стুলі та слабкість. Яка найбільш ймовірна причина шлунково-кишкової кровотечі?**
 - A. Виразка шлунка або дванадцятипалої кишки.**
 - B. Геморой.
 - C. Дивертикуліт.
 - D. Гострий панкреатит.
 - E. Цироз печінки.

- **Хворий скаржиться на блювання з домішками крові та чорний стул. Під час обстеження виявлено кровотечу з виразки шлунка. Яке лікування найбільш оптимальне?**
 - A. Ендоскопічна зупинка кровотечі.**
 - B. Призначення антибіотиків.
 - C. Призначення протизапальних препаратів.
 - D. Лапароскопія.
 - E. Хіміотерапія.

- **Пацієнт скаржиться на запаморочення, слабкість та чорний стул. Що це за симптом?**
 - А. Мелена – ознака кровотечі з шлунково-кишкового тракту.
 - В. Ознака коліту.
 - С. Ознака апендициту.
 - Д. Ознака холециститу.
 - Є. Ознака гастриту.

- **Пацієнтка 50 років скаржиться на кров у ступі та слабкість. Який метод лікування найбільш ефективний для зупинки кровотечі з шлунково-кишкового тракту?**
 - А. Ендоскопічне лікування.
 - В. Хірургічне втручання.
 - С. Призначення антибіотиків.
 - Д. Лікування гастриту.
 - Є. Лапаротомія.

- **Хворий звернувся зі скаргами на слабкість, запаморочення та блювання з домішками крові. Який симптом вказує на шлункову кровотечу?**
 - А. Блювання «кавовою гущею».
 - В. Постійний біль у животі.
 - С. Підвищення температури.
 - Д. Діарея.
 - Є. Тахікардія.

Матеріали методичного забезпечення самопідготовки здобувач вищої освіти

№ п/п	Основні завдання (вивчити)	Вказівки (назвати)
1.	Анатомо-фізіологічна будова шлунка, стравоходу, тонкої та товстої кишки	-Відділи стравоходу -відділи шлунка -відділи кишкового
2.	Клінічні ознаки кровотечі у просвіт травного каналу	-клінічну картину: а)кровотечі з варикозних вен стравоходу; б)кровотечі зі шлунка та 12-типалої кишки; в)кровотечі в просвіт тонкої та товстої кишки.
3.	Методика обстеження хворих з кровотечею в просвіт травного каналу.	-Фіброгастроскопія; -фіброколоноскопія; -ректороманоскопія; -пальцеве дослідження прямої кишки; -лабораторне дослідження.
4.	Консервативна терапія кровотечі у просвіт травного каналу.	-Гемостатична терапія; -H ₂ -блокатори, блокатори протонної помпи; -кровозамінна терапія.
5.	Покази до оперативного втручання	-кровотеча, що не зупиняється; -відновлена кровотеча після зупинки; -профузна кровотеча.
6.	Оперативні методи лікування	- прошивання джерела кровотечі; -ваготомія з пілоропластикою; - резекційні методи.

7. Література для викладача

1. Кузін В.Б. Місце імуномодуляторів у комплексній антигелікобактерної терапії / В.Б. Кузін. – Рязань: МИС, 2012.

2. Петрушенко В.В. Лікувальна тактика при гастродуоденальних кровотечах виразкового генезу / В.В. Петрушенко, Д.І. Гребенюк // Шпитальна хірургія – 2014. – №1.
3. Фомін П.Д. Хірургічне лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч та корекція постгеморагічних анемії гемопоетичними стовбуровими клітинами : [монографія] / П. Д. Фомін, Є. М. Шепетько, О.О. Смікодуб. – К., 2011.
4. Шапринський В.О. Тактика і результати лікування гострої кровотечі за виразково–ерозивного ураження гастродуоденальної зони внаслідок застосування препаратів гастроагресивної дії / В.О. Шапринський, В.Д. Романчук, В. М. Коваль // Клінічна хірургія. – 2014.

Література для здобувача вищої освіти

I. Навчальна основна:

1. Хірургія. Підручник, за ред. Л.Я.Ковальчука. м. Тернопіль, Укрмедкнига, 2010 р.
2. Передерій В.Г. Практична гастроентерологія: Сучасна тактика й алгоритми ведення хворих з основними гастроентерологічними захворюваннями і синдромами: посібник для лікарів / В.Г. Передерій, С.М. Ткач. – Вінниця: Нова книга, 2012.
3. Фомін, П.Д. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі: метод. рекомендації / П. Д. Фомін та ін. – Укрмедпатентінформ МОЗ України. – К.: Б.в, 2012.

II. Додаткова (наукова, методична):

1. Іващук О.І. Алгоритм хірургічної тактики при гострокровоточивій дуоденальній виразці у пацієнтів літнього та старечого віку залежно від наявності гелікобактерної інвазії / О.І. Іващук, І.О. Малишевський // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 4.
2. Петрушенко В.В. Гендерно-вікові та клініко-морфологічні залежності в контингенту хворих із гастродуоденальними кровотечами виразкового генезу / В.В. Петрушенко, Д.І. Гребенюк // Укр. журнал хірургії – 2014. – №2.
3. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострої шлунковокишкової кровотечі: Методичні рекомендації / П.Д. Фомін, Я.С. Березницький, В.В. Бойко [та ін.]; Укрмедпатентінформ МОЗ України. – К.: Б.в, 2012.
4. Шапринський В.О. Гастродуоденальні гострокровоточиві виразки, що спричиненні медикаментозними препаратами / В. О. Шапринський, О.А. Камінський, В. Ф. Білощицький, В. Д. Романчук // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 3.
5. Обґрунтування методів локального хірургічного гемостазу в лікуванні гострокровоточивої дуоденальної виразки / Ю. М. Мишковський, В. П. Польовий, Р. І. Сидорчук, Х. Н. Нурдінов