



Российское общество
скорой медицинской помощи



Национальное руководство

Скорая медицинская помощь

Под редакцией
С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия,
А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллина



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

панкреатит и перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Багненко С.Ф., Курьгин А.А., Синенченко Г.И. Хирургическая панкреатология. — СПб.: Речь, 2009. — 608 с.
2. Толстой А.Д., Панов В.П., Краснорогов В.Б. Парапанкреатит (этиология, патогенез, диагностика, лечение). — СПб., 2003. — 256 с.
3. Beger H.G., Rau B.M. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management // World J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 13, N 38. — P. 5043–5051.
4. Bradley E.L. 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis // Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis. — Atlanta, 1992. — Vol. 128.
5. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis / P.A. Banks, M.L. Freeman // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101. — P. 2379–2400.

6.5. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

В.Г. Вербницкий

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Желудочно-кишечные кровотечения — синдромальный диагноз, объединяющий осложненное кровотечением течение различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Массивные желудочно-кишечные кровотечения нередко (10–15%) являются причиной развития угрожающего жизни геморрагического шока.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Патогенетический механизм желудочно-кишечных кровотечений обусловлен двумя основными факторами:

- обнажение и/или эрозия крупных сосудов при повреждениях эпителия слизистой оболочки вследствие изменения баланса между защитным барьером слизистой оболочки и внутрипросветной кислотно-пептической агрессией, а также инфицирования *Helicobacter pylori*;
- нарушение целостности сосудистой стенки при резком повышении внутрисосудистого давления или массивной травме желудочно-кишечного тракта.

Согласно первому механизму развиваются кровотечения из язв и эрозий желудка и пищевода, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной

кишки, при ишемическом и неспецифическом язвенном колитах, других инфекционных и идиопатических поражениях кишечника.

Резкое повышение давления в сосуде, приводящее к его разрыву, является основным механизмом развития кровотечения при варикозно расширенных венах пищевода, желудка и геморроидального сплетения, а также при дивертикулезе.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Желудочно-кишечные кровотечения классифицируют по локализации и источнику, характеру (клиническому течению) и в зависимости от степени кровопотери.

Выделяют кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (около 80% случаев), когда источник кровотечения располагается в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (проксимальнее связки Трейтца), и нижних отделов — источник кровотечения располагается в тощей, подвздошной или толстой кишке (табл. 6.1).

Классификация желудочно-кишечных кровотечений по клиническому течению:

- продолжающееся;
- профузное (как правило, с геморрагическим шоком);
- остановившееся (состоявшееся);
- рецидивное (повторное).

Классификация по степени тяжести кровопотери:

- легкие (степень I). Состояние удовлетворительное. Однократная рвота или однократный оформленный стул черного цвета. ЧСС 80–100 в минуту; САД ≥ 100 мм рт.ст., диурез ≥ 2 л/сут;
- средней степени тяжести (степень II). Состояние больного средней степени тяжести. Повторная рвота кровью или мелена. ЧСС 100–110 в минуту; САД 100–120 мм рт.ст.; диурез ≤ 2 л/сут;
- тяжелые (степень III). Состояние тяжелое; сознание нарушено, вплоть до комы. Повторная рвота малоизмененной кровью, жидкий дегтеобразный стул или стул малоизмененной кровью. ЧСС ≥ 120 в минуту; САД ≤ 90 мм рт.ст. Олигурия, метаболический ацидоз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Выделяют скрытый период, когда отсутствуют очевидные признаки желудочно-кишечного кровотечения (имеются лишь общие симптомы внутреннего кровотечения), и период явных признаков (рвота, мелена).

Таблица 6.1. Причины возникновения желудочно-кишечных кровотечений

Из верхних отделов ЖКТ	Из нижних отделов ЖКТ
<p>Язва двенадцатиперстной кишки и/или желудка — 45%. Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки: стрессовые; лекарственные; азотемические и др. — 20%. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка — 15%. Синдром Мэллори–Вейсса — 10%. Опухоли пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки — 5%. Другие причины — 5%</p>	<p>Дивертикулит. Опухоли и полипы толстой кишки. Ангиодисплазия. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Геморрой. Инфекционные заболевания</p>

При внутренних кровотечениях кровь может изливаться наружу неизменной (ишемический колит, распад опухолей толстой и прямой кишки, острый геморрой), а также в виде рвоты, кровянистой слизи, мелены.

• Рвота:

- ✧ алой кровью — синдром Мэллори–Вейсса, рак пищевода или кардии желудка;
- ✧ темной кровью (кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии);
- ✧ по типу «кофейной гущи» (кровотечения из хронической или острой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки).
- Кровянистая слизь — дизентерия, неспецифический язвенный колит, трещина прямой кишки.
- Мелена (черный стул за счет превращения гемоглобина в гемосидерин) — при кровотечении из верхних отделов ЖКТ.

Возможные осложнения желудочно-кишечных кровотечений

Наиболее тяжелое осложнение — геморрагический шок.

Кровотечение может привести к уменьшению или исчезновению признаков основного заболевания, приведшего к этому осложнению, и спровоцировать его обострение.

У больных с патологией печени кровотечение может вызвать развитие печеночной недостаточности и энцефалопатии; при сочетании болезни, приведшей к кровотечению, с ИБС могут развиваться приступ стенокардии или ИМ, обострение гипертонической болезни, СД, почечная недостаточность и т.п.

ДИАГНОСТИКА

Основанием для диагноза желудочно-кишечного кровотечения являются:

- бледность кожных покровов, холодный липкий пот, головокружение, слабость (коллаптоидное состояние);
- частый и мягкий пульс, снижение АД;
- рвота малоизмененной кровью и/или содержащим по типу «кофейной гущи»;
- мелена и/или черный кал — самостоятельные или при пальцевом исследовании прямой кишки.

Дифференциальная диагностика:

- легочное кровотечение, которое сопровождается кашлем и кровохарканьем (эрозия сосудов у больных с бронхоэктазами, пневмосклерозом, а также при опухолях гортани и бронхов, туберкулезе);
- нередко гипотензия при кровотечении вызывает приступ загрудинной боли и приводит к ЭКГ-признакам вторичной острой ишемии миокарда. Такое сочетание без явных признаков кровотечения способствует ошибочной диагностике ИБС и кардиогенного шока и госпитализации пациента в отделение кардиореанимации;
- следует помнить, что одной из причин рвоты кровью может быть заглатывание крови при носовом кровотечении.

Осмотр и физикальное обследование:

- оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения;
- визуальная оценка: бледность кожных покровов и слизистых, признаки поражения печени (телеангиэктазии, расширение подкожных вен брюшной стенки, желтуха, асцит), сыпь (проявления системных болезней), кахексия (онкологические заболевания);
- исследование пульса, измерение ЧСС, измерение АД (тахикардия, артериальная гипотензия);
- живот, как правило, мягкий, равномерно участвует в акте дыхания, малоболлезненный или безболлезненный;
- ректальное пальцевое исследование: обнаружение мелены, геморроя; определение нависания передней стенки прямой кишки или выбухания заднего свода влагалища (внутрибрюшное кровотечение);
- наличие ассоциированных (явных) симптомов;
- мелена появляется при поступлении в просвет желудка не менее 200 мл крови; продолжительность мелены не всегда свидетельствует о продолжающемся кровотечении, а соответствует продвижению крови по кишечнику (мелена может появиться уже через 4–6 мин после начала кровотечения);
- примесь крови в кале;
- рвота (алой кровью, темной кровью, «кофейной гущей»).

Показания к госпитализации

При очевидных симптомах или подозрении на продолжающееся либо состоявшееся кровотечение больного нужно экстренно госпитализировать. Транспортировка в положении лежа на носилках с приподнятым головным концом.

Часто встречающаяся ошибка

Задержка госпитализации пациента при кажущейся остановке кровотечения, которое в любой момент может рецидивировать.

ЛЕЧЕНИЕ

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Основная задача СМП при желудочно-кишечном кровотечении — экстренная госпитализация больного в хирургическое отделение стационара. Следует вести мониторинг или контроль АД и ЧСС, поддерживать витальные функции (в соответствии с общими реанимационными принципами).

При наличии признаков геморрагического шока — озноб, холодный пот, снижение наполнения вен, нарастающая тахикардия (ЧСС ≥ 100 в минуту) и артериальная гипотензия (АД ≤ 100 мм рт.ст.) начать переливание жидкости в/в капельно: гидроксизил-крахмал 400 мл, раствор декстрозы (глюкозы*) 5% — 400 мл, раствор натрия хлорида 0,9% — 400 мл.

При задержке госпитализации (длительной транспортировке) таким больным целесообразно введение

- при кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта предположительно язвенного характера и синдроме Мэллори–Вейсса —

в/в медленно, в течение 2 мин инфузионных форм блокаторов протонной помпы (омепразол, пантопразол и др., 40–80 мг) или H₂-гистаминовых блокаторов (фамотидин, 40 мг; предварительно развести в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида). Согласно международным рекомендациям эндоскопическое лечение желудочно-кишечного кровотечения может быть целесообразным для повышения информативности ФЭГДС и снижения потребности в эндоскопическом вмешательстве, однако такое лечение не должно задерживать проведение эндоскопии;

- при кровотечении предположительно из варикозно расширенных вен пищевода и желудка — в/в болюсно терлипессин 2 мг (аналог вазопрессина) или в/в капельно (допустимо подкожное введение) октреотид 0,1 мг (аналог соматостатина);
- при тяжелом кровотечении (признаках геморрагического шока) на фоне активации фибринолиза возможно применение транексамовой кислоты в дозе 15 мг/кг внутривенно с разведением в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида, однако ее эффективность при профузном кровотечении не подтверждена в исследованиях, тем не менее доказано, что применение транексамовой кислоты снижает на 39% риск общей смертности у пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ [7]. Концентрация транексамовой кислоты сохраняется в тканях до 17 ч, а в сыворотке крови в течение 7–8 ч. Продолжительность лечения колеблется от первых часов до 7 дней. Эффективность транексамовой кислоты более выражена, если пациенты получают ингибитор фибринолиза внутривенно, а затем перорально.

Оказание скорой медицинской помощи на стационарном этапе

Все больные с признаками желудочно-кишечного кровотечения или при обоснованном подозрении на таковое подлежат немедленному направлению в многопрофильные стационары скорой помощи, где круглосуточно обеспечивается дежурная эндоскопическая служба (с возможностями современной лечебной эндоскопии) и штатная служба (кабинет, отделение) переливания крови.

В лечебном учреждении должны быть созданы протоколы для мультидисциплинарного ведения пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, в том числе они должны включать доступность эндоскописта, обученного проведению эндоскопического гемостаза.

Основанием для диагноза желудочно-кишечного кровотечения в условиях ОСМПС являются следующие признаки:

- рвота малоизмененной кровью и/или содержащим по типу «кофейной гущи»;
- мелена и/или черный кал при пальцевом исследовании прямой кишки;
- коллаптоидное состояние и холодный липкий пот;
- бледность кожи, снижение гемоглобина.

Достаточно одного из перечисленных критериев для отнесения больного к группе «желудочно-кишечное кровотечение».

В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния, все больные

с желудочно-кишечным кровотечением разделяются на две основные группы: «тяжелое желудочно-кишечное кровотечение» — с высоким риском рецидива кровотечения и неблагоприятного исхода и «нетяжелое желудочно-кишечное кровотечение».

Протокол обследования больных с желудочно-кишечным кровотечением в ОСМПС (приемном отделении)

- Всем больным этой группы в отделении экстренной медицинской помощи выполняется:
 - ✦ измерение АД и ЧСС;
 - ✦ устанавливается желудочный зонд;
 - ✦ пальцевое исследование прямой кишки;
 - ✦ общий анализ крови;
 - ✦ ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости (при отсутствии нарушений гемодинамики).
- Обязательные исследования: ФЭГДС, консультация терапевта, группа крови, резус-фактор, реакция Вассермана.
- Дополнительные исследования (по показаниям): рентгенография груди, биохимический анализ крови: сахар, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, калий и натрий; тромбоциты, АЧТВ, международное нормализованное отношение (МНО), фибринолитическая активность плазмы.

Критерии отнесения к группе «тяжелое желудочно-кишечное кровотечение»:

- возраст старше 60 лет;
- неоднократные рвота малоизмененной кровью («кофейной гущей») и/или мелена;
- коллапс, потеря сознания;
- тахикардия — ЧСС ≥ 100 в минуту;
- гипотензия — САД ≤ 100 мм рт.ст.;
- концентрация гемоглобина менее 100 г/л;
- поступление малоизмененной крови («кофейной гущи») по желудочному зонду;
- наличие сопутствующих заболеваний в стадиях суб- и декомпенсации, требующих неотложных лечебных мероприятий или непосредственно угрожающих жизни больного.

Наличие четырех и более перечисленных признаков позволяет диагностировать у больного «тяжелое желудочно-кишечное кровотечение», что требует направления его в ОРИТ (БИТ — блок интенсивной терапии ОСМПС) для дальнейшего обследования и лечения.

ФЭГДС при тяжелом желудочно-кишечном кровотечении должна быть выполнена в экстренном порядке соответственно тяжести состояния больного в течение 2 ч после поступления в стационар. По Международным рекомендациям большинству пациентов с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта рекомендовано раннее проведение эндоскопии (в течение 24 ч). При кровотечениях из нижних отделов ЖКТ и относительно стабильном состоянии пациента показана фиброколоноскопия после подготовки в течение 24 ч.

Больные, находящиеся в критическом состоянии с нестабильными показателями гемодинамики, минуя ОСМПС, направляются в ОРИТ (БИТ ОСМПС) или операционную, где на фоне интенсивной терапии проводится комплекс диагностических мероприятий, в том числе экстренная лечебно-диагностическая ФЭГДС.

Больные с тяжелыми желудочно-кишечными кровотечениями перемещаются по стационару только на каталке.

Пациенты, отнесенные к группе «нетяжелое желудочно-кишечное кровотечение», подлежат обследованию в условиях ОСМПС и кабинета ФЭГДС (ФЭГДС, фиброколоноскопия в течение 24 ч), а в дальнейшем им, как правило, показано лечение и наблюдение в профильном хирургическом отделении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Barkun A.N., Bardou M., Kuipers E.J. International Consensus Recommendations on the Management of Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding // *Ann. Intern. Med.* — 2010. — Vol. 152, N 2. — P. 101–113.
2. Barkun A.N., Bardou M., Marshall J.K. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding // *Ann. Intern. Med.* — 2003. — Vol. 139, N 10. — P. 843–857.
3. Blatchford O.A., Murray W.R., M. Blatchford M. Risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage // *Lancet.* — 2000. — Vol. 356. — P. 1318–1321.
4. Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension // *Journal of Hepatology.* — 2010. — Vol. 53. — P. 762–768.
5. British Society of Gastroenterology Endoscopy Section. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines // *Gut.* — 2002. — Vol. 51, suppl. IV. — P. 1–6.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Acute upper gastrointestinal bleeding: management. — Lond.: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2012. — Vol. 141. — P. 23.
7. Rockall T.A. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage // *Gut.* — 1996. — Vol. 38. — P. 316–321.
8. Gluud L.L., Klingenberg S.L., Langholz S.E. Systematic review: tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2008. — Vol. 27. — P. 752–758.

6.6. ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

А.А. Захаренко

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

ОКН — синдромная категория, характеризующаяся нарушением эвакуации кишечного содержимого и объединяющая осложненное течение различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, которые формируют морфологический субстрат острой кишечной непроходимости.

ЭТИОЛОГИЯ

Следует различать причины развития механической и динамической кишечной непроходимости. В основе развития острой механической кишечной непроходимости обычно лежат анатомические предпосылки: наличие долихосигмы, подвижной слепой кишки, дополнительных карманов и складок брюшины, а также факторы приобретенного характера — спаечный процесс в брюшной полости, удлинение сигмовидной кишки в старческом возрасте, наружные и внутренние брюшные грыжи.

Спаечный процесс в брюшной полости развивается вследствие ранее перенесенных воспалительных

заболеваний, травм и операций. Для возникновения острой кишечной непроходимости наибольшее значение имеют изолированные сращения, образующие в брюшной полости грубые тяжи и «окна», что может явиться причиной странгуляции (внутреннего ущемления) подвижных сегментов кишечника. Не менее опасными в клиническом плане могут быть плоские сращения с образованием кишечных конгломератов, приводящих к обтурационной непроходимости при функциональной перегрузке кишечника. К обтурационной непроходимости могут приводить доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника. Обтурация может возникнуть также вследствие сдавления кишечной трубки опухолью, исходящей из соседних органов. Экзофитные опухоли (либо полипы) тонкого кишечника, а также дивертикул Меккеля могут обусловить инвагинацию.

При наличии указанных предпосылок непроходимость возникает под влиянием производящих факторов. Для грыж таковым может служить повышение внутрибрюшного давления. Для других видов непроходимости в качестве провоцирующего фактора нередко выступают изменения моторики кишечника, связанные с изменением пищевого режима: употребление большого количества овощей и фруктов в летне-осенний период; обильный прием пищи на фоне длительного голодания может вызвать заворот тонкой кишки; переход с грудного вскармливания на искусственное у детей первого года жизни может быть частой причиной возникновения илиоцекальной инвагинации.

Причиной динамической кишечной непроходимости может быть паралитическая непроходимость, развивающаяся в результате травмы (в том числе операционной), метаболических расстройств (гипокалиемия), перитонита. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости, потенциально приводящие к перитониту, протекают с явлениями пареза кишечника. Снижение перистальтической активности желудочно-кишечного тракта отмечается при ограничении физической активности (постельный режим) и в результате длительно не купирующейся желчной либо почечной колики. Спастическую кишечную непроходимость вызывают поражения головного или спинного мозга (метастазы злокачественных опухолей, спинная сухотка и пр.), отравление солями тяжелых металлов (например, свинцовая колика), истерия.

ПАТОГЕНЕЗ

Острая кишечная непроходимость вызывает выраженные нарушения в организме больных, определяющие тяжесть течения этого патологического состояния. Можно констатировать наличие присущих ОКН расстройств водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, потерь белка, эндотоксикоза, кишечной недостаточности и болевого синдрома.

Гуморальные нарушения

Связаны с потерей большого количества воды, электролитов и белков. Жидкость теряется со рвотными массами, депонируется в приводящем отделе кишечника, скапливается в отечной кишечной стенке и брыжейке, содержится в брюшной полости в виде экссудата. В условиях неликвидированной непроходимости потери жидкости в течение суток могут достигать 4 л и более. Это ведет к гиповолемии, дегидратации тканей,