

№ОРД-СМП-19
№ОРД-ТЕР-20



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Пособие для самоподготовки
клинических ординаторов и слушателей
системы послевузовского образования,
обучающихся по специальности
«Терапия» «Скорая медицинская
помощь» «Общая врачебная практика»
«Гастроэнтерология»
на тему:**

**"Дифференциальный диагноз
при желудочно-кишечных
кровотечениях"**

Утверждено ЦКУМС СОГМА (протокол №1 от 28.08.2020 г.)

Владикавказ

Тема занятия: «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ».

Продолжительность занятия: 4 часа (2 часа семинар)

Место проведения занятия: учебная комната, гастроэнтерологическое отделение.

Мотивация.

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) – одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Смертность от кровотечений из верхних отделов ЖКТ в США достигает 3,5-7%, а в Великобритании – почти 14%. А частота летальных исходов при кровотечении из нижних отделов ЖКТ составляет 3,6%.

Терапевтическая задача при кровотечении из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): стабилизировать состояние больного, определить источник кровотечения и остановить кровотечение, и провести лечение, целью которого является предотвращение впоследствии эпизодов ЖКК.

Порядок самостоятельной работы интерна (клинического ординатора, слушателя) по самоподготовке к практическому и семинарскому занятию:

1. Ознакомление с целями и содержанием семинарского и практического занятия.
2. Проверка и восстановление исходного уровня знаний.
3. Теоретическое освоение ориентировочной основы деятельности (ООД).
4. Проверка усвоения знаний и умений для решения клинических задач.
5. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на практическом и семинарском занятии.

Задание 1.

ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ЦЕЛЬЮ И СОДЕРЖАНИЕМ ЗАНЯТИЯ

Цель занятия: на основе знаний основных заболеваний, могущих дать кровотечения из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), их клинической картины, знания клиники кровопотери и особенностей проявления её в зависимости от топики, скорости кровопотери и её объема, научить дифференциальной диагностике при кровотечениях из ЖКТ; научить составлять диагностическую программу, проводить неотложную консервативную терапию, оценивать прогноз.

Оснащение занятия:

Технические средства: мультимедийный аппарат; негатоскоп;

Демонстрационный материал: тематические больные; истории болезни; методические пособия; журнальные статьи; слайды; таблицы; эзофагогастродуоденоскопии, УЗИ, рентгенограммы, наборы анализов, наборы препаратов для лечения кровотечений.

План и организационная структура занятия «Дифференциальный диагноз при желудочно-кишечных кровотечениях»

Этапы занятия	Время в мин.	Уровень усвоения	Место проведения занятия	Оснащение занятия
Организационные мероприятия	5	-	уч. комната	Журнал
Контроль исходного уровня знаний слушателей	15	II	уч. комната	Контрольные вопросы и задачи
Клинический разбор больных (2-3 человека)	50	II	палата	Больные, истории болезни
Анализ полученных данных, характерных симптомов, выделение заболеваний для диф. диагноза	10	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
Дифференциальный диагноз	30	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
Предварительный диагноз	5	III	уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования	15	III	уч. комната	Истории болезни, анализы
Клинический диагноз по современной классификации	5	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни

Тактика врача при желудочно-кишечном кровотечении	10	III	уч. комната	Таблицы, истории болезни
Прогноз, экспертиза трудоспособности	5	III	уч. комната	Истории болезни
Контроль конечного уровня усвоения материала	5	-	уч. комната	Тесты-задачи, задание по НИРС
Задание на дом	5	-	уч. комната	Список литературы, контрольные вопросы по теме, тематические больные

В соответствии с государственным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Терапия».

<p>Обучающийся должен знать: Общие признаки внутреннего кровотечения; Этапы проведения дифференциальной диагностики источника кровотечения при кровавой рвоте, крови в испражнениях; Правила оказания первой помощи при кровотечениях в зависимости от их интенсивности, причины, источника кровотечения; Показания к хирургическому лечению;</p>	<p>Рекомендуемая литература Основная Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., Курьгин А.А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение. М.: Литтерра, 2004.- 248 с. Гастроэнтерология + CD. Национальное руководство. Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: Гэотар-Медиа, 2008.- 704 с. Зиновьев Д.Ю., Ковалев К.В., Климашевич А.В. Редкие причины желудочно-кишечных кровотечений. // Хирургия.- 2003.- №11.- С.42-43. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология. Под ред. Ивашкина В.Т. М.: Гэотар-Медиа, 2009.- 208 с. Маев И.В., Самсонов А.А., Вьючнова Е.С. Желудочно-кишечные кровотечения: современные методы лечения. // Фарматека.- 2004.- №5.- С.1-6. Уроки дифференциального диагноза. Э.Р.Бек, Р.Д.Соухами, М.Г.Ханна, Д.Р.Холдрайт. Перевод с англ. ГЭОТАР-МЕДИА, Москва, 2008г. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. М.: Гэотар-Медиа, 2009.- 416 с. Дополнительная Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). М.: Гэотар-медиа, 2008.- 384 с. Дехнич Н.Н., Козлов С.Н. Антисекреторная терапия в гастроэнтерологии. М.: Гэотар-медиа, 2009.- 128 с. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. и др. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. М.: Литтерра, 2007.- 1056 с. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода и желудка. Москва. «МЕДпресс-информ». 2002.- 144С. Кешав С. Пер. с англ. С.В. Демичева. Под ред.</p>
<p>Обучающийся должен уметь: Диагностировать источник кровотечения, его непосредственную причину. Оценить скорость кровотечения, величину кровопотери (то есть степень тяжести). Составлять программу экспресс-минимум обследований. Оказывать неотложную терапию, определять показания к оперативному лечению.</p>	

В.Т. Ивашкина. Наглядная гастроэнтерология. М.: Гэотар-Медиа, 2008.- 136 с.

Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. Под редакцией Шевченко Ю.Л., Денисова И.Н., Кулакова В.И., Хаитова Р.М. «ГЭОТАР-МЕД». 2003.- 1248С.

Козлова И.В., Милина Ю.Н. Актуальные и нерешенные проблемы дивертикулярной болезни кишечника // Consilium medicum.- 2009.- №2.- С.48-53.

Комаров Ф.И. Неспецифический язвенный колит. М.: «Медицинское информационное агентство», 2008.- 256 с.

Курыгин А.А. Послеоперационные желудочно-кишечные язвы. М.: «Политехника», 2004.- 168 с.

Лазебник Я.Б., Дроздов В.Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. М.: Анахарсис, 2003.- 208С.

Маев И.В., Дичева Д.Т., Жилиев Е.В. и др. Трудность диагностики опухолей тонкой кишки // Consilium medicum.- 2009.- №2.- С.53-58.

Овчинников А.А. Желудочно-кишечные кровотечения. // Врач.- 2002.- №2.- С.11-16.

От симптома к диагнозу. Руководство для врачей. С.Стерн, А.Сайфу, Д.Олткорн. Перевод с англ. «ГЕОТАР-МЕДИА», Москва, 2008.

Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С. и др. Руководство по колопроктологии. М.: Гэотар-Медиа, 2004.- 488 с.

Романов В.А. Эндоскопический атлас (www.mdk-arbat.ru). 2007.- 210 с.

Стасева И.М. Тактика ведения больных со стрессовыми язвами // Consilium medicum.- 2009.- №1.- С.14-18.

Задание 2.

Для того, чтобы овладеть умениями и навыками, приведенными выше, Вы должны воспроизвести и при необходимости восстановить Ваши знания, касающиеся данной темы.

В процессе самоподготовки обратите внимание на следующие контрольные вопросы:

1. Перечислить заболевания, осложняющиеся кровотечением из ЖКТ?
2. Основные признаки кровотечения из ЖКТ?
3. Какие критерии используются для определения степени тяжести кровотечения?
4. Каков необходимый экспресс-минимум лабораторных данных?
5. Какие варианты первоочередных мероприятий могут быть в лечебной тактике в зависимости от тяжести кровотечения?
6. Показания к оперативному лечению?

**Соответствуют ли Ваши знания необходимым требованиям, Вы можете проверить по следующим контрольным тестовым заданиям
Выберите один или несколько правильных ответов**

НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

- 1) эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки
- 2) разрыв варикозно-расширенных вен пищевода и желудка
- 3) эрозивный гастрит и пептическая язва пищевода
- 4) опухоли пищевода и желудка
- 5) ангиодисплазия желудка

КАК КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

- 1) рвота с примесью неизменной крови
- 2) рвота с примесью крови темно-вишневого цвета
- 3) рвота содержимым типа «кофейной гущи»
- 4) мелена
- 5) гематохезия

ПРИЕМ КАКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ МОЖЕТ СТИМУЛИРОВАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ МЕЛЕНА

- 1) НПВП
- 2) кортикостероидов
- 3) препаратов железа
- 4) препаратов висмута
- 5) активированного угля

О КАКОМ ДЕФИЦИТЕ ОЦК У БОЛЬНОГО С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ МОЖНО ДУМАТЬ ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ ШОКОВОГО ИНДЕКСА АЛЬГОВЕРА 1,0

- 1) 15%
- 2) 30%
- 3) 40%
- 4) 50%
- 5) 70%

КАКАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ТИПУ FORREST IB

- 1) струйное артериальное кровотечение
- 2) кровотечение с медленным выделением крови
- 3) наличие тромба в области дна язвы с видимым участком некротизирующего кровеносного сосуда
- 4) наличие сгустков крови в просвете желудка без признаков продолжающегося кровотечения
- 5) эрозивно-язвенное поражение желудка без признаков состоявшегося кровотечения

КАКОВА ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ СВЕЖЕГО ТРОМБА В ДНЕ ЯЗВЫ

- 1) 90%
- 2) 70%
- 3) 50%
- 4) 35%
- 5) 25%

КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА ЭНДОСКОПИЧЕСКИ ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ ОБНАРУЖИТЬ НЕ УДАЕТСЯ

- 1) рентгенологическое исследование желудка
- 2) компьютерная томография
- 3) эндоскопическая ультрасонография
- 4) ангиография
- 5) сцинтиграфия

НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОТРАНСФУЗИИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

- 1) наличие шока
- 2) падение уровня гемоглобина ниже 120 г/л
- 3) падение уровня гемоглобина ниже 100 г/л
- 4) падение уровня гемоглобина ниже 80 г/л
- 5) падение уровня гемоглобина ниже 60 г/л

9. КАКИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ СЛУЖАТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

- 1) электрокоагуляция
- 2) термокоагуляция
- 3) инъекционная склеротерапия
- 4) комбинированное применение термокоагуляции и инъекционной склеротерапии
- 5) лазеротерапия

10. КАКИЕ МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

- 1) введение сосудосуживающих препаратов (вазопрессина, соматостатина и др.)
- 2) эндоскопическая электро- и термокоагуляция
- 3) эндоскопическая склерозирующая терапия
- 4) эндоскопическое лигирование варикозных узлов
- 5) баллонная тампонада варикозных узлов с помощью зонда Сенгстейкена-Блейкмора.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1), 2), 3), 4).

2), 4).

3), 4), 5).

2).

2).

4).

4), 5).

1), 3).

1), 2), 3), 4).

1), 3), 4), 5).

Задание 3.

Разберите основные положения по теме: «Дифференциальный диагноз при желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК)».

ПРИЧИНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

1. Болезни желудка и ДПК.
2. Хроническая язва.
3. Острые эрозии и язвы.
4. Острый гастрит и дуоденит.
5. Опухоли.
6. Ущемленная грыжа диафрагмы.
7. Варикозное расширение вен желудка.
8. Болезни пищевода.
9. Рак.
10. Пептическая язва.
11. Пептический эзофагит.
12. Разрыв (синдром Маллори-Вейса).
13. Варикозное расширение вен.
14. Болезни кишечника.
15. Неспецифический язвенный колит.
16. Дивертикулез и язва меккелева дивертикула.
17. Хронический язвенный энтерит.
18. Туберкулезный илеотифлит.
19. Болезнь Крона.
20. Протозойный колит.
21. Бактериальный колит.
22. Геморрой.
23. Доброкачественные опухоли.
24. Злокачественные опухоли.
25. Сосудистые эктазии.
26. Другие болезни
27. Геморрагический васкулит.
28. Тромбоцитопеническая пурпура.
29. Тромбоз брыжеечных артерий.

30. Телеангиэктазия.
31. Синдром гемобилии.
32. Цинга.

В клинической симптоматике ЖКК различают два периода – латентный и генерализованный (явный). Длительность латентного периода с момента поступления крови в пищеварительный тракт зависит от темпа и объема кровопотери, составляя от нескольких минут до суток, при этом клинические проявления отсутствуют или крайне скудны.

Генерализованный период характеризуется яркой клинической симптоматикой – слабостью, шумом в ушах, головокружением, холодным потом, сердцебиением, снижением артериального давления, обмороками. В дальнейшем у больного появляется беспокойство или заторможенность, бледность кожных покровов, иногда брадикардия вследствие вагусного влияния. При кровотечениях из верхних отделов ЖКТ начало явного периода связывают, как правило, с появлением рвоты с кровью (цвета «кофейной гущи», темные сгустки или ярко-красная кровь) или мелены – черного, дегтеобразного, кашицеобразного, мажущего стула со специфическим зловонным запахом.

Степень кровопотери можно оценить клинически по данным внешнего осмотра пациента – бледность кожных покровов и слизистых оболочек, учащение пульса, снижение артериального давления;

по данным клинического анализа крови – снижение содержания эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, изменение цветового показателя крови.

Необходимый экспресс-минимум лабораторных данных при желудочно-кишечных кровотечениях:

1. Анализ крови (гемоглобин, ретикулоциты, гематокрит, тромбоциты и др.), мочи, кала.
2. Исследование коагуляционных свойств крови (протромбиновое время и др.).
3. Пальцевое исследование прямой кишки.
4. Группа крови и резус-фактор.
5. Ургентная ЭГДС.
6. ЭКГ.
7. Рентгенологическое исследование грудной клетки (рентгеновский снимок брюшной полости по особым показаниям).

В зависимости от тяжести кровотечения могут быть следующие варианты первоочередных мероприятий:

Экстренные меры:

1. Освободить у больного дыхательные пути и извлечь все вставные зубы и протезы.
2. Канюлировать югулярные вены.
3. Если пульс превышает 100 ударов в минуту, ввести в/в 500 мл полиглюкина в течение 50-60 минут и при необходимости инфузии повторять.

При отсутствии гемодинамической стабильности начать переливание крови (уровень гемоглобина в первые часы не является достаточно информативным показателем тяжести кровотечения). Повторные гемотрансфузии проводятся до повышения уровня гемоглобина (10г на 100 мл крови).

Препараты на основе декстрана (полиглюкин и др.) могут быть причиной гемодилуции: 1000 мл препарата снижают показатель гемоглобина в среднем на 10%. Необходимо иметь запасы крови (или эритроцитарной массы) группы 0(I) резус-отрицательной (Rh-) для проведения

гемотрансфузий при неотложных состояниях, характеризующихся продолжающимся кровотечением, падением систолического артериального давления ниже 100 мм.рт.ст., несмотря на введение коллоидных растворов. При этом риск от гипотензии может превышать риск от потери самой крови. В этих ситуациях оправдано установление мочевого катетера для того, чтобы мониторировать состояние гемодинамики количеством выделяемой мочи. Ведение больных с кровотечением из пищеварительного тракта требует участия специалистов разного профиля.

Основанием для госпитализации больного в палату реанимации является наличие признаков массивного кровотечения: выраженная бледность кожи и слизистых оболочек, холодные конечности, пульс свыше 100 ударов в минуту, систолическое артериальное давление ниже 100 ударов в минуту, систолическое артериальное давление ниже 100 мм.рт.ст., особенно у больных с высоким риском смерти, повторяющиеся кровотечения, низкое центральное венозное давление (меньше 100 мм. водного столба).

Очень эффективно (в плане остановки кровотечения и кровезамещения) прямое переливание одногруппной крови от донора, однако в широкой врачебной практике это трудно осуществить. Поэтому в последние годы в первую очередь рекомендуют вливание свежезамороженной плазмы (500-1000 мл внутривенно струйно или достаточно быстро капельно – около 100 капель в 1 мин.). При этом преследуются три основные цели: борьба с ДВС-синдромом, восполнение потери объема крови (плазмы), остановка кровотечения (так как в свежезамороженной плазме лучше всего сохраняются факторы свертывания, поэтому она обладает гемостатическими свойствами).

При умеренных пищеводных и желудочных кровотечениях, обусловленных «агрессивным» воздействием активного желудочного сока на слизистую оболочку этих органов, с успехом применяют блокаторы H₂-рецепторов (ранитидин, фамотидин и т.д.).

Показания к хирургическому лечению при кровотечении из верхних отделов ЖКТ при рецидиве кровотечения зависит от диагноза и его причины. Единственным показанием к оперативному вмешательству является тяжесть продолжающегося или повторно возникшего кровотечения несмотря на адекватные лечебные мероприятия, включая гемотрансфузии (6 трансфузий лицам моложе 60 лет), эндоскопические манипуляции и адекватную медикаментозную терапию. При отсутствии повторного кровотечения, обнаружение при эндоскопическом исследовании на дне язвы свежего тромба или сосуда, не являются показаниями для операции. Такие больные нуждаются в наблюдении.

Показанием к хирургическому вмешательству при кровотечении из нижних отделов ЖКТ является продолжающееся или рецидивирующее кровотечение несмотря на проведение адекватного консервативного лечения, включая переливание крови (сегментарная резекция кишки, если место кровотечения установлено; слепая правосторонняя гемиколэктомия, если место кровотечения не найдено и больной в старческом возрасте, так как у них часто источник кровотечения локализуется в этих отделах в связи с наличием ангиодисплазии).

Таблица

Клинические симптомы и причины кровотечений из нижних отделов ЖКТ в различном возрасте

Симптомы	Молодой возраст	Средний возраст	Пожилой возраст
Боль в животе	НЯК, болезнь Крона	НЯК, болезнь Крона	Ишемический колит, НЯК, болезнь Крона
Отсутствие болевого синдрома	Дивертикул Меккеля, полипоз	Дивертикулез, полипы, рак	Ангиодисплазия, дивертикулез, полипы, рак
Диарея	НЯК, болезнь Крона, инфекция	НЯК, болезнь Крона, инфекция	Ишемический колит, инфекция НЯК, болезнь Крона
Недержание кала	Геморрой, трещина, язвы прямой кишки	Геморрой, трещина	Рак, геморрой, трещина

Таблица

Причины кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта

Частые (около 90%)	Менее частые (8%)	Редкие (2%)
ЯБ ДПК (38%) ЯБ желудка (20%) Острые язвы и эрозии желудка (6%) Синдром Мэллори-Вейса (6%) Неустановленный источник (20%)	Дуодениты, варикозные вены пищевода и желудка, эзофагиты, опухоли пищевода и желудка.	Наследственные телеангиоэктазии, аортодуоденальные фистулы, дефекты гемостаза, псевдоксантомы, панкреатиты, ангиодисплазии, гастропатия, обусловленная портальной гипертензией.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ КРОВОПОТЕРИ

Приблизительно оценить объем острой кровопотери можно с помощью следующего теста: измеряется артериальное давление и подсчитывается пульс: сначала в положении больного лежа на спине, а затем в положении сидя. Если в положении сидя систолическое давление снизилось на 20 мм.рт.ст. или более, а пульс участился на 25% или более, то кровопотеря составляет более 1 л. Быстрая потеря около 25% объема крови приводит к шоку, а около 50% - к смерти. Более точно объем кровопотери можно определить по клинико-лабораторным показателям и относительной плотности крови.

Вычисление шокового индекса Альговера

Шоковый индекс Альговера – это отношение частоты пульса к уровню систолического АД.

Таблица

Определение степени кровопотери по шоковому индексу Альговера

Показатели шокового индекса	Объем кровопотери
0,8 и менее	10% ОЦК
0,9-1,2	20% ОЦК
1,3-1,4	30% ОЦК
1,5 и более	40% ОЦК
Около 0,6-0,5	Нормальный ОЦК

Определение степени кровопотери по Г.А. Барашкову

Метод Барашкова Г.А. основан на определении относительной плотности крови с использованием серии растворов меди сульфата с относительной плотностью от 1,034 кг/л до 1,075 кг/л.

Каплю венозной гепаринизированной крови опускают во флаконы с растворами меди сульфата. Если плотность крови ниже плотности данного раствора, капля сразу всплывает, если выше – тонет. Если капля крови остается взвешенной в течение 3-4 с., это указывает на соответствие их плотности. Далее о степени кровопотери судят по ниже представленной таблице.

Таблица

Величина кровопотери по относительной плотности крови.

Величина кровопотери	Относительная плотность крови, кг/л	Нв, г/л	Нт, %	АД	Пульс
До 500 мл	1,057-1,054	110-100	44-40	Норма	Норма
600-1000 мл	1,053-1,050	101-83	38-32	Незначительно снижено	Несколько учащен
1000-1500 мл	1,049-1,044	88-63	30-23	Снижено	Учащен
Свыше 1500 мл	1,043 и ниже	70 и ниже	22 и ниже	Низкое	Нитевидный

КЛАССИФИКАЦИЯ ТЯЖЕСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

(Брюсов П.Г., 1986г.)

Легкая степень кровотечения:

- дефицит ОЦК не превышает 20%;
- состояние больного удовлетворительное;
- возможно наличие слабости, головокружения;
- частота пульса до 90 в 1 минуту;
- АД нормальное или имеется тенденция к небольшому его снижению;
- содержание гемоглобина выше 100 г/л;
- гематокрит более 0,30.

Средняя степень тяжести кровопотери:

- дефицит ОЦК в пределах 20-30%;
- состояние больного средней тяжести;
- отмечается выраженная общая слабость, головокружение, потемнение перед глазами;
- частота пульса до 100 в 1 минуту;
- умеренная артериальная гипотензия;
- содержание гемоглобина 100-70 г/л;
- гематокрит 0,30-0,35.

Тяжелая степень кровопотери:

- дефицит ОЦК 30-40%;
- состояние больного тяжелое;
- резкая слабость, сильное головокружение, одышка, возможны боли в области сердца (преимущественно у пожилых и пациентов с ИБС);
- частота пульса 100-150 в 1 минуту;

- АД систолическое снижается до 60 мм.рт.ст.
- содержание гемоглобина 70-50 г/л;
- гематокрит менее 0,25.

Крайне тяжелая степень кровопотери:

- дефицит ОЦК свыше 40%;
- состояние больного крайне тяжелое;
- больной без сознания, покрыт холодным потом, кожа бледная, цианоз слизистых оболочек, одышка;
- пульс и АД не определяются;
- гемоглобин ниже 50 г/л;
- гематокрит менее 0,25-0,20.

Таблица

Клинико-лабораторные показатели, определяющие степень кровопотери

Степень тяжести	Кровопотере-ря, мл (%) от нормального ОЦК	Нб, г/л	Нт, %	ЧСС, уд/мин	Систолическое АД, мм.рт.ст.
I- доклиническая	до 500 (10)	130-105	45-40	76-84	125-115
II- легкая	500-1000 (10-20)	100-85	38-32	90-110	110-100
III- средней тяжести	1000-1500 (20-30)	80-65	30-24	120-130	95-85
IV- тяжелая	более 15000 (более 30)	ниже 65	25 и ниже	130 и ниже	80 и ниже

Таблица

Клинические проявления кровотечений из ЖКТ

Характер кровотечения	Возможная причина
Рвота неизменной кровью со сгустками	Разрыв варикозных вен пищевода: массивное кровотечение из язвы желудка: синдром Мэллори-Вейса
Рвота «кофейной гущей»	Кровотечение из язвы желудка или ДПК; другие причины кровотечения в желудке.
Дегтеобразный стул (мелена)	Источник кровотечения, скорее всего, в пищеводе, желудке, ДПК; источник кровотечения может находиться в тонкой кишке.
Темно-красная кровь, равномерно перемешанная с калом	Источник кровотечения, скорее всего, находится в слепой и восходящей толстой кишке.
Прожилки или сгустки алой крови в кале обычного цвета	Источник кровотечения – в нисходящей или сигмовидной кишке.

Алая кровь в виде капель в конце дефекации	Геморроидальное кровотечение; кровотечение из анальной трещины.
--	---

Таблица

Диагностическое значение болевого синдрома при кровотечениях из нижних отделов ЖКТ (А. Шептулин, 2000)

Характер болей	Возможные причины
Боли предшествуют кишечным кровотечениям	Острые или хронические воспалительные заболевания кишечника
Внезапные боли с последующим профузным кровотечением	Разрыв аневризмы аорты в просвет тонкой кишки
Боли в области заднего прохода, возникающие во время дефекации или после неё	Геморрой, анальная трещина
Безболевое кишечное кровотечение	Телеангиоэктазии слизистой оболочки кишечника

По клиническому течению различают скрытые ЖКК, характеризующиеся хроническим течением (малыми порциями в виде «подкравливания»), и явные, как правило, массивные.

НЕОТЛОЖНЫЕ ВОПРОСЫ, которые необходимо решить врачу при подозрении на острое кровотечение из пищеварительного тракта.

Подтвердить, что действительно было кровотечение из пищеварительного тракта.

Это необходимо в связи с тем, что возможно ошибочное толкование больными и окружающими некоторых симптомов. Например, характерная для желудочного кровотечения рвота типа «кофейной гущи» может быть в действительности рвотой после приема кофе или кофейных напитков, а черный стул, напоминающий мелену, может быть после употребления в пищу свеклы, приема внутрь карболена, препаратов, содержащих соли висмута (викалин, викаир, де-нол), железо (ферроплекс, ферроградумет) и т.д.

Установить место кровотечения (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка и т.д.).

Нередко уже на основании характерных клинических симптомов его удастся ориентировочно определить (рвота алой кровью – кровотечение из пищевода, типа «кофейной гущи» – из желудка, стул типа мелены – кровотечение из желудка и тонкой кишки, проксимальных отделов толстой кишки; выделение чистой крови – при кровотечениях из дистальных её отделов). Неотложное дообследование больного позволяет во многих случаях установить место кровотечения с большей уверенностью.

Установить причину кровотечения (основное заболевание).

Определить (хотя бы ориентировочно) степень кровопотери.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ И ИХ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- Разрыв варикозных вен пищевода (ВВП).

Причиной ВВП является портальная гипертензия, возникающая вследствие внутрипеченочной (цирроз, гепатит) или внепеченочной блокады. Диагностика ВВП несложна: расширенные и извитые вены синюшного оттенка, как правило, хорошо видны при эзофагоскопии, проводить

которую при подозрении на ВВП нужно очень аккуратно, чтобы не вызвать дополнительную травму истонченных стенок вен. Лечение больных с ВВП – наиболее важный фактор снижения летальности при ЖКК. Первая помощь заключается в длительной (1-2 суток) тампонаде вен баллонным зондом и внутривенном введении 1% раствора нитроглицерина (для снижения портального давления) и вазопрессина (препарата гипофиза). Это позволяет на время остановить кровотечение примерно у 60-80% больных. При неэффективности этой меры или угрозе рецидива кровотечения можно предпринять попытку эндоскопической склеротерапии с внутривазальным или паравазальным (что безопаснее) введением склерозантов – 2% раствора тромбовара или варикоцида, 1-3% раствора этоксисклерола (полидоканола), цианокрилатов (гисторил, гистоакрил, цианакрил, цианокрилатклебер), фибринклебера в смеси с иодолиполом в соотношении 1:1. При их отсутствии используют 96% этиловый спирт.

Эндоскопическое лечение ВВП показано у больных старше 60 лет, ранее многократно оперированных, с тяжелой сопутствующей патологией. Условиями относительно безопасного проведения лечебной ЭГДС являются стабильная гемодинамика и отсутствие выраженных нарушений функции печени. Осложнения склеротерапии ВВП нередки. К ним относятся изъязвления слизистой оболочки пищевода с кровотечением, гнойный тромбофлебит, некроз слизистой пищевода, перфорация пищевода. Летальность после экстренного склерозирования вен на фоне продолжающегося кровотечения достигает 25%, после плановой склеротерапии существенно ниже – 3,7%.

Перспективный метод лечения кровотечения из ВВП – эндоваскулярная эмболизация вен пищевода. В сочетании с эндоскопическим склерозированием оно позволяет снизить летальность в экстренных случаях до 6-7%.

Шунтирующие операции (портокавальные, спленоренальные, мезокавальные и другие анастомозы) выполняют, чтобы направить кровь из пищеводных вен с высоким давлением в системные вены с низким давлением. Однако на высоте кровотечения они весьма рискованны. После шунтирующих операций частота пищеводных кровотечений уменьшается, но смертность остается высокой, больные погибают не от кровотечения, а от печеночной недостаточности и энцефалопатии, вызванной гипераммониемией. Рекомендуется декомпрессия только пищеводных и желудочных вен путем наложения селективного дистального спленоренального шунта.

- Разрыв слизистой кардиального отдела желудка (синдром Мэллори-Вейса) наблюдается при сильной рвоте. Появление свежей крови при повторной рвоте позволяет предположить патологию. Диагноз ставят по данным ЭГДС. Кровотечение может быть довольно интенсивным, но часто останавливается самостоятельно на фоне покоя и гемостатической терапии. При продолжающемся кровотечении оправдана попытка электрокоагуляции кровоточащих сосудов во время эндоскопии. Изредка возникают показания к операции (гастротомия и прошивание сосудов в области разрыва).

- Эрозивный эзофагит возникает при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), которая весьма распространена. Часто в основе заболевания лежит грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эрозии в кардиальном отделе пищевода иногда могут быть причиной кровотечения в просвет пищевода и желудка и проявляться, помимо классической симптоматики ГЭРБ (отрыжка, изжога, боли за грудиной), рвотой с примесью крови.

- Дуоденальные, желудочные или маргинальные (после резекции желудка) язвы являются причиной кровотечения у 40-50% больных. Особенно опасны язвы на задней стенке луковицы ДПК, так как они могут быть причиной массивных артериальных кровотечений в результате эрозии ветвей проходящей в этой зоне крупной желудочно-дуоденальной артерии.

Согласно широко распространенной эндоскопической классификации язвенных кровотечений по Форресту, выделяют:

I. Продолжающееся кровотечение

A) профузное (струйное);

B) подтекание крови.

II. Состоявшееся кровотечение:

A) высокий риск рецидива (виден тромбированный сосуд);

B) низкий риск рецидива (наличие гематина на дефекте).

III. Клинические признаки состоявшегося кровотечения (мелена) при отсутствии эндоскопических признаков кровотечения из обнаруженного источника.

Эта классификация позволяет определить лечебную тактику при кровотечениях язвенной этиологии. При профузном кровотечении (IA) показана экстренная операция, так как применение консервативных методов приводит к потере времени и ухудшает прогноз. При подтекании крови из язвы (IB) оправданы попытки остановить кровотечение через эндоскоп, применением моноактивной или биполярной электрокоагуляции с помощью тока высокой частоты, фотокоагуляции высокоэнергетическим лазером, путем аргоново-плазменной коагуляции ионизированным газом или обкалывания язвы этиловым спиртом. Хорошие результаты дает орошение кровоточащей язвы через катетер раствором капрофера – карбонильного комплекса треххлористого железа и эpsilon-аминокапроновой кислоты. Изредка на кровоточащий сосуд накладывают специальные эндоклипсы. Экстренная операция показана и при рецидиве кровотечения, возникающем в ближайшие часы после предварительного гемостаза.

При остановившемся кровотечении с высоким риском рецидива (IIA по Форресту) показана неотложная операция в ближайшие сутки, как правило, утром следующего дня. Наиболее оправданная хирургическая тактика при кровоточащей язве желудка – её иссечение или ушивание в сочетании с пилоропластикой и ваготомией (при отсутствии признаков малигнизации язвы), а при язве ДПК – экономная резекция желудка (антрумэктомия) или (у больных с высокой степенью операционного риска) – ушивание язвы с пилоропластикой и селективной ваготомией.

- Рецидивные пептические язвы после резекции желудка

сравнительно редко являются причиной ЖКК. Обычно они располагаются в месте желудочно-еюнального анастомоза или вблизи него, возникают, как правило, из-за неправильного выбора метода операции и технических погрешностей при её выполнении. Особым упорством и интенсивностью отличаются кровотечения при рецидивных язвах, вызванных гипергастринемией при недиагностированном до операции синдроме Золлингера-Эллисона, если во время резекции был оставлен участок антрального отдела желудка. Повторная операция у больных с резецированным желудком весьма сложна, поэтому у них предпочтительны консервативная терапия и эндоскопические методы гемостаза. В целом выбор лечебной тактики определяется интенсивностью кровотечения, принципы лечения не отличаются от таковых у неоперированных больных.

Иногда эрозивно-язвенные кровотечения возникают вследствие солитарных изъязвлений, описанных Дьелафуа. Это небольшие поверхностные язвочки, на дне которых располагается довольно крупная артерия. Аррозия последней приводит к профузному, иногда – смертельному желудочному кровотечению. В основе заболевания, как считают многие авторы, лежат аневризмы мелких артерий подслизистого слоя желудка. Не исключается, что заболевание обусловлено врожденным пороком развития сосудов. Не последнюю роль в его патогенезе

играют пептический фактор, механические повреждения слизистой, пульсация подлежащих артерий, гипертония и атеросклероз. Солитарные изъязвления Дъелафуа (СИД) обычно располагаются в кардиальной части желудка параллельно малой кривизне, отступая на 3-4 см.

Заболевание обычно проявляется внезапным массивным кровотечением. Консервативная терапия при СИД чаще всего безуспешна, почти все больные погибают от кровопотери. Хирургическое лечение заключается в прошивании стенки желудка до мышечного слоя с перевязкой кровоточащей артерии или в иссечении патологических участков желудочной стенки в пределах здоровых тканей. Эффективной может оказаться эмболизация сосудов.

- Острый геморрагический гастрит

обычно связывают с приемом медикаментов (аспирина, НПВС) и алкоголя. Геморрагический гастрит часто носит эрозивный характер и нередко развивается как стрессовое состояние у больных с сепсисом, ожогами, тяжелой сочетанной травмой, перитонитом, острой дыхательной недостаточностью, инфарктом миокарда, а также после тяжелых хирургических вмешательств в раннем послеоперационном периоде. Провести дифференциальную диагностику острых кровоточащих язв желудка с геморрагическим гастритом можно только с помощью эндоскопического исследования. Остановить кровотечение при остром геморрагическом гастрите очень трудно, так интенсивно кровоточат, как правило, значительные по площади участки слизистой желудка. Имеет значение профилактическое и лечебное парентеральное применение антацидов и H₂-блокаторов, промывание желудка ледяными растворами, орошение слизистой во время эндоскопии растворами капрофера, внутривенное введение гемостатических средств, ингибиторов фибринолиза и вазопрессина, переливание свежей крови и тромбоцитарной массы.

- Распадающиеся опухоли желудка

становятся причиной от 3 до 20% всех ЖКК. В большинстве наблюдений такие кровотечения характеризуются умеренной кровопотерей, нередко самостоятельно прекращаются, а затем могут вновь возобновляться. Кровавая рвота и классическая мелена не столь часты, как при язвенных кровотечениях, но стул может приобретать темный цвет. Диагноз устанавливают или уточняют при ЭГДС. При запущенных раках возможна стертая, атипичная симптоматика. В диагностике осложненных случаев, помимо эндоскопического исследования, важна роль рентгенографии брюшной полости.

Экстренная помощь заключается в эндоскопической электро- или фотокоагуляции лазером, прижигании концентрированным раствором капрофера. В последующем, а также при неэффективности гемостатической терапии показано хирургическое вмешательство, объем которого зависит от локализации опухоли и стадии ракового процесса.

- Полипы желудка

редко вызывают острые кровотечения. Массивные кровотечения чаще бывают при таких доброкачественных опухолях, как лейомиома, нейрофиброма и др. При этом они могут быть их первым проявлением.

- Гемобилия, гематобилия

- выделение крови из желчевыводящих путей. Артериобилиарные фистулы образуются вследствие травмы, биопсии печени, печеночных абсцессов, рака, аневризмы печеночной артерии. Нередко наблюдается сочетание признаков ЖКК с печеночными коликами и желтухой. При ЭГДС отмечается наличие крови в ДПК и выделение её из фатерова соска. В качестве лечебного мероприятия может быть рекомендована селективная эмболизация печеночной артерии, а при неэффективности – её перевязка.

Желудочно-кишечный эндометриоз

встречается довольно редко. Диагноз позволяют поставить повторные ЖКК, возникающие синхронно с месячными. Появлению мелены или темного стула либо гематохезии предшествуют боли в животе. Эндоскопическое исследование необходимо проводить на высоте кровотечения, но и при этом обнаружить кровоточащий участок желудочной или кишечной слизистой во время ЭГДС или колоноскопии удается крайне редко. С возрастом такие кровотечения уменьшаются и в климактерическом периоде прекращаются.

- Аневризмы аорты и ветвей чревной артерии

могут при разрыве давать массивные, нередко фатальные кровотечения. Им, как правило, предшествуют небольшие продромальные кровотечения – «предвестники». Описаны дуденальные кровотечения в результате возникновения аортокишечной фистулы при несостоятельности анастомоза после протезирования аорты по поводу её атеросклеротического поражения и синдрома Лериша.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ И ИХ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Одна из самых частых причин гематохезии у пожилых больных – дивертикулез толстой кишки. Частота этой патологии увеличивается с возрастом: после 70 лет дивертикулы обнаруживают при колоноскопии у каждого 10-го пациента. Образованию дивертикулов способствуют малоподвижный образ жизни, нарушения функции толстой кишки (склонность к запорам), дисбактериоз кишечника. Кровотечения, нередко массивные, осложняют течение дисбактериоза в 10-30% случаев. Считается, что дивертикулы чаще локализуются в нисходящей и сигмовидной кишке, однако они встречаются и в поперечной ободочной кишке, и в правой половине толстой кишки. Кровотечению при дивертикулезе могут предшествовать боли в животе, но часто оно начинается внезапно и болями не сопровождается. Истечение крови может остановиться самостоятельно и рецидивировать спустя несколько часов или суток. Почти в половине случаев кровотечение бывает однократным.

Консервативная терапия (переливание свежей крови, тромбоцитарной массы, введение ε-аминокапроновой кислоты, децинона, введение вазопрессина в мезентериальную артерию во время ангиографии) эффективна у большинства больных. В некоторых клиниках после ангиографии применяют чрезкатетерную эмболизацию. Если при колоноскопии обнаружен источник кровотечения, что бывает довольно редко, можно рассчитывать и на эффект местных гемостатических мер (электрокоагуляция, орошение капрофером). При продолжающемся или рецидивирующем кровотечении приходится прибегать к хирургическому вмешательству (резекция толстой кишки, объем которой тем меньше, чем точнее топическая диагностика).

При полипах толстой кишки изредка возникают кровотечения в случаях самопроизвольного отрыва ножки полипа или – значительно чаще – при воспалении и изъязвлении его поверхности.

Массивное кровотечение из распадающейся злокачественной опухоли толстой кишки встречается очень редко. Чаще отмечают хронические перемежающиеся кровотечения в виде небольших «плевков» крови, иногда – в смеси со слизью или – при высоком расположении опухоли – с изменением цвета и консистенции каловых масс.

Кровотечения умеренной или малой интенсивности возможны при неспецифических колитах (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона), туберкулезе кишечника и острых инфекционных колитах. Для этих заболеваний характерны боли в животе, предшествующие появлению крови, которая, как правило, смешана со слизью. В диагностике и дифференциальной диагностике колитических кровотечений важную роль играет колоноскопия, позволяющая выявить различия в эндоскопических проявлениях отдельных

заболеваний. Уточнить диагноз помогает морфологическое исследование биоптатов кишечной стенки.

Эмболия и тромбоз мезентериальных сосудов при атеросклеротическом их поражении у стариков, эндартериитах и системных васкулитах у более молодых пациентов, эмболия из полостей сердца (при инфаркте миокарда, пороках сердца) или из аорты (при её атеросклеротическом поражении) могут явиться причинами острых нарушений мезентериального кровообращения, ишемических поражений и геморрагического инфаркта кишечника, проявляющихся выделением довольно большого количества измененной крови. Для таких кровотечений характерны предшествующий им выраженный болевой синдром, тошнота, рвота, иногда – коллаптоидное состояние, а по мере прогрессирования болезни – нарастание симптомов интоксикации, перитонеальные явления.

При геморрагическом инфаркте толстой кишки в зависимости от стадии заболевания колоноскопия выявляет обширные участки отечной, цианотичной или пропитанной кровью слизистой с повышенной кровоточивостью, множественные подслизистые кровоизлияния. Позже появляются поверхностные кровоточащие изъязвления, могут возникать участки некроза с последующим распадом тканей и перфорацией. При высокой окклюзии верхней брыжеечной артерии возможны инфаркт и некроз всего тонкого кишечника и правой половины толстой кишки; при тромбозах нижней брыжеечной артерии в связи с наличием мощных сосудистых коллатералей инфарктирование обычно ограничивается сигмовидной кишкой.

В сложных диагностических ситуациях весьма полезна ангиография – точно устанавливается характер нарушения кровотока, локализация и протяженность окклюзии, наличие коллатералей. При подозрении на инфаркт кишечника важную диагностическую информацию дает лапароскопия.

Лечение больных с кишечным кровотечением на фоне острых нарушений мезентериального кровообращения, как правило, оперативное. Поскольку кровь в просвете кишки обычно появляется на стадии инфаркта кишечника, что свидетельствует о декомпенсации мезентериального кровообращения, выполняют резекцию необратимо измененных участков кишки, которую дополняют вмешательством на брыжеечных сосудах с целью восстановления кровообращения жизнеспособных остающихся отделов.

Довольно редкая причина кишечных кровотечений – геморрагический ангиоматоз толстой и тонкой кишки, которым проявляется ангиодисплазия, известная под названием болезни (синдрома) Рандю-Ослера-Вебера. Диагностику облегчает современная видеоколоноскопия с высоким разрешением, позволяющая обнаружить даже мелкие изменения сосудистого рисунка слизистой.

Капиллярные и кавернозные гемангиомы и ангиодисплазии тонкой и толстой кишки (артериовенозные мальформации) являются причиной массивных кишечных кровотечений в 30% случаев. Клинически заболевание проявляется, главным образом кровотечениями из прямой кишки во время дефекации и вне зависимости от неё. При кавернозных гемангиомах возможны массивные кровотечения, сопровождающиеся коллапсом. Изредка отмечаются боли в нижних отделах живота, усиливающиеся перед кровотечением. Для ангиом прямой кишки характерны ложные позывы на дефекацию, чувство неполного опорожнения, временами возникают запоры. Дифференциальная диагностика с другими причинами гематохезии, особенно с кровоточащими неспецифическими колитами, туберкулезом кишечника, геморроем, очень непроста.

Основную роль в диагностике гемангиом толстой кишки играют ректосигмоскопия и колоноскопия. При эндоскопическом исследовании выявляют синюшно-багровый цвет слизистой кишки на ограниченном участке, отсутствие типичной складчатости, расширенные,

извитые, взбухающие сосуды, образующие неправильной формы сплетения, четко отграниченные от неизмененных участков слизистой. Биопсия таких образований может привести к массивному кровотечению, остановить которое бывает очень трудно. Основным и наиболее радикальным методом лечения гемангиом кишечника является хирургический, хотя, по мнению В. Федорова, лечебная тактика требует дифференциального подхода. При развитии массивного кровотечения из низкорасположенных гемангиом производят эмболизацию и перевязку верхней прямокишечной артерии, что останавливало кровотечение, хотя и временно. При незначительном и периодически повторяющемся кровотечении, не сказывающемся на общем состоянии больного, допустима выжидательная тактика. После прекращения выделения крови небольшие ангиомы дистальных отделов толстой кишки могут быть удалены методом электроэксцизии или подвергнуты склеротерапии.

Самая частая причина ректального кровотечения – геморрой. Геморроем страдает более 10% взрослого населения, выделение свежей крови из прямой кишки – один из основных его симптомов. Алая кровь при геморрое обычно становится заметной в конце акта дефекации. Кал сохраняет обычный цвет. Кровотечение может сопровождаться болями и чувством жжения в заднем проходе, которые усиливаются во время дефекации и после неё. Нередко геморроидальные узлы выпадают при натуживании. При массивных геморроидальных кровотечениях требуется активная гемостатическая терапия. При повторных кровотечениях рекомендуют гливенол внутрь (по 1 капсуле 4 раза в день) и свечи с тромбином или с адреналином. Возможно применение инъекций склерозирующих препаратов. Радикальным методом лечения являются различные виды геморроидэктомии. Сходную клиническую картину дает трещина заднего прохода. Для дифференциальной диагностики с геморроидальным кровотечением, как правило, достаточно пальцевого ректального исследования и аноскопии.

Значительные кровотечения в детском возрасте могут быть вызваны изъязвлениями слизистой оболочки дивертикула Меккеля. Клиническая картина очень похожа на проявления острого аппендицита, диагноз у большинства больных устанавливается во время аппендэктомии. У детей первых 2 лет жизни выделение из заднего прохода порции крови со слизью (имеющей вид малинового желе) в сочетании с беспокойством и криком является основным симптомом инвагинации толстой кишки – острого заболевания, весьма частого в этом возрасте. Для его диагностики, а иногда и лечения применяют воздушную ирригоскопию (дозированное введение воздуха в толстую кишку под контролем рентгеновского экрана).

Высокий риск

- **повторного кровотечения и смерти имеют больные при наличии:**

- Рвоты и мелены (сочетание).
- Свежей крови в кале.
- Продолжающегося кровотечения или его рецидива.
- Возраста свыше 60 лет или кардиореспираторных заболеваний, ухудшающих гемодинамику и функцию дыхания.
- Болезней, в терапии которых использовались НПВП.
- Пульс чаще 100 ударов в минуту.

Показаниями к гемотрансфузии у этих больных являются следующие:

- Венозное давление ниже 100 мм водного столба (в норме 120-150).
- Прохладные (холодные) и влажные на ощупь конечности.
- Систолическое артериальное давление менее 100 мм. рт. ст. (у молодых больных возникает поздно).

Низкий риск

повторного кровотечения и смерти имеют больные:

- В возрасте моложе 60 лет.
- С рвотой в виде «кофейной гущи» без мелены.
- При кровотечении, индуцированном приемом алкоголя.
- При отсутствии гемодинамических расстройств (пульс менее 100 ударов в мин., систолическое артериальное давление более 100 мм.рт.ст., венозное давление не ниже 100 мм. водного столба, конечности теплые, потливости нет, диурез более 30 мл в час).
- Отсутствие эндоскопических признаков продолжающегося кровотечения.

ПЕРВИЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Анализ крови (гемоглобин, ретикулоциты, гематокрит, тромбоциты и др.).
2. Исследование коагуляционных свойств крови (протромбиновое время и др.).
3. Электролиты.
4. Группа крови и резус-фактор.
5. Газы крови.
6. ЭКГ.
7. Рентгенологическое исследование грудной клетки (рентгеновский снимок брюшной полости по особым показаниям).

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ.

При тяжелом кровотечении:

1. Полный клинический анализ крови; исследуются факторы коагуляции, группа крови, электролиты крови и др.
2. Ректороманоскопия или сигмоскопия «твердым» эндоскопом (это исследование предшествует проведению по показаниям колонофиброскопии).
3. ЭГДС – проводится по показаниям с целью исключения кровотечения в пищеводе, желудке и ДПК.
4. Ангиография, если кровотечение не останавливается в течение 4-х часов.

При среднем и тяжелом кровотечении:

1. Исследование крови в том же объеме.
2. Ректороманоскопия.
3. Колоноскопия (производится только тогда, когда кровотечение остановилось).

ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕ УСТАНОВЛЕН.

Возможные причины, которые не позволили установить источник кровотечения:

1. Неадекватное эндоскопическое исследование (запоздалое, неудавшееся осмотреть все верхние отделы пищеварительного тракта и т.д.).
2. Зажившие эрозии и острые язвы.
3. Кровотокающий сосуд при отсутствии изъязвления (часто располагается на малой кривизне).
4. Кровотечение из н/З ДПК и ниже (язвенный еунит, дивертикул Меккеля, толстая кишка и другие не исследованные отделы пищеварительного тракта).
5. Носовые кровотечения.
6. Редкие причины.

Ведение больного:

- Повторно оценить больного.
- Не проводить диагностических исследований, которые могут ухудшить состояние больного.
- При необходимости повторить эндоскопическое исследование.
- Исключить редкие причины кровотечения (исследовать факторы коагуляции, провести радиоизотопное исследование тонкой кишки, ЭРХПГ, лапароскопию, селективную ангиографию).
- Однако все эти дополнительные исследования следует проводить только после двух безуспешных эндоскопических исследований, выполненных высококвалифицированным специалистом.

ПРОФИЛАКТИКА

острых кровотечений из органов пищеварительного тракта – это прежде всего своевременное лечение заболеваний, которые могут осложниться кровотечениями (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), профилактика их обострений, хирургическое наложение портокавального анастомоза у больных с расширением вен пищевода и кардиального отдела желудка. Пациентам с заболеваниями, которые могут осложняться кровотечениями, следует избегать влияния факторов, провоцирующих их возникновение (прием острой раздражающей пищи, крепких алкогольных напитков, значительное физическое напряжение и т.д.).

Задание 4.

Проверить усвоение знаний и умений необходимо при решении следующих клинических задач.

Задача №1

Больная Н., 32 года, доставлена машиной «скорой помощи» с жалобами на многократную рвоту (был дегтеобразный стул). Бледность. АД 85/60 мм.рт.ст. Пульс 110 ударов в мин.

Вопросы:

Первоочередные мероприятия?

Задача №2

Больной жалуется на выделение стула темнобордового цвета в течение 5 дней. Гемоглобин при поступлении 90 г/л. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 90 ударов в мин.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

Предпочтительные методы исследования?

Задача №3

У больного появилась кровавая рвота. Объективно: имеются отеки, асцит, расширение поверхностной венозной сети на передней брюшной стенке.

Вопросы:

Ваше предположение о источнике и причине кровотечения?

Тактика лечения?

Задача №4

Больной жалуется на дегтеобразный стул, боли в правом подреберье. В анамнезе желчно-каменная болезнь. Объективно: желтуха, небольшая гепатомегалия.

Вопросы:

Диагностическая гипотеза?

Задача №5

У больного Т. после приема алкоголя появились неукротимая рвота (сначала желудочным содержимым, а затем чистой кровью).

Вопросы:

Диагностические предположения, тактика лечения?

Задача №6

Больная С., 54 года, в течение последних 2 дней был жидкий стул обычного цвета, сегодня кал приобрел ярко-красный цвет.

Вопросы:

Источник кровотечения?

ЭТАЛОНЫ РЕШЕНИЙ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Задача №1

Кровотечение из желудка или из ДПК средней степени тяжести? В первую очередь восполнение объема циркулирующей крови.

Задача №2

Кровотечение из слепой, восходящей, ободочной кишки. Ирригоскопия, колоноскопия.

Задача №3

Пищеводное кровотечение, обусловленное портальной гипертензией.

Задача №4

Гемофилия.

Задача №5

Синдром Меллори-Вейса.

Задача №6

Источник кровотечения определить невозможно

Задание 5.

Подготовьте неясные вопросы и положения для выяснения их на практическом занятии!