**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

Автор: В.Г.Вербицкий, д.м.н., профессор, и.о. заведующего кафедрой факультетской хирургии медицинского факультета СПбГУ, ведущий научный сотрудник отдела неотложной хирургии СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Определение.

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) – синдромальный диагноз, объединяющий осложненное кровотечением течение различных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (более 100). Массивные желудочно-кишечные кровотечения нередко (10-15%) являются причиной развития угрожающего жизни геморрагического шока.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

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

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| K92.2 | Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное |

Выделяют кровотечения из верхних отделов ЖКТ (80% случаев), когда источник кровотечения располагается в пищеводе, желудке, двенадцатиперс­тной кишке (проксимальнее связки Трейтца), и нижних отделов ЖКТ — ис­точник в тощей и подвздошной (5%), толстой кишках (15%) (см. таблицу 1).

Таблица 1- Причины желудочно-кишечных кровотечений

|  |  |
| --- | --- |
| Из верхних отделов ЖКТ | Из нижних отделов ЖКТ |
| - 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—Вейсс – 10%  - Опухоли пищевода, желудка и двенад­цатиперстной кишки – 5%  - Другие причины – 5% | - Дивертикулит  - Опухоли и полипы толстой кишки  - Ангиодисплазия  - Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона  - Геморрой  - Инфекционные заболевания |

Классификация ЖКК по клиническому течению: продолжающееся, профузное (как правило, с геморрагическим шоком), остановившееся (состоявшееся) и рецидивное (повторное).

Классификация по степени тяжести кровопотери (Лыткин М.И., Румянцев В.В., 1972).

- Лёгкие (степень I). Состояние удовлетворительное. Однократная рвота или однократный оформленный стул чёрного цвета. ЧСС 80—100 в ми­нуту; систолическое АД >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; систолическое АД 100—120 мм рт.ст.; диурез <2 л/сут.

- Тяжёлые (степень III). Состояние тяжёлое; возможно нарушение сознания вплоть до комы. Повторная рвота малоизменённой кровью, жидкий дёгтеоб­разный стул или стул малоизмененной кровью. ЧСС >120 в минуту; систолическое АД <90 мм рт.ст. Олигурия, метаболический ацидоз.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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 содержимым по типу «кофейной гущи»;

- мелена и/или черный кал – самостоятельные или при пальцевом исследовании прямой кишки.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

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

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

Рвота:

- алой кровью - синдром Мэллори—Вейсс, рак пищевода или кардии желудка;

- тёмной 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 (чёрный стул за счёт превращения гемоглобина в гемосидерин) — при кровотечении из верхних отделов ЖКТ.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.

Наиболее тяжёлое 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 пе­чёночной недостаточности и энцефалопатии; при сочетании болезни, при­ведшей к кровотечению, с ИБС может развиться приступ стенокардии или инфаркт миокарда, обострение гипертонической болезни, сахарного диабета, почечная недостаточность и т.п.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Лёгочное кровотечение, которое сопровождается кашлем и кровохарканьем (аррозия сосудов у больных с бронхоэктазами, пневмосклеро­зом, а также при опухолях гортани и бронхов, туберкулёзе).

- 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 (телеангиоэктазии, расширение подкожных вен брюшной стенки, желтуха, асцит), сыпь (проявления системных болез­ней), кахексия (онкозаболевания).

- Исследование пульса, измерение ЧСС, измерение АД (тахикардия, гипотония).

- Живот, как правило, мягкий, равномерно участвует в акте дыхания, малоболезненный или безболезненный.

- 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, тёмной кровью, «кофейной гущей»).

Показания к госпитализации.

При очевидных симптомах или подозрении на продолжающееся или состоявшееся кровотечение больного нужно экс­тренно госпитализировать. Медицинская эвакуация осуществляется в положении лёжа на носил­ках с приподнятых головным концом.

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

ЛЕЧЕНИЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

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

При наличии признаков геморрагического шока (озноб, холодный пот, снижение наполнения вен, нарастающая тахикардия (ЧСС >100 ударов в мин) и гипотония (АД <100 мм рт.ст.) начать переливание жидкости в/в капельно: раствор натрия хлорида 0,9% — 400 мл, гидроксиэтилкрахмала - 400 мл. Неэффективность терапии указанными плазмозаменителями является показанием к назначению глюкокортикоидных гормонов в дозах 5-15 мг/кг гидрокортизона.

Критериями адекватности восстановления ОЦК при массивной кровопотере служат: уровень САД – 80-100 мм рт.ст., величина ЦВД – не более 12 см вод. ст., скорость диуреза – не менее 40 мл/час, содержание гемоглобина не менее 90 г/л, насыщение гемоглобина капиллярной крови кислородом не менее 95% (FiO2<0,3).

Если у больного нет признаков геморрагического шока, то не стоит то­ропиться с инфузионной терапией.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

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

Согласно Международным рекомендациям в лечебном учреждении должны быть созданы протоколы для мультидисциплинарного ведения пациентов с ЖКК, в том числе они должны включать доступность эндоскописта, обученного проведению эндоскопического гемостаза.

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

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

Достаточно одного из перечисленных критериев для отнесения больного к группе ЖКК.

В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тя­жести состояния, все больные с желудочно-кишечным кровотечени­ем разделяются на 2 основные группы: «**тяжелое ЖКК» - с высоким риском рецидива кровотечения и неблагоприятного исхода и «нетяжелое ЖКК».**

**Протокол обследования больных с ЖКК в СтОСМП:**

Всем больным этой группы в СтОСМП 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:** ФГДС (А, 1++), консультация терапевта, группа крови, резус-фактор, RW.
* **Дополнительные исследования** (по показаниям): Rg-графия груди, биохимический анализ крови: сахар, мочевина, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, калий и натрий; тромбоциты, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), МНО, фибринолитическая активность плазмы.

**Критерии отнесения к группе «тяжелое ЖКК»**:

- возраст старше 60 лет;

- неоднократные рвота малоизмененной кровью («кофейной гущей») и/или мелена;

- коллапс, потеря сознания;

- тахикардия – частота сердечных сокращений ≥ 100 в мин;

- гипотензия – систолическое АД ≤ 100 мм рт.ст.;

- концентрация гемоглобина менее 100 г/л;

- поступление малоизмененной крови («кофейной гущи») по желудочному зонду;

- наличие сопутствующих заболеваний в ст. суб- и декомпенсации, требующих неотложных лечебных мероприятий или непосредственно угрожающих жизни больного.

Наличие 4-х и более перечисленных признаков позволяет диагностировать у больного «**тяжелое ЖКК»**, что требует **направления** его **в ОРИТ (БИТ – блок интенсивной терапии)** для дальнейшего обследования и лечения. Согласно Международным рекомендациям для раннего выделения групп с низкой/высокой степенью риска рецидива кровотечений и летальности возможно использовать иные прогностические шкалы: O. Blatchford (2000), пре-эндоскопической и полной шкалами T.A. Rockall (1996) (С, 2++).

Степень тяжести кровопотери уточняется по клинико-лабораторным показателям.

Клинико-лабораторные критерии для определения тяжести кровопотери при желудочно-кишечных кровотечениях

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Степень кровопотери | | |
| Легкая | Средняя | Тяжелая |
| АД, мм. рт. ст. | ≥ 100 | 90-100 | < 90 |
| Частота пульса, уд./мин | ≤ 100 | ≤ 120 | > 120 |
| Гемоглобин, г/л | ≥ 100 | 80-100 | < 80 |
| Венозный гематокрит, % | ≥ 35 | 25-35 | < 25 |
| Удельный вес крови | 1,053-1,050 | 1,050-1,044 | < 1,044 |

ФГДС при тяжелом ЖКК должна быть выполнена в экстренном порядке **соответственно тяжести состояния больного в течение 2 часов** 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 часов)** (B, 2++).При кровотечениях из нижних отделов ЖКТ и относительно стабильном состоянии пациента показана ФКС после подготовки в течение 24 часов.

При задержке выполнения ФГДС в **СтОСМП** (при задержке госпитализации, при длительной транспортировке) таким больным целесообразно введение:

- При кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта предположительно язвенного характера и синдроме Маллори-Вейсс - в/в медленно, в течение 2 мин инфузионных форм блокаторов протонной помпы (40-80 мг) или Н2-гистаминоблокаторов 40 мг (предвари­тельно развести в 10 мл 0,9% р-ра натрия хлорида).

Согласно международным рекомендациям доэндоскопическое лечение ингибиторами протонной помпы (А, 1++) может быть целесообразным для повышения информативности ФГДС 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 синтетический аналог вазопрессина терлипрессин в дозе 2 мг или синтетические аналоги соматостатина октреотид (сандостатин) в дозе 0,1 мг в/в капельно (допустимо п/к введение), что отражено в зарубежных международных и национальных рекомендациях (А, 1+).

- При тяжелом кровотечении (признаках геморрагического шока) на фоне активации фибринолиза возможно применение 750 мг (10 мг/кг) транексамовой кислоты на 200 мл физ. р-ра, однако её эффективность при профузном кровотечении не доказана в РКИ и не подтверждена в многоцентровых исследованиях, международных и зарубежных национальных рекомендациях (D,3).

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

Больные с  **тяжелыми ЖКК** перемещаются по стационару только на каталке.

Пациенты, отнесенные к группе «**нетяжелое ЖКК»,** подлежат обследованию в условиях СтОСМП и кабинета ФГДС (ФГДС, ФКС в течение 24 часов), а в дальнейшем **большинству из** них показано лечение и наблюдение в профильном хирургическом отделении.

После ФГДС в условиях кабинета эндоскопии и установления источника кровотечения больные с нетяжелым ЯК и низким риском рецидива (F II c и F III) подлежат ***консервативному лечению в условиях специализированного хирургического отделения***.

Согласно Международным рекомендациям, пациенты с острым кровотечением и низким риском рецидива кровотечения и летального исхода, согласно заключению, сделанному на основании клинических и эндоскопических критериев, могут быть выписаны сразу после эндоскопического исследования (B, 2++).

**Литература**

# 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, №2.- P. 101-113.

1. [Barkun A.N., Bardou M., Marshall J. K.](http://www.annals.org/cgi/content/full/139/10/843#FN#FN) Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding //Ann. Intern. Med.-**2003.- Vol. 139, № 10.- P. 843-857.**
2. Blatchford O. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage / O. Blatchford, W.R. Murray, M. Blatchford // Lancet. – 2000. – Vol. 356. – P. 1318–21.
3. British Society of Gastroenterology Endoscopy Section. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines // Gut.- 2002.- Vol. 51, suppl. IV.- iv1-6.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Acute upper gastrointestinal bleeding: management. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).- 2012.- Jun.- 23 p. (Clinical guideline; no. 141).
5. 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.
6. British Society of Gastroenterology Endoscopy Section. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines // Gut.- 2002.- Vol. 51, suppl. IV.- iv1-6.
7. Rockall T.A. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage / T.A. Rockall [et al.] // Gut. – 1996. – Vol. 38. – P. 316–21.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |