



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при желудочно-кишечном кровотечении

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП46**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

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
<ul style="list-style-type: none"> - 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% 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 малоизменённой 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 малоизменённой кровью и/или содержимым по типу «кофейной гущи»;
- мелена и/или чёрный 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 развиваться 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, 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, 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, гидроксипроксиэтилкрахмала - 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% ($FiO_2 < 0,3$).

Если у больного нет признаков геморрагического шока, то не стоит топиться 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, мочевины, 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 гущей») 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: О. Blatchford (2000), пре-эндоскопической и полной шкалами Т.А. 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**) (В, 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 H₂-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 с 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 (В, 2++).

Литература

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, №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, № 10.- P. 843-857.
3. 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.
4. British Society of Gastroenterology Endoscopy Section. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines // Gut.- 2002.- Vol. 51, suppl. IV.- iv1-6.
5. 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).
6. 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.
7. British Society of Gastroenterology Endoscopy Section. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines // Gut.- 2002.- Vol. 51, suppl. IV.- iv1-6.
8. Rockall T.A. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage / T.A. Rockall [et al.] // Gut. – 1996. – Vol. 38. – P. 316–21.

Сила рекомендаций (A-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
A	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
B	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++
Д	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+