

Витебский государственный медицинский университет

Кафедра общей врачебной практики

Поликлиническая терапия. Курс 4. Тема 7.

Болезни органов пищеварения

Функциональная диспепсия, хронический гастрит,  
пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки:  
амбулаторные аспекты диагностики и лечения.

Врачебная тактика и скорая медицинская помощь при подозрении  
на желудочно-кишечное кровотечение в амбулаторных условиях.

Хронический панкреатит: амбулаторные аспекты диагностики и лечения.

Скорая медицинская помощь при печеночной колике в амбулаторных условиях

# Скорая медицинская помощь при желудочно-кишечном кровотечении в амбулаторных условиях

Заведующая кафедрой общей  
врачебной практики

Профессор, д.м.н., врач высшей  
квалификационной категории

ВЫХРИСТЕНКО

Людмила Ростиславна

Доцент кафедры общей  
врачебной практики, к.м.н.

Врач-терапевт высшей  
квалификационной категории

ЕГОРОВ

Константин Николаевич

Ассистент кафедры общей  
врачебной практики

врач общей практики высшей  
квалификационной категории

СЕРЁГИН

Андрей Геннадьевич

Ассистент кафедры общей  
врачебной практики

врач-гематолог первой  
квалификационной категории

ЗУБАРЕВА

Елена Валерьевна

Старший преподаватель  
кафедры общей

врачебной практики  
врач общей практики

БАРЫШЕВ

Артём Николаевич

Определение

МКБ-10

История

Эпидемиология

Этиология

Факторы и группы риска

Классификация

Клиника

Диагностика и  
дифференциальная диагностика

Особенности

Осложнения

Неотложная помощь

Прогноз и рекомендации

# Определение

- Желудочно-кишечные кровотечения – это кровотечения, которые происходят в просвет желудочно-кишечного тракта. Это важно помнить для того, чтобы не путать их с кровотечениями, источником которых являются органы ЖКТ, но излияние крови происходят в брюшную полость. Такие кровотечения будут называться полостными, например, при тупой травме живота, разрыве кишечника, проникающих ранений в брюшную полость

# МКБ-10

- **K92.2 Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное**, включая:
  - желудочное кровотечение без дополнительных уточнений;
  - кишечное кровотечение без дополнительных уточнений.
- **Из данной подрубрики исключены:**
  - K25.0-K28.0 Желудочно-кишечное кровотечение вследствие пептической язвы
  - K29.0 Острый геморрагический гастрит
  - K31.8 Ангиодисплазии желудка с кровотечением
  - K57 Дивертикулит с кровотечением
  - K62.5 Кровотечения из заднего прохода и прямой кишки

# История

- История изучения желудочно-кишечных кровотечений чрезвычайно сложна, поскольку данный синдром является проявлением широкого перечня заболеваний. На текущий момент описаны кровотечения при дивертикуле Меккеля, полипозе, сыпном и брюшном тифе, холере, инвагинации и ряде других болезней различной этиологии и природы.
- К первым случаям описания кровотечения ЖКТ следует отнести два аутопсийных случая желудочно-кишечных кровотечений из поверхностных и мелких язв желудка описанные T. Gallard в 1884 г. Спустя 14 лет Dieulafoy (Делафуа) в 1897-1898 гг. повторно описал эту патологию и верифицировал её как самостоятельное заболевание получившее название язвы Делафуа.
- Также стоит упомянуть и о работах Carman, Fineman, (1924) и Hedbloom (1925), в которых впервые были описаны кровотечения и анемия в качестве одного из осложнений грыж пищеводного отверстия диафрагмы.
- В 1929 г. Mallory и Weiss описали разрывы слизистой кардиоэзофагальной зоны, получившие впоследствии название синдрома Маллори-Вейсса.
- В 30-е годы 20 века целый ряд работ был посвящён вопросам развития острых желудочно-кишечных кровотечений в качестве осложнений злокачественных и доброкачественных опухолей органов пищеварения. В частности, А. А. Дикштейн (1939) на основании секционных данных установил, что рак желудка, осложнённый профузным кровотечением, от 4,6 до 15,9% случаев является причиной смерти среди всех летальных исходов от острых желудочно-кишечных кровотечений.
- В дальнейшем каждое десятилетие научное сообщество получало новые данные о причинах кровотечений ЖКТ и происходило последовательное расширение перечня заболеваний, которые могут сопровождаться данным осложнением.
- Таким образом, очевидно, что фактически история изучения желудочно-кишечных кровотечений пишется по настоящий день.

# Эпидемиология

- Кровотечения из верхних отделов ЖКТ составляют 80-90% всех случаев желудочно-кишечных кровотечений.

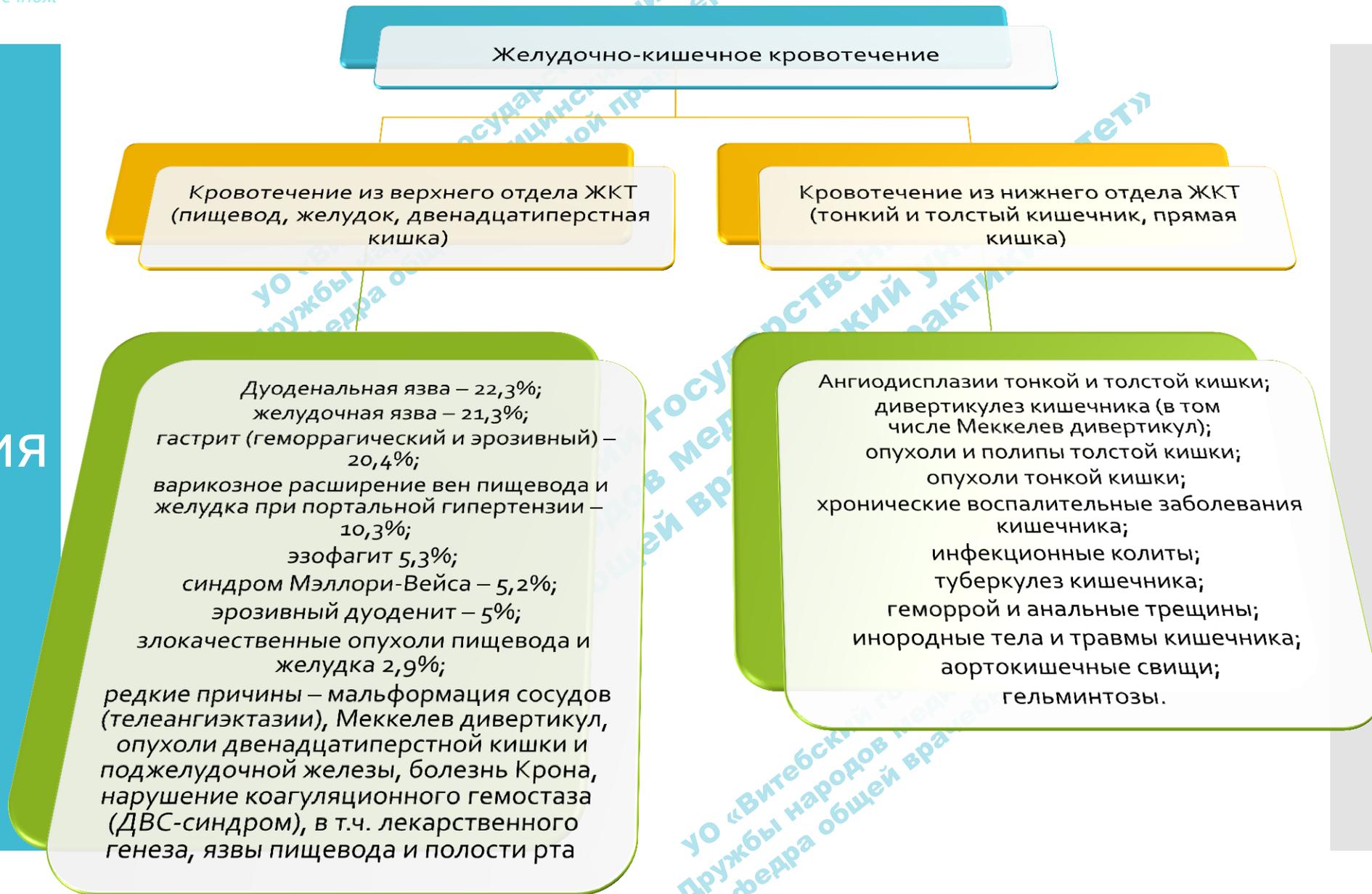
## Этиология

- Синдром желудочно-кишечных кровотечений разной тяжести возникает как осложнение различных заболеваний. Для него характерно наличие крови в пищеварительном тракте, которая поступает из поврежденных сосудов, обеспечивающих приток и отток крови из органов пищеварения. Он проявляется нахождением в большем или меньшем количестве крови и продуктов её распада в кале, а у части пациентов возникновением кровавой рвоты.
- Синдром желудочно-кишечного кровотечения может послужить причиной летального исхода. Все кровотечения разделяются в первую очередь на кровотечения из верхних, нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и кровотечения невыясненной этиологии. Наиболее часто данный синдром осложняет заболевания верхнего отдела ЖКТ (выше связки Трейтца)

# Факторы и группы риска

- Факторы риска:
  - Пожилой возраст;
  - Прием НПВП;
  - Цирроз печени
- Подобные симптомы могут присутствовать и при других заболеваниях, которые сопровождаются синдромом портальной гипертензии.

# Классификация



# Клиника

- Нарастающая слабость
- Бледность склер и кожных покровов
- Холодный пот
- Беспокойство / заторможенность
- Снижение АД
- Тахикардия / брадикардия
- Кровавая рвота (обычно отмечается при кровопотере более 500 мл и всегда сопровождается меленой)
- Стул угольно-чёрного цвета (мелена)
- Обморочное состояние, коллапс и шок
- Может быть умеренный лейкоцитоз, повышение количества тромбоцитов и СОЭ; снижение количества гемоглобина и эритроцитов
- Рост активности свёртываемости крови
- Рост мочевины на фоне нормальных показателей креатинина
- Положительный тест кала на скрытую кровь

# Диагностика

- Алая кровь при рвоте, равно, как дегтеобразный стул, скорее говорят о локализации кровотечения в верхней части пищеварительного тракта. Для появления этих классических признаков требуется достаточно серьёзная потеря крови. Так, рвота с кровью обычно отмечается при кровопотере более 500 мл и всегда сопровождается меленой. При этом у врача сразу появляется возможность дифференциальной диагностики причины кровотечения, поскольку при кровотечении из артерии пищевода в рвоте присутствует неизменная кровь, при кровотечении из варикозных вен пищевода кровь в рвоте темно-вишневого цвета, а при кровотечении из желудка рвотные масса приобретают характерный бурый цвет (цвет «кофейной гущи»). Впрочем, в последнем случае рвота кофейной гущи может одновременно содержать и неизменённую кровь, что указывает на низкий уровень кислотности в желудке пациента. Бурый цвет кровь приобретает при взаимодействии гемоглобина с соляной кислотой, поэтому при массивном кровотечении на фоне низкой кислотности кровь не успевает полностью окислиться и рвота имеет смешанный характер.
- В свою очередь мелена (обильный жидкий дегтеобразный стул) может как дополнять рвоту кровью, так и являться самостоятельным симптомом желудочно-кишечного кровотечения. Чёрный стул способен сформироваться как через несколько часов, так и на вторые сутки после открывшегося кровотечения. Независимо от рвоты мелена возникает при кровотечениях из двенадцатиперстной кишки или при медленном развитии желудочного кровотечения. В любом случае мелена указывает на то, что кровотечение идет уже в течение нескольких часов (как правило – более 8) при этом объем кровопотери должен также составлять не менее 500 мл. При меньшей кровопотере будет происходить потемнение стула, однако он останется оформленным. Такая же картина будет наблюдаться и при замедлении пассажа кишечного содержимого.
- Лабораторная и инструментальная диагностика:
  - ОАК
  - Коагулограмма
  - БАК (мочевина, креатинин)
  - Анализ кала: тест на скрытую кровь
  - ФЭГДС
  - Контрастная рентгенография
  - Ангиография по показаниям
  - Радиоизотопное сканирование и МРТ по показаниям

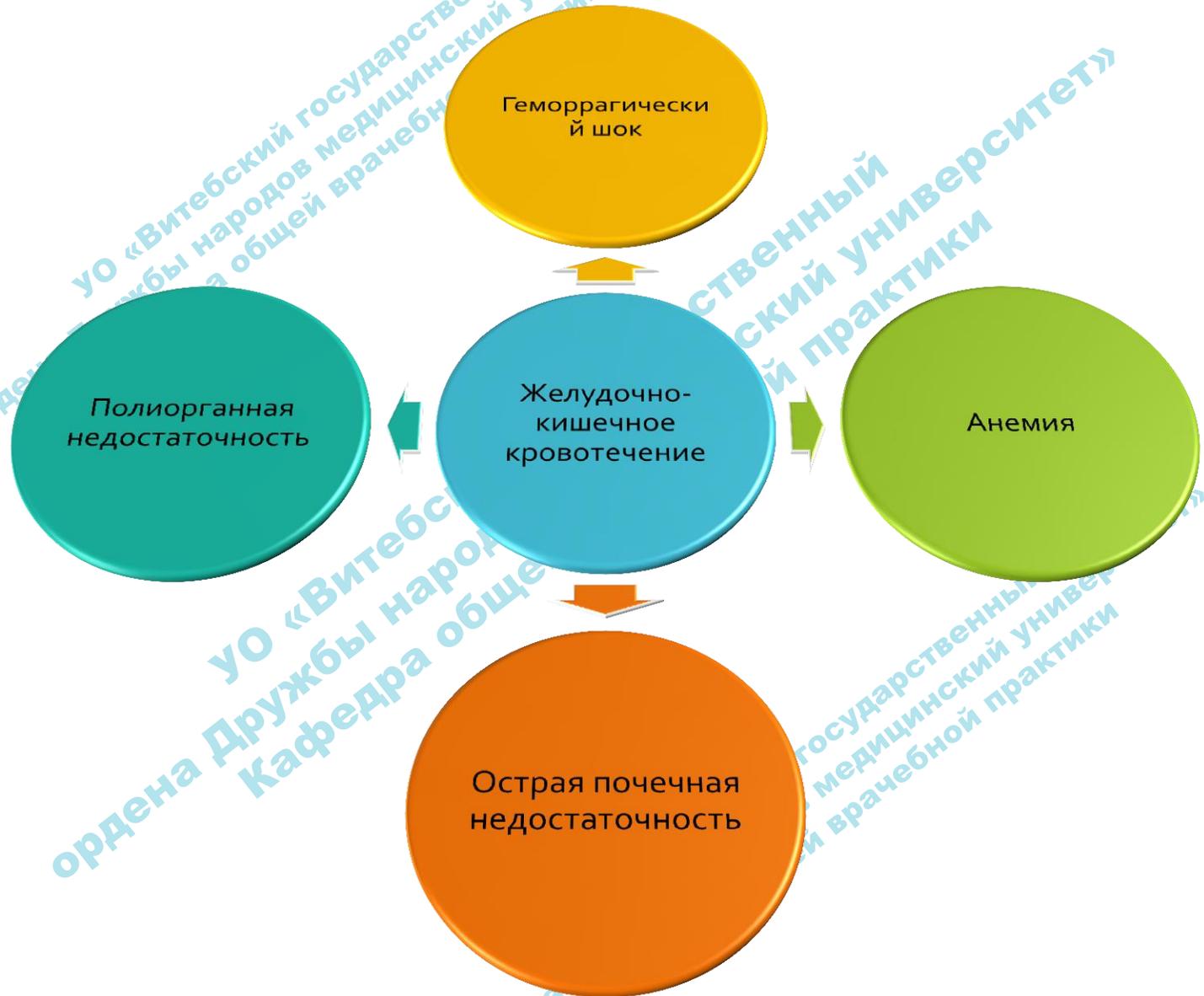
# Желудочно-кишечные кровотечения у детей

- Основной особенностью желудочно-кишечных кровотечений у детей является этиология синдрома кровотечений ЖКТ в детском возрасте. В отличие от взрослых пациентов, у которых основной причиной такого рода кровотечений являются язвенные процессы, у пациентов детского возраста данный синдром как правило обусловлен патологией в развитии органов и систем детского организма.
- К основным причинам ЖКТ-кровотечений у детей относится:
  - Геморрагическая болезнь новорожденного
  - Эзофагит и рефлюкс-эзофагит у новорожденных и грудных детей
  - Гастрит и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
  - Удвоение желудка
  - Незавершенный поворот кишечника с непроходимостью.
  - Язвенно-некротический энтероколит новорожденных.
  - Удвоение тонкой кишки.
  - Синдром Маллори-Вейсса
  - Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
  - Полипы кишечника, в частности ювенильные (гамартомные) полипы
  - Дивертикул Меккеля
  - Болезнь Дъелафуа
- У детей старше 3 лет наиболее вероятной причиной желудочно-кишечного кровотечения из верхних отделов ЖКТ служат варикозные вены пищевода. У 85% детей кровотечение из вен пищевода возникает в возрасте 5-10 лет, служит одним из частых клинических проявлений синдрома портальной гипертензии.

# Желудочно-кишечные кровотечения у лиц пожилого возраста

- Пожилой возраст пациента является одним из главных факторов риска развития кровотечений ЖКТ, а также увеличивает вероятность наступления смертельного исхода при остром массивном желудочно-кишечном кровотечении.
- Также к специфике кровотечений из желудочно-кишечного тракта в пожилом возрасте следует отнести существенное увеличение доли дивертикулеза толстой кишки в перечне основных причин кровотечения. 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 дивертикулеза 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.

# Осложнения



# Алгоритм оказания скорой медицинской помощи при острых желудочно-кишечных кровотечениях

Основание: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь №1030 от 30.09.2010 г. «Об утверждении клинического протокола оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению...»

## Клинические признаки

Слабость и головокружение, бледность кожных покровов и конъюнктивы глаз; частый, мягкий пульс, слабого наполнения, снижение АД; рвота кровью; рвота «кофейной гущей»; мелена; сгустки крови или ярко-красная кровь в кале.

## Анамнез

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; острые язвы и эрозии ЖКТ; синдром Маллори-Вейсса; варикозно расширенные вены пищевода; перианальные заболевания (геморрой, анальные трещины, выпадение ануса), колоректальные полипы, рак, язвенный колит или неустановленный источник.

## Диагностические мероприятия

ЭКГ; пальцевое исследование прямой кишки при отсутствии явных объективных признаков кровотечения

## Лечебные мероприятия

В/в инфузия декстрана /натрия хлорида, или 10% раствора гидросиэтилкрахмала, или раствора электролитов вначале в/в струйно, затем (при САД >80 мм рт. ст.) – капельно. При критической гиповолемии при САД <80 мм рт. ст. дополнительно:  
- 1 мл 1% раствора фенилэфрина в 800 мл 5% глюкозы в/в капельно;  
- в/в этамзилат натрия 2-4 мл 12,5% раствора;  
- оксигенотерапия;  
- «холод» на живот.  
При пищеводном кровотечении ввести зонд Блекмора.

## Доставка

Строгий носилочный режим. При коллапсе – транспортировка в положении Тренделенбурга. Запрещается прием пищи и воды. Доставка в стационар по профилю заболевания.

# Прогноз и рекомендации

- Согласно рекомендациям ВОЗ все мужчины и женщины в возрасте от 50 до 74 лет должны ежегодно проходить тест на скрытую кровь в кале

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

*— Чтой-то будет, —  
вздохнув, говорила она,  
закончив гадание.  
Показания кофейной гущи,  
подстрахованные снами,  
в самом деле сбывались,  
потому что в жизни всегда  
что-нибудь случается.*

*Фазиль Искандер*



Хаим Сутин  
Рыба и помидоры, 1924  
масло, холст