УДК 616.33/34-005.1-009.7-079

Первичный уровень экстренной диагностики острых желудочно-кишечных кровотечений и абдоминальных болей

Н. А. Макарова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

The primary level of acute gastrointestinal bleeding and abdominal pain emergency diagnosis

N. A. Makarova

South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Статья посвящена экстренной диагностике острых желудочно-кишечных кровотечений и абдоминальных болей, которые широко распространены в амбулаторной практике и остаются сложной проблемой для первичного медицинского звена. Целью работы явилось создание упрощенных алгоритмов оказания медицинской помощи при этих состояниях. Расставлены акценты на различиях исходных клинических условий, а также на основных диагностических ориентирах. Алгоритмы учитывают современные клинические рекомендации.

Ключевые слова: острые желудочно-кишечные кровотечения; острые абдоминальные боли; экстренная предварительная диагностика; догоспитальный этап.

Abstract. The article discusses the emergency diagnosis of acute gastrointestinal bleeding and abdominal pain, which are common in outpatient settings and remain a challenging problem for primary medical care. The aim was to develop simplified algorithms for medical care provision in such conditions. The differences in initial clinical conditions and the main diagnostic criteria are focused. The algorithms take into account the current clinical guidelines.

Keywords: acute gastrointestinal bleeding; acute abdominal pain; emergency preliminary diagnostics; pre-hospital stage.

Острые желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) и острая боль в животе занимают ведущее место среди причин экстренной госпитализации. Частота острых ЖКК составляет до 150 случаев на 100 тысяч населения [1]. На острый абдоминальный болевой синдром приходится до 10% всех обращений за неотложной медицинской помощью [2]. Тактика ведения подобных пациентов до вовлечения различных специалистов часто определяется врачом-терапевтом или врачом общей практики. Хотя национальные клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи описывают догоспитальный этап [3], эта категория врачей не всегда своевременно справляется с оценкой состояния пациента и встречающимися лечебно-диагностическими трудностями. Часто затруднения связаны с размытостью клинической симптоматики, широким спектром проявлений заболеваний и отсутствием закрепленных диагностических навыков. В результате удлиняется временной промежуток и возрастает риск смертности, в первую очередь от продолжающегося ЖКК.

Цель работы: представить упрощенный алгоритм первичной медицинской помощи при острых желудочно-кишечных кровотечениях и абдоминальных болях с позиции врача-терапевта.

Основной задачей врача-терапевта на догоспитальном этапе является корректная сортировка пациентов с помощью минимального набора диагностических параметров, то есть клинически. Острая кровопотеря не менее 500 мл крови сопровождается характерными симптомами [4]. Это может быть не только гематемезис, мелена и гематохезия, но и опережающий их сосудистый коллапс. Для быстрого принятия клинического решения в присутствии внешних признаков кровотечения требуется незамедлительно оценить общее состояние пациента, жизненно важные функции и тяжесть кровотечения. Определяющим в разделении пациентов на группы будет наличие критериев гемодинамической нестабильности (тахикардия 110 и более ударов в минуту и гипотония, в том числе ортостатическая, систолическое АД менее 90 мм рт. ст.), к которым в последние годы были добавлены сопутствующие заболевания (два и более) [5]. Нестабильность гемодинамики отмечается даже при гематохезии, которая может сопровождать до 10% случаев кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [4]. У категории нестабильных пациентов рекомендуется отложить подробный сбор анамнеза ввиду первоочередности реанимационных мероприятий (рисунок 1). В отношении стабильных пациентов выбирается другая тактика. Здесь после начальной оценки кровотечения должна быть предварительно диагностирована локализация источника кровотечения. Установка назогастрального зонда не дает дополнительных преимуществ при диагностике кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [6]. Ориентиром для врача могут служить сопутствующие ЖКК симптомы (в частности, боли в животе, дисфункция кишечника, похудание). В данной связи важным остается выяснение наряду с анамнезом заболевания сведений:

• о имеющейся патологии (цирроз печени, язвенная болезнь, злокачественные новообразования и др.);

• перенесенных операциях на желудочно-кишечном тракте;

• приеме определенных групп лекарственных препаратов (антикоагулянтов, нестероидных противовоспалительных препаратов);

• наличии злоупотребления крепким алкоголем;

• объеме физических нагрузок [7].

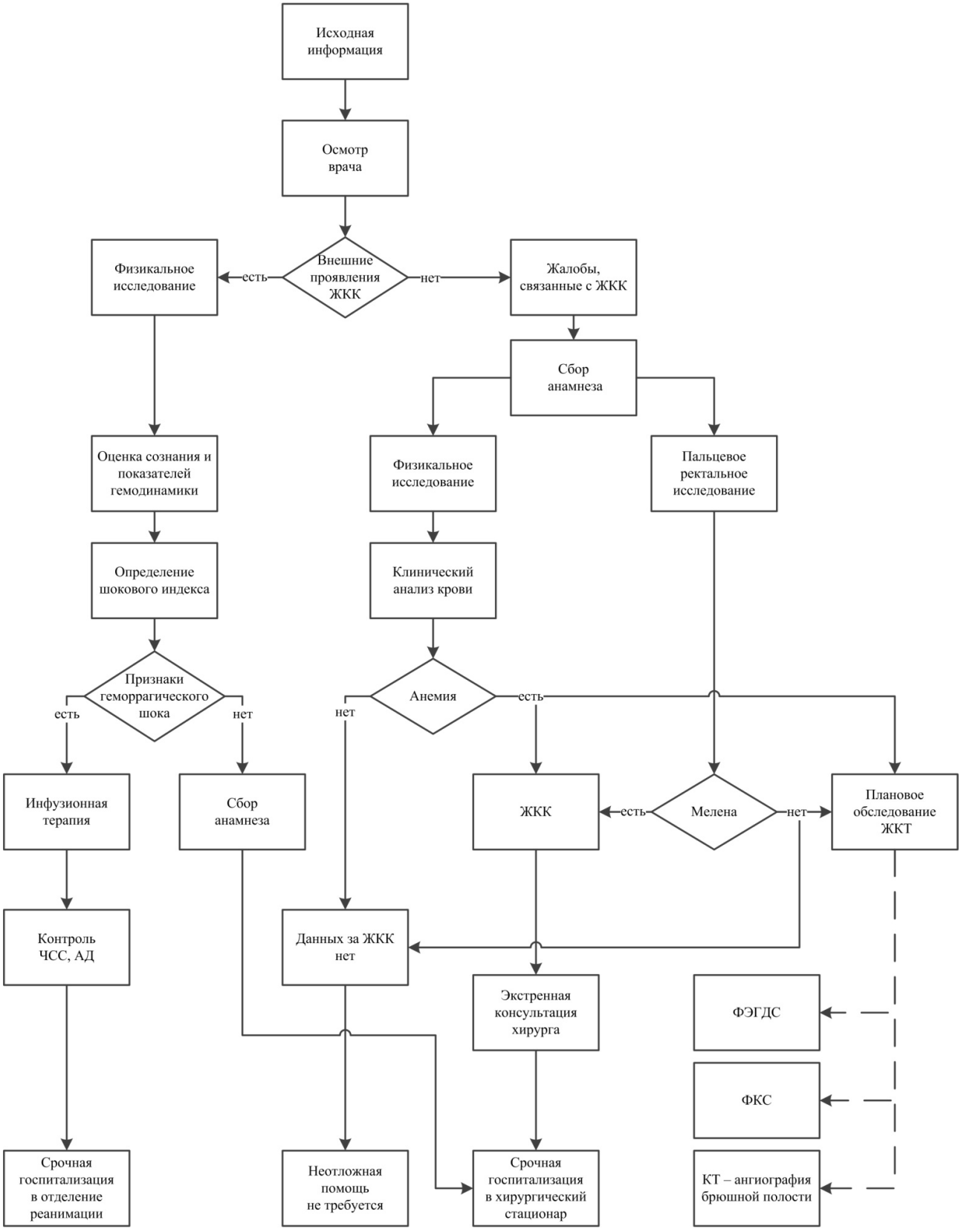

Рисунок 1. Алгоритм действий врача-терапевта при острых ЖКК

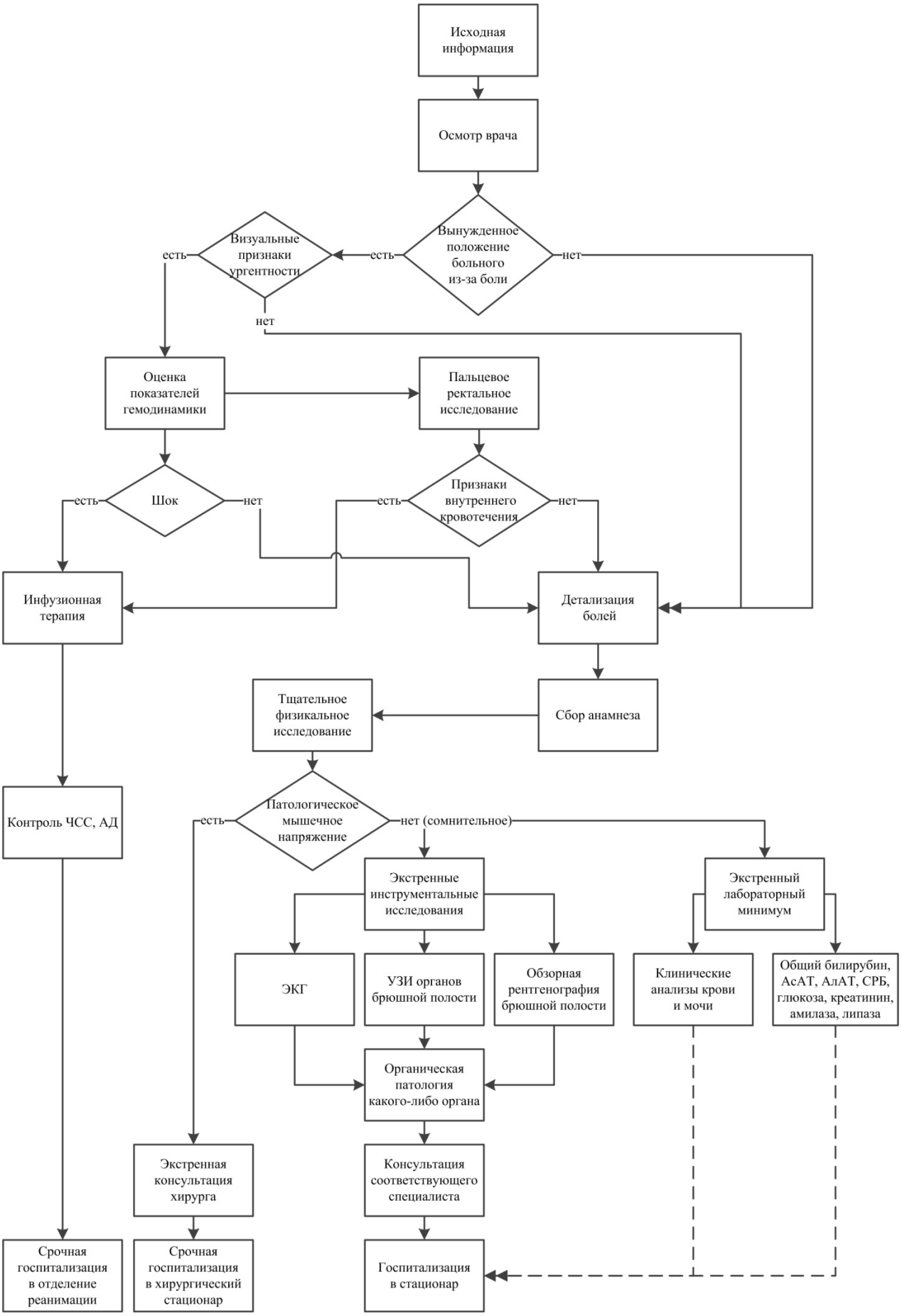

Рисунок 2. Алгоритм действий врача-терапевта при острых болях в животе

Проводя физикальное исследование у пациента без внешних проявлений кровотечения на момент осмотра (рисунок 1), врач-терапевт должен до консультации хирурга, срочной эндоскопии и рентгеноваскулярных методов диагностики собрать подробный анамнез, попытаться подтвердить факт ЖКК (тщательным пальцевым ректальным исследованием [3, 7]) и определить степень кровопотери (клинические данные, при доступности — гемограмма).

В ситуации с острыми абдоминальными болями необходимо оценить риски развития неблагоприятных исходов, связанных с поздней диагностикой рассматриваемых групп заболеваний. Тем более что у 10% пациентов боль в животе является симптомом опасного для жизни состояния или требует неотложного оперативного вмешательства [8]. При подозрении на опасное для жизни состояние практически всегда отсутствует возможность подробного сбора анамнеза. Даже если удастся получить краткое описание болевого синдрома, нельзя начинать выстраивать диагностическое заключение на его основе. Боль при остром животе не имеет специфических характеристик. В каждом конкретном случае она обладает различной силой и индивидуальными качественными оттенками. Кроме того, наличие мучительной боли негативно сказывается на тщательности физикального исследования пациента.

Существующие алгоритмы неотложной помощи пациентам с острыми болями в животе часто не включают внешние проявления ургентного состояния (острого живота, интоксикации, шока) [8, 9]. Именно они являются ключевыми ориентирами для незамедлительного обнаружения и оценки угрожающих жизни изменений параметров наиболее важных функций организма, признаков внутреннего кровотечения. В свою очередь, объективная возможность последнего обязывает врача-терапевта провести упомянутое пальцевое ректальное исследование (рисунок 2).

При стабильной гемодинамике должно сохраняться первостепенное диагностическое значение у полноценного сбора анамнеза (в том числе всех особенностей болей) и физикального исследования. Дальнейшую тактику будет определять умение врача-терапевта воспроизводить и распознавать главный симптом острого живота (рисунок 2). Его сомнительное подтверждение, так же как и его отсутствие, ставит задачу привлечения дополнительных методов диагностики для исключения другой тяжелой соматической патологии [3, 9, 10].

Выводы. Экстренная диагностика острых желудочно-кишечных кровотечений и абдоминальных болей на догоспитальном этапе не предполагает использования только одного или двух симптомов. Алгоритм действий врача-терапевта должен базироваться на ранжированных критериях комплексной оценки состояния пациента. Главной задачей этого этапа является определение стратегического направления оказания медицинской помощи на основе максимальной вероятности развития патологического процесса.

Литература

1. Gaiani F., de'Angelis N., Kayali S., и др. Clinical approach to the patient with acute gastrointestinal bleeding // Acta Biomed. – 2018. – Т. 89, прил. 8. – С. 12–19.

2. Natesan S., Lee J., Volkamer H., Thoureen T. Evidence-based medicine approach to abdominal pain // Emerg. Med. Clin. North Am. – 2016. – Т. 34, № 2. – С. 165–190.

3. Скорая помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 896 с.

4. Tokar J. L., Higa J. T. Acute gastrointestinal bleeding // Ann. Intern. Med. – 2022. – Т. 175, № 2. – С. 17–32.

5. Hawks M. K., Svarverud J. E. Acute lower gastrointestinal bleeding: evaluation and management // Am. Fam. Physician. – 2020. – Т. 101, № 4. – С. 206–212.

6. Karakonstantis S., Tzagkarakis E., Kalemaki D., и др. Nasogastric aspiration/lavage in patients with gastrointestinal bleeding: a review of the evidence // Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2018. – Т. 12, № 1. – С. 63–72.

7. Sengupta N., Feuerstein J. D., Jairath V., и др. Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding: an updated ACG Guideline // Am. J. Gastroenterol. – 2023. – Т. 118, № 2. – С. 208–231.

8. Govender I., Rangiah S., Bongongo T., Mahuma P. A primary care approach to abdominal pain in adults // S. Afr. Fam. Pract. – 2021. – Т. 63, № 1. – С. a5280.

9. Gans S. L., Pols M. A., Stoker J., Boermeester M. A. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain // Dig. Surg. – 2015. – Т. 32. – С. 23–31.

10. Yew K. S., George M. K., Allred H. B. Acute abdominal pain in adults: evaluation and diagnosis // Am. Fam. Physician. – 2023. – Т. 103, № 6. – С. 585–596.

Сведения об авторе

Макарова Надежда Александровна, д-р мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; телефон +7 351 240-20-20; электронная почта makarova.nadezhdachel@mail.ru