

ВНУТРЕННЕЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Этапная организация экстренной медицинской помощи

Среди всех случаев экстренной госпитализации больные с внутренним кровотечением отличаются особенно строгой зависимостью результатов лечения от фактора времени. Главной задачей бригады дежурного персонала по отношению к таким больным является максимально быстрое принятие решений и оперативность выполнения диагностических и лечебных мероприятий. Основные лечебно-диагностические принципы: клиническая, лабораторная, эндоскопическая диагностика, особенности приема и транспортировки больных, система лечебных мероприятий и динамического наблюдения, являются общими для всех групп больных с внутренними кровотечениями. В данном же случае целесообразно рассмотреть все эти факторы относительно группы больных с кровоточащей язвой желудка или двенадцатиперстной кишки.

Приемное отделение

Больные в состоянии геморрагического шока или с наличием признаков продолжающегося кровотечения госпитализируются, минуя приемное отделение сразу в отделение реанимации или операционную.

Дежурная сестра приемного отделения оповещает отделение реанимации, ответственного дежурного хирурга о поступлении больного с кровотечением и оформляет медицинскую документацию.

Врач приемного отделения, выполняя лечебно-диагностические мероприятия, параллельно проводит осмотр больного. Формальные мероприятия в комплексе с диагностическими ни в коем случае не должны задерживать экстренную госпитализацию. Если у больного нет признаков продолжающейся кровопотери и имеют место стабильные показатели гемодинамики, допускается его пребывание в приемном отделении с целью лабораторного обследования и оформления документации, но не более чем продолжительностью 20 минут. Ответственный дежурный хирург принимает решение о транспортировке больного в отделение хирургии, реанимации или эндоскопии. При этом проводится полный объем доступного лабораторного обследования. В случае затруднений со взятием крови для исследования в приемном отделении, дежурный лаборант сопровождает больного.

Отделение реанимации

Если у поступившего больного имеет место продолжающееся кровотечение, анестезиологи-реаниматологи должны срочно создать условия для экстренной эндоскопической остановки кровотечения. При клинических признаках высокого риска продолжения кровотечения реанимационные мероприятия выполняются в условиях операционной и проводятся при участии хирурга. Если эндоскопическая остановка кровотечения невозможна, вне зависимости от состояния больного проводится экстренное оперативное вмешательство, которое в данной ситуации рассматривается как компонент реанимационных мероприятий.

Если кровотечение удастся остановить и имеет место некоторая стабилизация состояния больного, в течение 15-30 минут решается вопрос о дальнейшем объеме оперативного вмешательства.

При остановке кровотечения эндоскопическим путем, реанимационные мероприятия проводятся с динамическим мониторингом состояния гемодинамики и контролем возможного рецидива кровотечения. Схема лечебных мероприятий при этом традиционна:

- инфузионно-трансфузионная терапия,
- гемостатические средства,
- симптоматическое лечение сопутствующих расстройств,
- постоянная назогастральная аспирация.

Однако она должна быть дополнена внутривенным введением высоких доз H₂-блокаторов (ранитидин, циметидин, фмотидин), омепразола.

При высоком риске рецидива кровотечения проводится срочное оперативное вмешательство. Если риск провоцируется сопутствующей патологией, проводятся повторные эндоскопические мероприятия по предупреждению рецидива кровотечения.

Отделение эндоскопии

Эндоскопическая остановка кровотечения должна выполняться в максимально короткие сроки. Персонал отделения должен обладать высокой квалификацией и владеть всеми способами эндоскопической остановки кровотечения. При этом тактика лечения, показания к эндоскопическому исследованию определяются ответственным дежурным хирургом или зав. хирургическим отделением и обязательны для исполнения. Эндоскопическое исследование в данном случае определяется тремя факторами: остановка активного кровотечения, профилактика возможного рецидива кровотечения, оценка риска возобновления кровотечения.

Основной способ эндоскопической остановки кровотечения - метод обкладывания источника кровотечения с введением различных растворов (физиологический раствор, адреналин в разведении 1:100000, этиловый спирт, склерозирующие препараты и др.) в комбинации с биполярной электрокоагуляцией. Если с кровотечением удалось справиться, проводится ежедневный эндоскопический контроль с целью оценки риска рецидива и проведение лечебных мероприятий по его профилактике.

Неблагоприятный прогноз оценивается по следующим эндоскопическим признакам: обильное кровотечение в процессе исследования артериальной струей или обильным просачиванием, наличие холмовидного образования в язвенном кратере красного, голубого или пурпурного цвета, наличие сгустка крови в дне язвы, не смываемого струей жидкости, глубокая язва высоко по малой кривизне желудка или по задненижней стенке луковицы 12-перстной кишки.

Срочные диагностические и лечебные мероприятия

Три фактора определяют характер и объем срочных лечебных мероприятий после эндоскопической остановки кровотечения: объем кровопотери, состояние центральной гемодинамики и риск развития ДВС-синдрома. Тяжесть кровопотери оценивается до 4 раз в сутки по показателям центрального венозного давления, гемоглобина, гематокрита, дефицита ОЦК. У больных с компрометированным состоянием миокарда целесообразно проведение пробы на реакцию центрального венозного давления в ответ на струйное переливание 100 мл физиологического раствора. Повышение ЦВД более чем на 5 мм водного столба свидетельствует о

серьезном нарушении центральной гемодинамики, необходимости ее коррекции и осторожном восполнении кровопотери.

Состояние свертывающей системы крови оценивается по данным активированного частичного тромбопластического времени (АЧТВ) и коагулограммы, исследуемым в динамике не менее 3 раз в сутки. Помимо этого больным проводится пульсоксиметрия, почасовое измерение диуреза, постоянная желудочная аспирация, общеклиническое обследование и диагностические мероприятия, связанные с наличием сопутствующих расстройств.

Решающее значение на этом этапе имеет своевременное восполнение объема циркулирующей крови. Она начинается с переливания удвоенного-утроенного объема солевых растворов (по отношению к объему кровопотери). При сохранении гемодинамических нарушений переливаются гипертонический раствор NaCl - до 200 мл, хлосоль, триоль, раствор Рингера, коллоидные растворы. При их отсутствии - желатиноль. Переливание полиглюкина, реополиглюкина может осуществляться только при условии полного устранения риска возобновления кровотечения, забора проб крови на групповую и индивидуальную совместимость.

По восполнении объема ЦК по данным ЦВД и других показателей гемодинамики, проводится коррекция качества крови - свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса, альбумин, протеин. Критическим показателем, требующим обязательной коррекции качества крови, считают уровень гематокрита ниже 25, Hb < 90 ед. Профилактику ДВС-синдрома осуществляют с помощью принесения антиферментных препаратов (оптимально - антагозан, трасилол > 50 тыс. ед.), переливание плазмы, введение 10% хлористого кальция (не более 20 мл), назначение сандостатина 0,1 мг/сутки в/м. Противопоказаны препараты, усиливающие свертывание крови.

В связи с резким замедлением тромбообразования в кислой среде больным с гастродуоденальным кровотечением необходимо внутривенное введение максимальных доз H₂-блокаторов (гастроцепин по 10 мг 4 раза в сутки, циметидин по 200 мг 6 раз в сутки) или омепразол - 60 мг/сут.

Хирургическое отделение

Всю полноту ответственности за своевременность выполнения лечебно-диагностических мероприятий у больных с гастродуоденальными кровотечениями несет заведующий хирургическим отделением. Он же оценивает тяжесть кровопотери, дает оценку риска продолжения или рецидива кровотечения, принимает решение по оказанию реанимационной помощи, включая эндоскопическую, решает вопрос об экстренном оперативном вмешательстве в случае безуспешности эндоскопического способа. В случае риска рецидива после эндоскопического вмешательства он определяет необходимость срочного оперативного вмешательства, обеспечивает консервативную терапию и динамическое наблюдение у больных со стабилизированными гемодинамическими показателями, назначает повторные эндоскопические вмешательства при высокой степени операционного риска.

Окончательное решение по экстренному оперативному вмешательству у больных с IV степенью риска принимает консилиум с участием реаниматолога, эндоскописта и других необходимых специалистов. При технической сложности радикального вмешательства тот же консилиум определяет тактику паллиативной операции, направленной на остановку кровотечения хирургическим путем. Все случаи, связанные с высоким риском при экстренных оперативных вмешательствах, согласуются с руководством больницы.

Оформление документации

При экстренных показаниях к реанимационным мероприятиям по прибытии больного допускается краткая запись дежурного врача приемного отделения, аргументирующая экстренность госпитализации. Заведующий хирургическим отделением делает запись в истории болезни, которая содержит следующие сведения:

- основной диагноз,
- сопутствующие заболевания,
- тяжесть кровопотери,
- риск рецидива кровотечения или его продолжения,
- основная причина тяжести состояния по синдромологическим признакам,
- аргументация лечебной тактики.

Описание данных эндоскопического исследования и эндоскопических лечебных мероприятий должно завершаться оценкой степени риска продолжения (рецидива) кровотечения по классификации Форреста. Аргументация принципиальных вопросов лечебной тактики у больных с любыми кровотечениями оформляется консилиумом и согласовывается с руководством клинической кафедры или больницы.