

Abstract

Duzhiy I.D.¹, Aleksandrenko A.V.², Bratushka V.O.³, Bilous G.V.², Kharchenko S.V.*¹

¹Sumy State University,

2, Rymskogo-Korsakova St., Sumy, 40007, Ukraine;

²Sumy Regional Center of Emergency Care and Disaster Medicine

31, Pryvokzalnaya st., Sumy, 40007, Ukraine

³Sumy Regional Clinical Hospital, 48, Troytska st., Sumy, 40022, Ukraine

Ukraine

PREHOSPITAL TRAITS OF PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL EROSION AND ULCER BLEEDINGS

Introduction. The prehospital phase is a responsible component of conservative and surgical treatment for patients with any pathological process, particularly a gastroduodenal bleeding of ulcer or erosion origin, because a bleeding is often premortal condition where clinical success depends in the main from care giving time. The aim is to study motivational causes of calls in emergency rota for patients with erosion and bleedings, diagnostic difficulties and traits of patient transportation during the prehospital phase.

Methods and materials. Thirty one patients with ulcer and erosion bleedings of the stomach and the duodenum, and patient documentation were analyzed.

Results. During the prehospital phase the major cause of calls in emergency rota was specific as for bleeding: the melaena in 15 patients (48,4%), the hematomesis in 2 (6,4%); the nonspecific causes gave the minority (45,2%). The number of the said causes during hospitalization rose remarkably: the melaena in 1.7-fold (80,6%), the hematomesis in 5-fold (32,3%). Meanwhile the principal symptom on hospitalization was nonspecific as a general weakness.

Conclusions. The principal cause of calls in emergency rota remains reliable signs of the bleeding (melaena, hematomesis). On hospitalization the number of such manifestation of the bleeding rises 1.7–5-fold. In a case of gastrointestinal bleeding suspicion it is recommended a diagnostic algorithm and a transportation in the supine with infusion support from the start. This may prevent or minimize bleeding prolongation.

Key words: ulcer bleeding, diagnostics, prehospital treatment.

Corresponding author: * sergiy.kharchenko@yahoo.com

Резюме

Дужий І.Д.¹, Александренко А.В.², Братушка В.А.², Белоус Г.В.², Харченко С.В.*¹

¹Сумський державний університет,

ул. Римського-Корсакова, 2, Суми, 40007, Україна

Сумський обласний центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф,

ул. Привокзальна, 31, г. Суми, 40007, Україна

Сумська обласна клінічна лікарня,

ул. Троїцька, 48, г. Суми, 40022, Україна

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА У БОЛЬНЫХ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Вступление. Предгоспитальный этап является ответственной составляющей как консервативного, так и хирургического лечения больных с разными патологическими процессами, а в случае gastroduodenального кровотечения язвенно-эрозивной природы тем более, поскольку кровотечение нередко бывает предмортальным состоянием, когда успех в оказании помощи может зависеть от времени. Цель работы – исследование мотивационных причин вызовов бригад скорой помощи у больных с эрозивно-язвенными кровотечениями, а также диагностических сложностей и особенностей транспортировки на предгоспитальном этапе.

Материалы и методы. Проанализирована документация 31 больного с кровоточащими язвами и эрозиями желудка и двенадцатиперстной кишки.

Результаты. На предгоспитальном этапе большинство причин вызовов бригад скорой помощи стали специфические для кровотечения: мелена у 15 больных (48,4%), гематомезис – у 2 (6,4%); неспецифические признаки составили меньшинство (45,2%). Количество перечисленных признаков при госпитализации значительно возросло: для мелены в 1,7 раз (80,6%), для гематомезис – в 5 раз (32,3%). Однако преобладающим симптомом при госпитализации был неспецифический признак кровотечения – слабость (97%).

Выводы. Основной причиной вызова врача остаются достоверные признаки кровотечения (мелена, гематомезис). При госпитализации количество таких проявлений кровотечения увеличивается в 1,7-5 раз. При подозрении желудочно-кишечного кровотечения необходимо использовать соответствующий алгоритм и транспортировать таких больных в лежачем положении на фоне инфузионной терапии, что может предотвратить или уменьшить пролонгацию кровотечения.

Ключевые слова: язвенное кровотечение, диагностика, предгоспитальный этап.

Автор, відповідальний за листування: * sergiy.kharchenko@yahoo.com

Вступ

На сьогодні шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) розглядаються як загальноклінічна проблема, оскільки у світі до 2% усіх шпиталізацій пов'язані з гострою кровотечею з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Окрім цього біля 1% всіх звернень у приймальні відділення складають саме хворі з ШКК [1-2].

В Україні до теперішнього часу при ШКК переважають ерозивно-виразкові ураження (ЕВУ), складаючи до 75% серед усіх шпиталізованих [3]. За даними Київського міського центру шлунково-кишкових кровотеч протягом 10 років лікувального досвіду на передшпитальному етапі, який здійснювався лікарями бригад швидкої медичної допомоги, хибний діагноз встановлено у 8% хворих з виразковими ШКК [4]. Наведене підтверджує відповідальність і складність цієї роботи.

Існує низка інформативно-регламентуючої документації щодо лікування критичних станів, у тому числі внутрішньоабдомінальних кровотеч, на передшпитальному етапі, яка рекомендується для всіх рівнів надання швидкої медичної допомоги аж до загальнонаціональних стандартів [5-7]. Разом з тим лікувальний підхід у передшпитальний період для хворих з кровоточивими ерозивно-виразковими ураженнями залишається детально невизначеним з огляду на

відсутність належних об'єктивних даних при первинному клінічному огляді пацієнта, підтверджуючих наявність виразки чи ерозії, що і обґрунтовує актуальність проблеми.

Мета роботи – на підставі ретроспективного аналізу вивчити мотиваційні причини викликів лікарів до хворих з шлунково-кишковою кровотечею, виявити клінічні особливості у хворих з ерозивно-виразковими кровотечами на передшпитальному етапі в умовах Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф і Сумського обласного центру шлунково-кишкових кровотеч.

Матеріали і методи

Проаналізовані дані стосовно 31 хворого з кровоточивими ЕВУ, які лікувались у період з лютого по травень 2014 року. Дев'ять хворих (29%) мали ускладнений кровотечею ерозивний гастродуоденіт, а 22 (71%) – кровоточиві виразки. Усі хворі звернулися і були доставлені бригадами швидкої медичної допомоги Сумського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф до приймального відділення Сумської обласної клінічної лікарні. У подальшому вони були госпіталізовані до хірургічного відділення «Сумський обласний центр шлунково-кишкових кровотеч». Основні характеристики хворих при первинному огляді наведені у Таблиці 1.



Таблиця 1

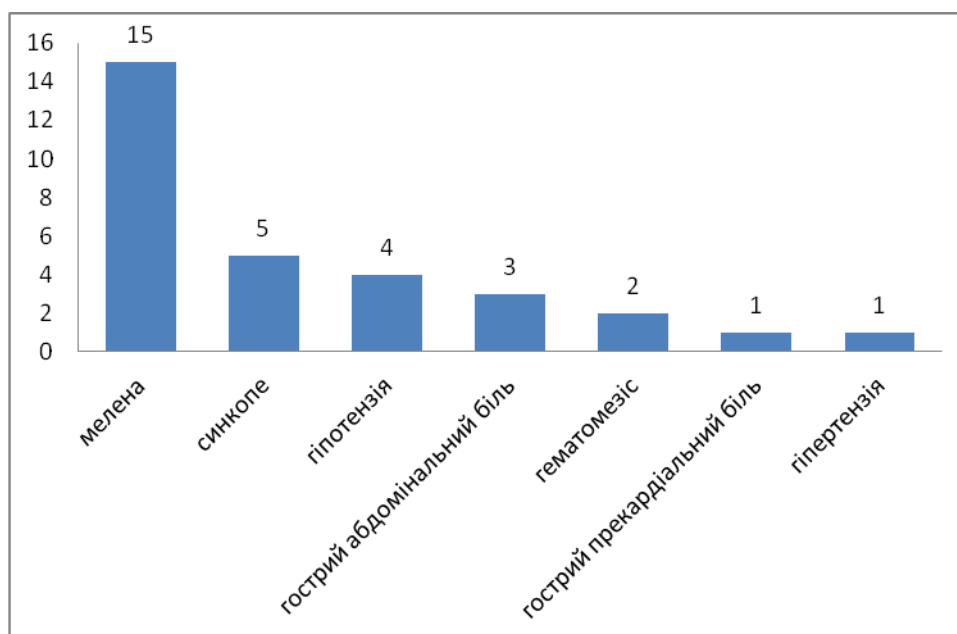
**Основні характеристики пролікованих хворих при первинному огляді хірурга
(у приймальню відділенні)**

Показник	Значення
Вік у роках (середнє значення, розмах значень)	57 (22-86)
Стать, % чоловіків	71
Індекс маси тіла, кг/м ² (середнє значення, розмах значень)	26 (19-40)
Позитивний виразково-ерозивний анамнез, %	45
Кількість рецидивних кровотеч (з анамнезу), %	32
Хворі з госпіталізацією >24 годин після маніфестації захворювання, %	29
АТ при первинному огляді, мм.рт.ст. (середнє значення± стандартне відхилення)	
Систолічний артеріальний тиск	125±27
Діастолічний артеріальний тиск	76±17
Пульс, поштовхів/хвилину (середнє значення±стандартне відхилення)	91±15

Результати й обговорення

Для надання допомоги 18 (58%) хворим була задіяна лікарська бригада, для 13 (42%) хворих – фельдшерська. На дошпитальному етапі у більшості хворих причиною для виклику машини швидкої допомоги до хворих виявились ознаки, специфічні для кровотечі, а саме: у 15 (48%) осіб – мелена, у 2 (6%) – гематомезис. Неспецифічні причини склали меншість – 17 (45%) осіб. У 10 (32%) пацієнтів превалювали ознаки, що характерні для порушення кровообігу (синкопе, гіпотензія, гіпертензія). Остання, напевно, роз-

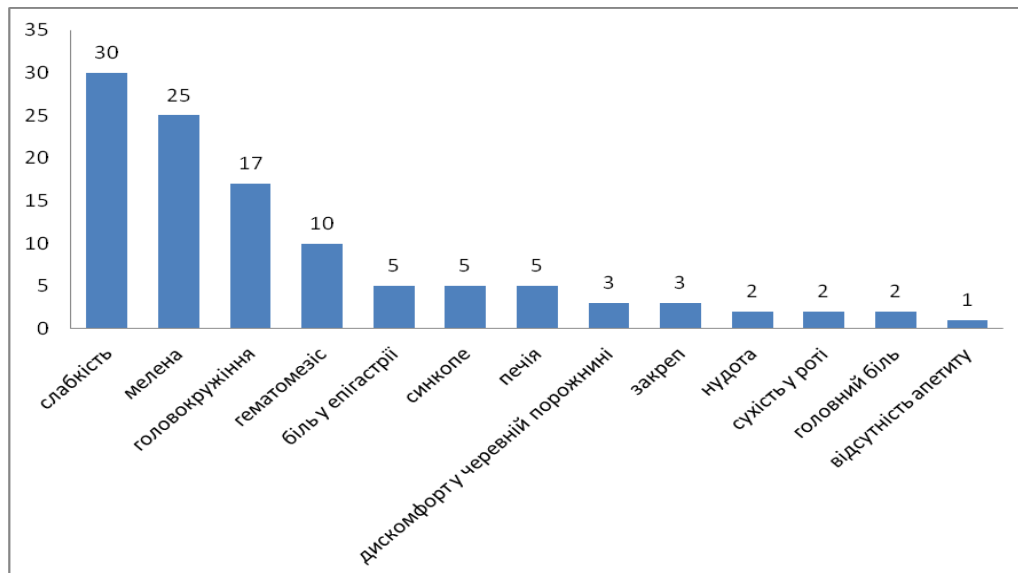
винулася як перша реакція на крововтрату. Більовий синдром мав місце у 4 (13%) осіб, абдомінальної локалізації у 3 (10%) осіб, прекардіальний – у 1 (3%) (Гістограма 1). Перелічені симптоми біли ммотивацією для транспортування хворих у хірургічний стаціонар. Час від огляду бригадою швидкої допомоги до госпіталізації у стаціонар знаходився у межах 40 – 140 хвилин, що у середньому становило 70 хвилин. Тривалість останнього була у межах 30 – 131 хвилин, у середньому – 60 хвилин.



Гістограма 1 Причини виклику бригади екстреної медичної допомоги

На відміну від маніфестуючих причин, які стали приводом для виклику бригади екстреної медичної допомоги клінічна картина у хворих змінилася за час транспортування у приймальне відділення. Так, кількість специфічних симптомів кровотечі зросла, що було, напевно, зумовлено транспортуванням хворих. Мелена констатована у 25 (81%) хворих, гематомезис – у

10 (32%) хворих. Найбільш частим симптомом при госпіталізації була неспецифічна ознака кровотечі – слабкість, яку констатовано у 30 (97%) осіб. Менш часто спостерігали запаморочення – у 22 (71%) обстежених, що було зумовлено наслідком порушення кровообігу, а воно, у свою чергу, проявом гіпоксії – анемії (Гістограма 2).



Гістограма 2 Частота симптомів у хворих з виразково-ерозивною кровотечею при первинній клінічній оцінці лікарем-хірургом

Таблиця 2

Основні показники при госпіталізації у хворих з шлунково-кишковими кровотечами

Показник	Значення	
	Абсолютне	Процентне
Кількість годин до ендоскопії		
24	21	68
>24	7	23
Клас кровотечі по Форресту		
FIIb	12	30
FIIc	4	13
FIII	3	10
Стигмати	9	29
Джерело кровотечі:		
Виразка (єдина) дванадцятипалої кишки	12	43
Шлунку	3	11
Ерозія (єдина) дванадцятипалої кишки	9	32
Множинні ерозивно-виразкові ураження шлунка та дванадцятипалої кишки	2	7
Множинні виразки дванадцятипалої кишки	2	7
Гемоглобін крові, г/л (середнє значення±стандартне відхилення)	106±25	
Еритроцити крові, ×10 ¹² /л (середнє значення±стандартне відхилення)	3,04±0,65	
Гематокрит, % (середнє значення±стандартне відхилення)	31±8	

На цьому етапі вірний синдромний діагноз «Шлунково-кишкова кровотеча» підтверджено у 30 (97%) хворих. У одного критичний стан розцінено як наслідок гемороїдальної кровотечі. Супутні захворювання діагностовано у 3 (10%) осіб: гемофілія А, гіпертонічний криз, закрита травма грудної клітки, відповідно. Серед супутніх захворювань найбільш частим була гіпертонічна хвороба (7[23%] хворих). Троє (10%) хворих мали підвищений кардіоваскулярний ризик щодо тромбоемболії, вони приймали за призначеннями кардіолога ацетилсаліцилову кислоту або варфарин.

Ендоскопічно при госпіталізації підтверджено діагноз у 28 (90%) осіб. Трьом хворим (10%) ендоскопія не проводилась. Основні дані щодо кровотечі у госпіталізованих хворих наведено у Таблиці 2.

Отже, проблема етіологічної діагностики у хворих з шлунково-кишковою кровотечею

Висновки

1. У 55% випадків мотивацією для звернення за медичною допомогою були стигмати, характерні для кровотечі.

2. Після транспортування до шпиталю кількість прямих ознак, які характеризували кровотечу, збільшилася у 1,7 разу, а опосередкованих ознак, що характеризують гіпоксію і порушення кровообігу – у 5 раз.

3. З метою більш точної верифікації шлунково-кишкової кровотечі потрібно розробити діагностичний алгоритм.

4. При встановленні діагнозу шлунково-кишкової кровотечі потрібно відразу використовувати венозний доступ для симптоматичної

пов'язана зі складнощами, які залежать від короткочасного огляду (вивчення) хворого за межами медичного закладу (домашні умови, виробничі цехи, нерідко вулиця), коли лікар може «розраховувати лише на «якість» скарг особи, яку оглядає, що є дуже суб'єктивним, і на отримані об'єктивні дані, що залежить від досвіду лікаря, що також не менш суб'єктивне. З огляду на це діагностично-лікувальний алгоритм у дошпитальний період у таких хворих залишається детально невизначеним з огляду на відсутність належних об'єктивних даних. До них відносимо відсутність результатів променевих досліджень та ендоскопії чи інших методів, підтверджуючих наявність виразки чи ерозії [8]. Загалом орієнтація на синдромний діагноз ерозивно-виразкового ураження при ШКК продовжує бути клінічною догмою для лікарів бригаад швидкої допомоги.

терапії із застосуванням фізіологічних розчинів і системних гемостатиків, лише після цього розпочати транспортування хворого до шпиталю.

5. При підозрі на шлунково-кишкову кровотечу транспортування хворих має проводитися у лежачому положенні із забороною сидати чи підніматися, що може попередити посилення чи відновлення кровотечі.

Перспектива подальших досліджень: вивчити результати застосування запропонованого алгоритму діагностики хворих з підозрою на шлунково-кишкову кровотечу та особливості інфузійної терапії на тлі якої має відбуватися транспортування їх до шпиталю.

References (список літератури)

1. Kaviani MJ, Pirastehfar M, Azari A, Saberifiroozi M. Etiology and outcome of patients with upper gastrointestinal bleeding: a study from South of Iran. *Saudi. J. Gastroenterol.* 2010 Oct-Dec;16(4):253-9.

2. Lee L, Iqbal S, Najmeh S, Fata P, Razek T, Khwaja K. Mesenteric angiography for acute gastrointestinal bleed: predictors of active extravasation and outcomes. *Can. J. Surg.* 2012 Oct 1;55(5):005611-411.

3. Fomin PD [editor in chief]. *Udoskonaleni alghorytmy diaghnostryky ta likuvannja ghostryji shlunkovo-kyshkovoji krovotechi (metodychni rekomendaciji)*. [Advanced algorithms of diagnostics and treatment for acute gastrointestinal bleeding (methodical recommendations)]. The Ministry of

Healthcare of Ukraine. Kyiv, 2012. 108 p. [In Ukrainian]

4. Fomin PD, Zhaporozhan S.Y., Deikalo I.M., Malevych Yu.A. *Osoblyvosti likovalnoji taktyky khvorykh na vyrazkovu ghastrroduodenalnu krovotechu u peredshpytaljnomu etapi*. [Particularities of the treatment tactics for patients with gastroduodenal ulcer bleeding on prehospital stage]. *Acta Medica Leopoliensia.* 2011(1); XVII: 45-48. [In Ukrainian]

5. Nikonov VV, Belebezev GG [editors in chief]. *Ekstrennaja medciinskaja pomoshhj na doghospytaljnom etape. Praktycheskoe rukovodstvo*. [Emergency medical aid on the prehospital stage. A practical manual]. Luhansk, 3rd edition, revised and supplemented. 2006, 224 p. [In Russian]



6. *Nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ja 02.04.2010 # 297. "Pro zatverdzhennja standartiv ta klinichnykh protokoliv nadannja medychnoji dopomoghy zi specialnosti «Khirurghija»".* [Order by the Ministry of Healthcare of Ukraine № 297 from 02.04.2010 "About establishment of standards and clinical protocols for medical treatment in the speciality«Surgery»"]. [In Ukrainian]

7. *Nakaz Ministerstva okhorony zdorov'ja 15.01.2014 # 34. Unifikovanyj klinichnyj protokol ekstrehoji medychnoji dopomoghy «Ghipovolemichnyj shok».* [Order by the Ministry of Healthcare of Ukraine № 34 from 15.01.2014.

The unified clinical protocol for emergency medical aid «Hypovolemic shock»]. [In Ukrainian]

8. Bereznytskyi YS [editor in chief]. *Standarty orghanizaciji ta profesijno orijentovani protokoly nadannja nevidkladnoji dopomoghy khvorym z khirurghichnoju patologhijeju orghaniv zhyvota ta ghrudnoji klitky.* [Organisation standards of professionally oriented protocols for emergency aid to patients with surgical diseases of the abdomen and the thorax]. Kyiv, 2008, 310 p. [In Ukrainian]

(received 06.03.2015, published online 30.03.2015)

(отримано 06.03.2015, опубліковано 30.03.2015)

