

Оглавление

<i>Предисловие к изданию на русском языке</i>	8
<i>Предисловие к изданию на английском языке</i>	13
<i>Благодарности</i>	15
<i>Специалисты-рецензенты</i>	17
<i>Список сокращений и условных обозначений</i>	20
ВСТУПЛЕНИЕ	23
Глава 1. Обучение искусству диагностики клинического случая	25
СЕРДЦЕ И ЛЕГКИЕ	43
Глава 2. Подход к гипотензии	45
Глава 3. Подход к боли в груди.	55
Глава 4. Подход к одышке и гипоксии	72
Глава 5. Подход к palpitations и аритмии	95
Глава 6. Подход к гипертензии	105
Глава 7. Подход к кашлю	112
Глава 8. Подход к кровохарканью	121
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ И БРЮШНАЯ ОБЛАСТЬ	129
Глава 9. Подход к боли в животе	131
Глава 10. Подход к желтухе и аномальным результатам печеночных проб.	155
Глава 11. Подход к желудочно-кишечному кровотечению	168
Глава 12. Подход к тошноте и рвоте	179
Глава 13. Подход к диарее	189
Глава 14. Подход к запору	198
Глава 15. Подход к дисфагии	203
ПОЧКИ И МОЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ	209
Глава 16. Подход к расстройствам кислотно-щелочного баланса	211
Глава 17. Подход к электролитному дисбалансу	223

Глава 18. Подход к повышенному уровню креатинина и олигурии	252
Глава 19. Подход к полиурии	264
Глава 20. Подход к гематурии и протеинурии	269
Глава 21. Подход к затрудненному мочеиспусканию	286
МОЗГ, НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.....	297
Глава 22. Подход к головной боли	299
Глава 23. Подход к потере сознания: обморок и судорожный припадок	312
Глава 24. Подход к головокружению	329
Глава 25. Подход к слабости	340
Глава 26. Подход к параличу черепного нерва	368
Глава 27. Подход к покраснению глаз и потере зрения	382
Глава 28. Подход к потере слуха	393
Глава 29. Подход к атаксии	401
Глава 30. Подход к нарушению движения	408
Глава 31. Подход к измененному состоянию сознания и снижению когнитивных способностей	416
КРОВЬ.....	429
Глава 32. Подход к анемии	431
Глава 33. Подход к аномальному кровотечению	452
Глава 34. Подход к высокому числу клеток	463
ЭНДОКРИННЫЕ И ОБЩИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ	477
Глава 35. Подход к лихорадке	479
Глава 36. Подход к патологиям щитовидной железы	494
Глава 37. Подход к гипер- и гипогликемии	506
Глава 38. Подход к ожирению и синдрому Кушинга	514
Глава 39. Подход к падениям пожилых людей	521
КОЖА И ПОДКОЖНАЯ КЛЕТЧАТКА	529
Глава 40. Подход к сыпи	531
Глава 41. Подход к наростам и объемным образованиям кожи	550
Глава 42. Подход к паховым объемным образованиям	557

Глава 43. Подход к объемным образованиям груди и жалобам	564
Глава 44. Подход к объемным образованиям шеи.	569
Глава 45. Подход к лимфаденопатии	576
Глава 46. Подход к боли в нижних конечностях и язвам.	583
Глава 47. Подход к опуханию нижних конечностей	593
СУСТАВЫ И МЫШЦЫ	603
Глава 48. Подход к боли в суставах (общей)	605
Глава 49. Подход к боли в плечах.	623
Глава 50. Подход к боли в коленях	630
Глава 51. Подход к боли в спине и шее.	638
ЖЕНСКАЯ ПОЛОВАЯ СИСТЕМА	649
Глава 52. Подход к вагинальному кровотечению	651
Глава 53. Подход к вагинальному кровотечению у беременных	659
Глава 54. Подход к аменорее и вирилизации	666
<i>Предметный указатель.</i>	<i>675</i>

Предисловие к изданию на русском языке

Подготовка молодых врачебных кадров во всех цивилизованных странах проводится по достаточно индивидуальным программам. Солидные исследования анатомии, физиологии и патофизиологии систем организма во второй половине XIX в. и первой половине XX в. подтвердили анатомо-физиологическую целостность человеческого организма. А дисбаланс в работе одной из конкретных систем организма приводит к болезненным состояниям. Требовалась подготовка врача широкого профиля. В России это были земские врачи чеховского периода. Бурное развитие электрофизиологических, биохимических, молекулярно-генетического уровня знаний привело к дифференциации врачебных специальностей по органно-функциональному типу: кардиологов, пульмонологов, акушеров-гинекологов, гастроэнтерологов, эндокринологов, офтальмологов, оториноларингологов, стоматологов, дерматологов, ортопедов и много других. Такое деление специалистов по органно-системному принципу оказывается весьма полезным с позиций научно-исследовательской работы. Однако если представить возможности современной фармакологии (наличие более 100 тыс. лекарственных препаратов), а каждый пациент — носитель комплекса коморбидных состояний, и если его проконсультируют органные специалисты, каждый из которых назначит по 2–3 лекарственных препарата, — организму действительно не поздоровится. Поэтому в настоящее время практическому здравоохранению необходимы врачи широкого профиля: семейные врачи, участковые терапевты, врачи общей практики.

В ваших руках уникальная книга по обучению — подготовка таких врачей, начиная со студенческих дней, когда по образовательной программе после освоения общетеоретических дисциплин студент начинает общение с пациентами (студент III курса, V курса, выпускник, интерн и молодой специалист). Опытные специалисты общего госпиталя в Сингапуре объединили свои усилия под руководством доктора Найджеда Фонга и изложили систему правильного знакомства с каждым пациентом, чтобы оценить тестами состояние его организма, вы-

делить патологические синдромы и установить диагноз, определить лечебную тактику.

Психологи правильно утверждают, что научить человека невозможно, он может только научиться. Именно самостоятельное мышление и активное мотивированное действие нейронов собственного мозга позволяют в индивидуальном мозге формировать программы созидательных мыслей и действий. Механическое запоминание информации (зубрежка) не приводит к творческому решению профессиональных задач.

В этой книге предложены образцы диагностических алгоритмов для многих распространенных болезней (сердца, легких, ЖКТ, почек, эндокринных органов, гинекологических органов, костей и мышц, болезней нервной системы и др.). Каждая из глав начинается с описания конкретного пациента с органной патологией, и проводится алгоритм диагностики в дифференциальном плане. Авторы справедливо полагают, что изучение таких алгоритмов поможет учащимся стать лучшими диагностами, и в конечном счете это будет на благо пациентам. Для максимальной пользы некоторые советы приведены в определенной логичной последовательности.

Авторы предупреждают о том, «чем НЕ является эта книга»:

1. Это НЕ руководство по сбору анамнеза и клиническому осмотру. Базовые навыки по сбору анамнеза и осмотру необходимы для того, чтобы научиться размышлять на более высоком уровне.
2. Это НЕ замена стандартных клинических учебников. Основное внимание уделяется дифференциальной диагностике, а не проявлению, диагностике и ведению отдельных заболеваний. Знакомство с отдельными болезнями очень поможет в дифференциальной диагностике. Алгоритм не имеет смысла, если болезни, к которым он приводит, вам полностью неизвестны.
3. Это НЕ протокол для заучивания и строгого следования *вместо* полноты клинических рассуждений. Алгоритмы — это всего лишь один из инструментов диагностического процесса, который нужно использовать совместно с другими инструментами, обсуждаемыми в этой книге.
4. Это НЕ замена осмотру настоящих пациентов. Это было бы крайне печально. Студенты, обладающие обширными знаниями по учебнику, но не имеющие адекватного контакта с пациентами, часто оказываются неспособными применить свои знания в клинической ситуации. Скорее осмотр пациентов идет рука об руку с получением и структурированием знаний. Помните, ***что пациенты — лучшие учителя для врача.***

Очень правильно авторы считают, что они обучают *искусству* диагностики клинического случая. Ранее многократно возникала дискуссия по проблеме «Врачевание — это работа или искусство?» Для нас несомненно, что врачевание — это не обслуживание. Определять диагноз — это центральная роль врача в искусстве исцеления. Поставив точный и своевременный диагноз, врач может провести соответствующее лечение, улучшающее состояние пациента. И наоборот, диагностические ошибки вредят пациентам.

В алгоритмах используется дифференциация разных блоков информации (анамнез, физические признаки или данные исследования) в качестве ключевых точек разделения для разграничения групп диагнозов. Клиническая консультация начинается с определения подходящего алгоритма. В дальнейшем сбор информации осуществляется по алгоритму, при этом особое внимание уделяется выбору диагностических групп, явно отличающихся точками разделения. Когда возможных отличительных признаков остается лишь небольшое число, для ранжирования можно использовать гипотетически-дедуктивное рассуждение.

Эта книга поможет разрабатывать алгоритмы и мобилизовывать свои знания, чтобы использовать их в процессе диагностики. Действительно полезен принцип: *«Чего не думает ум, того не видит глаз»*. Более старый тезис: *«Врач видит то, что знает»*.

Авторы книги справедливо советуют молодым, обучающимся искусству медицины: не пытайтесь вызубрить содержимое этой книги. Попытка научиться медицине без работы с пациентами обречена на неудачу.

И рекомендуют следующее.

1. **ДУМАЙТЕ!** Вспомните свою или чужую диагностическую ошибку. Что повлияло на ошибку? Что можно было бы сделать по-другому, чтобы предотвратить ошибку?
2. **ИССЛЕДУЙТЕ!** В чем разница между поверхностным и глубоким обучением? В каких ситуациях предпочтительнее каждый из подходов?
3. **ОБСУЖДАЙТЕ!** В последние 10–20 лет объем медицинских знаний невероятно увеличился, поэтому любому врачу (особенно начинающему) трудно идти в ногу со временем. Каковы некоторые стратегии, позволяющие справиться с таким объемом информации и темпами прогресса?
4. **ДВИГАЙТЕСЬ ДАЛЬШЕ!** Ознакомьтесь с данными о байесовской условной вероятности. Как вероятность наличия заболевания до

проведения теста влияет на интерпретацию данного диагностического теста?

Каждый врач совершает диагностические ошибки. Мудрые врачи учатся на своих ошибках и изучают подводные камни, чтобы свести ошибки к минимуму. Существует три условных источника диагностических ошибок: дефицит знаний, проблемы отношения к задаче, такие как чрезмерная уверенность, и когнитивные искажения.

Помимо усердной работы по улучшению знаний, оценка когнитивных искажений помогает избегать ошибок.

Целесообразно прислушиваться к авторам по использованию книги пятью способами.

1. **Начальный учебник.** Перед началом освоения новой **клинической** дисциплины пролистайте соответствующие главы. Используйте обсуждаемый подход в качестве плана, в котором можно прочесть о том, что вам незнакомо. Постарайтесь с ходу приступить к работе и узнать как можно больше от первого пациента.
2. **Своевременная помощь.** Возьмите книгу с собой на обход. Если вы застрянете, работая с пациентом, прочтите соответствующую главу и посмотрите, можете ли вы что-либо из этого текста главы почерпнуть.
3. **Самостоятельная тренировка.** Прочтите клинический случай в начале каждой главы. Подумайте, как вы решите проблему пациента. Затем прочтите рассуждения о больном. По мере чтения постоянно корректируйте черновой подход.
4. **Запланированная практика с пациентами.** Расспросите пациентов (не заглядывая в книгу или в заметки к случаю); перечислите и ранжируйте главные отличительные признаки. Далее откройте соответствующую главу книги и посмотрите, есть ли еще что-нибудь, на что стоит обратить внимание (другие отличительные признаки, которые необходимо рассмотреть, важные дифференцирующие вопросы, которые вы не задавали, и т.д.). Вернитесь к пациенту и уточните свой дифференциальный список. Наконец, откройте заметки к случаю исследования и проверьте, похож ли ваш диагноз на диагноз врача-эксперта (если он отличается, спросите почему, ведь эксперт не всегда прав). *Повторяющаяся обдуманная практика крайне важна для изучения клинического диагноза.*
5. **Критическое осмысление.** Критически изучите алгоритмы. Определите используемые ключевые отличительные признаки (как правило, в точках деления).

Информация интерпретируется по мере ее сбора; это интерактивный процесс, в результате которого один отличительный признак выдвигается как «наиболее вероятный», а остальные отодвигаются на второй план.

Системная работа с каждым пациентом поможет стать лучшим диагностом и в конечном счете будет полезно пациентам.

Книга предназначена отечественным студентам и молодым врачам.

Александр Анисимович Скоромец,
академик РАН, профессор

10 июня 2021 г.

Предисловие к изданию на английском языке

Эта книга предназначена для студентов-медиков и интернов, которые хотят научиться распознавать и устранять симптомы пациента и отточить свои навыки клинического мышления и диагностики.

Клиническая медицина начинается с пациента. Многие из нас узнают по одному признаку заболевания сразу, однако у пациентов может наблюдаться множество различных симптомов, не складывающихся в какую-либо известную болезнь. Многие студенты знают правильный научно доказанный метод лечения сердечной недостаточности, но заходят в тупик, когда в больницу поступает бездыханный пациент и им говорят «выяснить, что не так». Многие могут перечислить отличительные признаки симптома, но с трудом отделяют важные диагностические признаки от несущественных деталей, о которых говорят многие пациенты. Велик соблазн все больше полагаться на растущий арсенал диагностических инструментов. Однако бездумный анализ не только сбивает с толку и вводит в заблуждение, но и дорого обходится нашим пациентам. Я тоже не так давно был студентом и сам испытал трудности, с которыми сталкивается начинающий врач, обобщая огромное количество новой информации и применяя ее к реальным пациентам. В этой книге я пытаюсь предложить инструментарий для решения этой задачи.

В каждой главе рассматривается одна из жалоб, определяются ключевые отличительные признаки, проводится стратегия, позволяющая отличать одно от другого, и излагается процесс сбора анамнеза, осмотра и первоначального расследования. Каждый из этих подходов охватывает различные специальности, интегрируя подходы и условия из различных областей медицины и хирургии.

В этой книге используются *алгоритмы*, облегчающие диагностику. Это метод клинического мышления, в котором критические части информации используются в качестве точек разделения для разграничения групп диагнозов. Он дополняет (не заменяет) клинические навыки и знания об индивидуальных заболеваниях. Изучение алгоритмов особенно пригодится диагностам-интернам, так как алгоритмы не только

обеспечивают систематический и функциональный подход к пациентам, но и служат плацдармом для организации знаний и обучения навыкам клинического мышления. Создавая эти алгоритмы, я не делал их теоретически законченными, чтобы не усложнять их применение для начинающих. Наконец, помните: чтобы развить клиническую интуицию, следует посещать пациентов — они лучшие учителя, источник вдохновения и изобретательности.

Найджел Фонг

2018 г.

Подход к желудочно-кишечному кровотечению

Клинический случай

Мужчина, 53 года, разнорабочий с жалобами на головокружение, вялость и черный, плохо пахнущий стул (не может оценить количественно); симптомы наблюдаются в течение суток. Анамнез без особенностей, кроме давних болей в спине, из-за которых он принимал напроксен. Он пьет в среднем по восемь бутылок пива и немного крепкого алкоголя каждый день. При поступлении в отделение неотложной помощи его жизненные показатели были следующими: АД — 102/54 мм рт.ст., ЧСС — 132 в минуту, SpO₂ — 98% без оксигенотерапии, температура — 37,5 °С. При осмотре находился в сознании и был встревоженным. Отмечены конъюнктивальная бледность, эритема ладоней и легкое вздутие живота с мигрирующей тупостью. Живот мягкий, без образований. У него взяли кровь для ОАК, исследования коагуляции, определения уровня электролитов, функции печени и анализа групповой и перекрестной совместимости крови. Как бы вы решили его проблему?

Острое желудочно-кишечное кровотечение проявляется явно в виде **гематезиса** (рвота свежей кровью или «кофейной гущей»), **мелены** (черный, липкий, неприятно пахнущий стул) или свежего **ректального кровотечения** (гематохезия). Оно может быть массивным и привести к гипотензии и смерти. Не обращайтесь внимание на *нормальный* уровень гемоглобина, ему требуется время, чтобы упасть¹. И наоборот, желудочно-кишечное кровотечение может быть скрытым, проявляясь в виде микроколичественного ректального кровотечения и хронической анемии, которые могут быть как симптоматическими, так и бессимптомными (рис. 11.1).

¹ При остром течении как эритроциты, так и плазма пропорционально теряются, поэтому гемоглобин остается в норме. Гемоглобин падает только после проведения инфузионной терапии (врачами или собственными механизмами сохранения жидкости в организме), когда фиксированное количество эритроцитов разбавляется в увеличенном объеме плазмы.

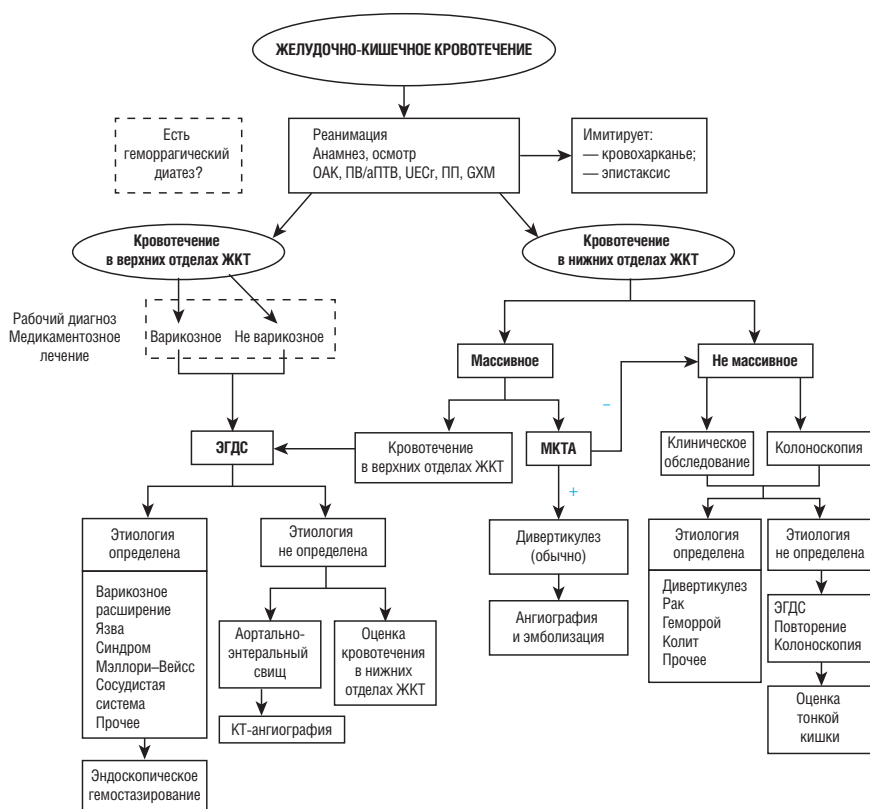


Рис. 11.1. Подход к желудочно-кишечному кровотечению

Кровотечение из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта

После реанимации убедитесь, что кровотечение идет из ЖКТ (кровохарканье и эпистаксис могут имитировать желудочно-кишечное кровотечение), и определите отличительные клинические признаки кровотечения из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта (табл. 11.1). Первоначальные исследования должны включать ОАК, коагулограмму, уровень мочевины и электролитов, ферменты печени, а также групповую и перекрестную совместимость крови.

Таблица 11.1. Кровотечение из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта

	Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	Кровотечение из нижних отделов ЖКТ
Анатомическое расположение	Пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка (проксимальнее связки Трейтца в двенадцатиперстно-тонкокишечном соединении)	Тощая кишка, толстая кишка, прямая кишка (дистальнее связки Трейтца в двенадцатиперстно-тощekiшечном соединении)
Клинические симптомы	Гематемезис, мелена. Может также сопровождаться ректальным кровотечением, если скорость кровотечения слишком высока для переваривания крови	Ректальное кровотечение, медленное или быстрое. Наличие сгустков крови в стуле делают более вероятным источником нижние отделы ЖКТ
Лабораторные признаки	Мочевина, несоразмерно повышенная относительно креатинина (из-за переваривания крови). Аномальные уровни ферментов печени или цирроз в анамнезе	—
Примечания	Массивное кровотечение или гипотензию следует приписывать верхним отделам, пока не будет доказано иное	—

Геморрагический диатез

Признаки, указывающие на системный геморрагический диатез.

- Кровотечение из нескольких мест, например кожно-слизистое или внутричерепное кровотечение в дополнение к желудочно-кишечному.
- Клинический контекст, предрасполагающий к кровотечению: инфекция денге, сепсис с рассеянной внутрисосудистой коагулопатией.
- Результаты лабораторных анализов: незначительная коагулопатия, тяжелая тромбоцитопения.

В таких ситуациях может потребоваться дополнительная оценка причины системного кровотечения (см. главу 33). С другой сторо-

ны, желудочно-кишечное кровотечение не следует просто приписывать известному геморрагическому диатезу или лекарственным препаратам (например, антикоагуляторам или антитромбоцитарным препаратам) без учета исследований ЖКТ, так как наличие этих способствующих факторов не исключает анатомической аномалии в ЖКТ, вызывающей кровотечение.

Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Подход к кровотечению в верхних отделах ЖКТ у большинства пациентов ориентирован на адекватную реанимацию с последующим ранним эндоскопическим гемостазированием.

Начальный план: варикозное и неварикозное кровотечение

Первоначальное лечение направлено: а) на поддержание гемодинамической стабильности; б) определение группы риска; в) оптимизацию состояния пациента для проведения эндоскопии (включая, при необходимости, переливание крови); г) применение предэндоскопической медикаментозной терапии. Поскольку предэндоскопическое лечение варикозного и неварикозного кровотечения отличается, важно провести раннюю рабочую диагностику варикозного и неварикозного кровотечения.

- **Варикозное кровотечение.** Варикозное расширение вен пищевода является следствием портальной гипертензии. Варикозное кровотечение следует подозревать, если: а) в анамнезе есть цирроз $\pm$ известное варикозное расширение вен; б) есть признаки хронических заболеваний печени, например желтуха, асцит или спленомегалия; в) имеются аномальные результаты печеночных проб или г) есть коагулопатия или тромбоцитопения.
- **Неварикозное кровотечение.** При отсутствии вышеперечисленных факторов первоначальное лечение пациентов можно проводить по схеме неварикозного кровотечения (предэндоскопическая медикаментозная терапия при этом отличается).

В любом случае, проанализировав риск и пользу, пациентам следует приступать к ЭГДС.

Эзофагогастродуоденоскопия: найден источник кровотечения

Во многих случаях ЭГДС позволяет определить источник кровотечения из верхних отделов ЖКТ, в том числе следующие.

- **Пептические язвы.** Распространенное излечимое поражение. Выясните, *почему* у пациента возникла пептическая язва: сделайте тест на наличие *Helicobacter pylori* (например, экспресс-тест *CLO*), найдите лекарства, вызывающие пептическую язву (например, нестероидные противовоспалительные и антитромбоцитарные средства, стероиды), а также соберите анамнез курения. Поскольку рак желудка может проявляться в виде язвы с краями неправильной формы, часто делают биопсию пептических язв. Повторную ЭГДС можно провести, чтобы задокументировать заживление язвы желудка (если язва не зажила, предполагается рак); биопсия или повторная ЭГДС не требуется при язве двенадцатиперстной кишки.
- **Осложнения портальной гипертензии.** Варикозное расширение вен пищевода и портальная гипертоническая гастропатия (диффузное выделение из рыхлых сосудов) возникают при циррозах с портальной гипертензией.
- **Эзофагит.** Воспаление пищевода может сопровождаться кровотечением. Оно может быть вызвано гастроэзофагеальным рефлюксом, лекарственными препаратами (например, тетрациклинами и бисфосфонатами) или инфекцией.
- **Синдром Мэллори–Вейсса.** Продольный разрыв слизистой оболочки пищевода, классический после эпизода неумеренного потребления алкоголя, приводящего к сильной рвоте или рвотным позывам.
- **Поражения сосудов.** Например, ангиодисплазия, поражение Дьелафуа, сосудистая экстазия антрального отдела желудка (GAVE).

Примечание. Гастрит — это эндоскопически подтвержденная легкая эритема слизистой оболочки, предполагающая воспаление. Это обычное явление, которое редко приводит к значительному кровотечению. Желудочно-кишечное кровотечение, как правило, не должно приписываться только гастриту без поиска других источников.

Кроме диагностической полезности, ЭГДС позволяет проводить терапевтические процедуры для обеспечения гемостаза (например, перевязывание варикозно расширенных вен, клипирование язв и т.д.).

Эзофагогастродуоденоскопия: источник кровотечения не найден

Если при ЭГДС вы ничего не нашли, нужно провести следующие процедуры.

- **Колоноскопия.** Оцените причины кровотечения в нижних отделах ЖКТ. Кровь от кишечных повреждений с правой стороны может быть измененной, похожей на мелену.
- **КТ для выявления аортально-энтерального свища.** У пациентов, которым ранее сделали операцию на аорте или провели трансплантацию (например, для устранения расслоения), может образоваться аортально-энтеральный свищ, который является аномальным соединением между аортой и стенкой кишечника и приводит к желудочно-кишечному кровотечению. Если в анамнезе имеется случай аортального поражения или операции, проведите КТ-аортографию для поиска аортально-энтерального свища.

Кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта

Начните с определения степени тяжести кровотечения. На практике массивное ректальное кровотечение вызывает гемодинамическую нестабильность (в том числе тахикардию), острое и значительное падение гемоглобина (например, >2 г/дл в течение 24 ч) или же является большим по объему и стойким.

Массивное кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта

Обычной причиной массивного кровотечения из нижних отделов ЖКТ является дивертикулез, так как в месте проникания артерий могут образовываться дивертикулы, вызывающие артериальное кровотечение. Другие этиологии кровотечения из нижних отделов ЖКТ, как правило, не такие массивные.

Подход следующий.

1. **Исключите кровотечение из верхних отделов ЖКТ.** Некоторые крупные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта сопровождаются ректальным кровотечением, а не меленой, если кровотечение слишком быстрое для переваривания крови. Обратите внимание на следующее.

- При высоком индексе клинического подозрения (например, гипотензия, повышенный уровень мочевины, известные заболевания печени) проведите ЭГДС после соответствующей реанимации.
- При низком индексе клинического подозрения (например, предыдущее дивертикулярное кровотечение, не гипотензивное) проведите ЭГДС или назогастральный лаваж (т.е. вставьте назогастральную трубку и подключитесь для аспирации стенок). Аспираты в виде кофейной гущи или свежей крови при назогастральном лаваже подтверждают наличие источника кровотечения в верхних отделах ЖКТ; однако результат может быть ложноотрицательным, если кровотечение возникает за пределами закрытого привратника (например, при язве двенадцатиперстной кишки). При подозрении на варикозное расширение вен следует избегать введения назогастральной трубки, так как это может повредить вены и усилить кровотечение.

2. **МКТА.** Особенно полезна при продолжающемся массивном кровотечении и позволяет выявить источник кровотечения в любой точке ЖКТ (в том числе в тонкой кишке).

- **Положительный результат МКТА.** Активное интенсивное кровотечение ($>0,3$ мл/мин) визуализируется в виде артериального покраснения (т.е. контрастного излияния крови из сосудов). При положительном результате МКТА перейдите к катетерной ангиографии, которая позволяет эмболизовать кровеносный сосуд.
- **Отрицательный результат МКТА.** Отрицательный результат МКТА означает, что кровотечение либо остановилось, либо слишком медленное ($<0,3$ мл/мин), чтобы его можно было визуализировать. Дивертикул может периодически кровоточить и не визуализироваться при МКТА. При отрицательном результате МКТА проведите колоноскопию, как при немассивном кровотечении.

Немассивное кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта

Существует множество причин немассивного кровотечения из нижних отделов ЖКТ. Большинство пациентов должны пройти клиническую оценку и колоноскопию.

1. **Клиническая оценка.** Полезную информацию можно получить при сборе анамнеза и осмотре. Как правило, при кровотечении из проксимальных отделов (тонкая кишка и правый отдел толстой кишки) появляется измененная (темная) кровь, смешанная с фекалиями; при кровотечении из дистальных отделов (левый отдел толстой кишки

и аноректальное кровотечение, например геморрой) фекалии покрыты свежей (красной) кровью, она остается на туалетной бумаге или капает в унитаз после дефекации. Это значимое клиническое различие, но, к сожалению, не совсем надежное. Важно ответить на такие три вопроса.

А. Есть ли еще какие-либо симптомы или же данные анамнеза помимо ректального кровотечения?

Б. Каковы результаты ректального осмотра и проктоскопии?

В. Каков диагноз при изолированном безболезненном ректальном кровотечении с нормальными результатами ректального осмотра?

А. Есть ли еще какие-либо симптомы или же данные анамнеза?

- **Подозрение на рак.** Потеря аппетита и массы тела, изменение частоты и характера стула (чередующиеся запоры и диарея, уменьшение объема фекалий), пальпируемое образование в брюшной полости или рак толстой кишки в семейном анамнезе вызывают подозрение на рак. Тенезмы (стойкое, неприятное желание испражнения) — тревожный признак, указывающий на рак прямой кишки.

- **Колит.** Кровявая диарея с брюшной коликой, болезненность при пальпации $\pm$ лихорадка, недомогание и системная токсичность.

Причины колита:

- Воспалительное заболевание кишечника (болезнь Крона и язвенный колит): обычно возникает у молодого пациента, у которого также могут быть внекишечные проявления (артрит, увеит, узловая эритема и т.д.).
- Ишемический колит. Может возникнуть в результате атеросклеротического заболевания или васкулита. Может появляться брюшная колика после еды.
- Инфекционный колит. Острая кровавая диарея, возможно, с историей путешествий или употребления испорченной пищи. Количество крови в стуле обычно от незначительного до умеренного, кровь смешана с фекалиями.
- Предыдущее облучение органов таза. У пациентов с предыдущим облучением органов таза (например, при раке прямой кишки или простаты) следует рассмотреть возможность лучевого колита или рецидива ракового заболевания.
- Недавняя эндоскопическая терапия. Кровотечение может возникнуть после эндоскопической биопсии или полипэктомии и в большинстве случаев самокупируется.

Б. Каковы результаты ректального осмотра и проктоскопии?

- **Геморрой.** Расширенные подслизистые вены (видны при проктоскопии в положениях на 3, 7 и 10 ч) часто с контактным кровотечением или пятнами крови. Геморроидальное кровотечение обычно ярко-красное, небольшого объема и может покрывать фекалии или туалетную бумагу. Некоторые геморроидальные узлы могут также выпадать (выступают из ануса во время дефекации).
- **Другие аноректальные аномалии.** Например, аноректальная опухоль (пальпируемое образование при обследовании прямой кишки), язвы прямой кишки и т.д.

В. Изолированное безболезненное ректальное кровотечение при нормальных результатах ректального обследования. В эту категорию входят такие состояния.

- **Дивертикулярное кровотечение.** Дивертикулы — это выпячивания слизистой оболочки ободочной кишки через слабые места в стенках кишечника. Дивертикулярные кровотечения распространены и могут быть довольно объемными (могут быть и небольшими), а кровь может быть красной или темной.
- **Ангиодисплазия.** Расширенные, извитые подслизистые сосуды.
- **Полип или опухоль толстой кишки** могут быть бессимптомными.

2. Колоноскопия. Большинству пациентов (если только у них нет медицинских противопоказаний) нужно сделать колоноскопию после соответствующей реанимации, переливания крови и подготовки кишечника. Это нужно, потому что даже если источник кровотечения (например, геморрой) можно обнаружить при клиническом обследовании, это не исключает второго источника кровотечения, который может быть опасным (например, рак толстой кишки). Колоноскопия полезна для выявления анатомических повреждений, вызывающих кровотечение (например, опухоль, дивертикул, язвенный колит) и позволяет проводить эндоскопическую терапию.

Отрицательный результат начальной оценки

У меньшинства пациентов клиническая оценка и колоноскопия не позволяют выявить источник ректального кровотечения. Этим пациентам показаны следующие процедуры.

- **ЭГДС.** Для определения верхних отделов ЖКТ в качестве источника кровотечения, если ЭГДС еще не сделали.
- **Повторная колоноскопия.** Особенно если первая колоноскопия была неоптимальной (например, при плохой подготовке кишечника) и поражения могли быть пропущены.

- **Оценка тонкой кишки.** К источникам кровотечения в тонкой кишке относятся дивертикул Мекеля, сосудистые поражения (например, поражение Дъелафуа), опухоль тонкой кишки и т.д. Существует множество методов оценки тонкой кишки. Пациентам с сильным кровотечением следует пройти МКТА. Пациентам с медленным кровотечением или хронической железодефицитной анемией показана капсульная эндоскопия или активная энтероскопия.



Используя полученные знания, **запишите свой подход** к клиническому случаю в начале главы, **ПРЕЖДЕ ЧЕМ читать дальнейшее** обсуждение.

Обсуждение случая

Это мужчина среднего возраста с кровотечением из верхних отделов ЖКТ. У него тахикардия, бледность и головокружение, что указывает на кровотечение, достаточное для того, чтобы вызвать гиповолемию и анемию. У него есть признаки хронического заболевания печени (асцит и эритема ладоней) и факторы риска (алкоголизм). Его следует лечить с учетом предполагаемого варикозного кровотечения. После реанимации и переливания крови ему потребуется ранняя эндоскопия, которая может выявить варикозное расширение вен пищевода. Кроме того, в ходе этой процедуры может быть обнаружена пептическая язва, так как у него имеются факторы риска в виде приема нестероидных противовоспалительных средств и употребления алкоголя.

Основные концепции

1. Кровотечение из верхних отделов ЖКТ может быть варикозным или неварикозным (пептические язвы, синдром Мэллори–Вейсс, сосудистые поражения и т.д.). Ранняя ЭГДС является диагностической и терапевтической.
2. При массивном ректальном кровотечении исключите верхние отделы ЖКТ в качестве источника и рассмотрите возможность проведения МКТА.
3. Немассивное ректальное кровотечение чаще всего связано с дивертикулезом, геморроем и раком. После клинического обследования (включая ректальное обследование и проктоскопию) для большинства пациентов следует провести колоноскопию

Часто возникающие ошибки	1. Гемоглобин может быть в норме при остром желудочно-кишечном кровотечении. 2. Наличие явного геморроя не исключает второй причины желудочно-кишечного кровотечения. 3. Дивертикулярное кровотечение относительно <i>безболезненно</i>, в лучшем случае может вызвать неприятные позывы к дефекации (так как кровь оказывает слабительный эффект). Значительные боли в животе, болезненность или системная токсичность не соответствуют картине дивертикулярного кровотечения. В такой ситуации следует подозревать колит
Вопросы	1. ДУМАЙТЕ! У вас когда-нибудь был пациент с гемодинамической нестабильностью из-за желудочно-кишечного кровотечения? Какие были дифференциальные диагнозы и каким процедурам подвергся пациент? 2. ИССЛЕДУЙТЕ! Согласие на проведение ЭГДС и колоноскопии обычно берет врач-интерн. Как бы вы проконсультировали пациента о процедуре, а также о ее рисках и альтернативах? 3. ОБСУЖДАЙТЕ! Нередки случаи, когда у пациентов с плохими предклиническими показателями появляется желудочно-кишечное кровотечение. Предположим, что у 80-летней женщины, прикованной к постели после нарушения мозгового кровообращения, возникает ректальное кровотечение, а уровень гемоглобина составляет 5 г/дл. Нужно ли делать эндоскопию? Каковы ваши соображения?