ЛЕГОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Это острые состояния, требующие квалифицированной диагностики и качественного лечения. Клиническая картина разнообразна. В большинстве случаев молодые врачи допускают ошибки, так как "выучить" кровотечения по причинам, не видя больного, нельзя.

Легочные кровотечения.

В целях диагностики легочные кровотечения могут быть разделены на первичные и вторичные. Вторичные кровотечения - это кровотечения, возникающие при нарушениисистемы коагуляции, при нарушении гемостаза, что наблюдается при геморрагических диатезах, передозировки антикоагулянтной терапии. Данные кровотечения не вызывают большой сложности при постановки диагноза, так как имеются множественные признаки возникшей патологии: подкожные кровоизлияния различной степени выраженности (могут быть петехии, синяки, а также другие элементы). Первичные кровотечения - фактически имеется кровотечение только из дыхательных путей. Две причины возникновени первичных кровотечений:
 1) Легочная гипертензия,
 2) Поражение собственно легочной ткани.

При первичных кровотечениях мы имеем то или иное количество крови, отходящей с кашлем. Кровь поступает в дыхательные пути, раздражает стенки бронхов, что приводит к вызыванию кашлевого рефлекса. В результате вышеописанного механизма кровь отходит с кашлем. Кровь, отходящая с кашлем:
 1) алая кровь,
 2) прожилки крови в мокроте,
 3) сплевывание несвернувшейся крови, так как кашлевой рефлекс вызывается очень быстро и кровь не успевает свернуться в дыхательных путях.

В "благоприятных" ситуациях (кровотечение само по себе уже не благоприятно, это название условно) отхождение крови с кашлем скудное, длительное. В неблагоприятных ситуациях кровь отходит в больших количествах, что может стать непосредственной причиной смерти больного.

Рассмотрим подробно причины легочных кровотечений. Как уже указывалось , одной из причин легочного кровотечения может быть легочная гипертензия. Первичная легочная гипертензия бывает редко. Причина такой гипертензии - артериолы, артериальные сосуды малого круга кровообращения. Этиология первичной легочной гипертензии до сих пор не известна.

Подавляющее большинство легочных гипертензий связано с нарушением внутрисердечной гемодинамики, т.е. наиболее частая причина - это пороки сердца. Необходимо учитывать, что это могут быть 1) пороки с увеличением венозной нагрузки по типу митрального и аортального стенозов. В анамнезе таких больных всегда имеются признаки левосердечной недостаточности, недостаточности по малому кругу кровообращени в виде эпизодов сердечной астмы, отеков легких, 2) врожденные пороки сердца со сбросом крови слева направо. В этом случае повышение давления в венах малого круга не будет. Гипертензия малого круга возникает из-за объемной нагрузки правых отделов сердца с параллельным развитием гипертрофии правого желудочка. Такой механизм гипертензии возникает при дефектах межжелудочковой или межпредсердной перегородок. В этих ситуациях в клинике доминирует одышка. Сердечной астмы и отека легких практически не наблюдается, так как отек легких - это дисбаланс между артериями и венами с точки зрения уровня давления. Если в венах давление не повышается, то даже при увеличении давления в артериальной системе малого круга - не будет условий для того, чтобы жидкость оставалась в интерстициальном пространстве. Если давление в венах нормальное, то следовательно есть отток. Однако, при резко выраженном повышении давления в артериальной системе малого круга кровообращения, может появляться кровотечение из артериальных сосудов per diapedesis. Наличие таких кровотечений особенно вне связи с отеком легких у больных с наррушением внутрисердечной гемодинамики указывает на очень неблагоприятный прогноз. Это больные с далеко зашедшей легочной гипертензией. Обычно в таких ситуациях уже достаточно функционируют артерио венозные шунты, сбрасывающие кровь за артерии и вены мимо альвеолярных поверхностей. В наше время количество больных с легочной гипертензией растет, так как проводится более адекватная терапия неоперабельных больных.

Второй причиной кровохарканья при легочной гипертензии являются острое нарушение кровообращения, т.е. закупорка a. pulmonalis. Т.е. причиной является тромбэмболия ветвей легочной артерии. Любая тромбэмболия даже самых мелких ветвей приводит к очень быстрому спазму сосудистого русла малого круга кровообращения, а также к быстрому подъему артериального давления в малом круге и, следовательно, появляются возможность кровотечения per diapedesis.

Выделение легочных кровотечений в результате легочной гипертензии в отдельную группу очень важно, так как тактика ведения таких больных отличается от тактики ведения больных с легочными кровотечениями в результате поражения собственно легочной паренхимы. К поражению собственно легочной паренхимы приводям следующие заболевания:
 - туберкулез, так как развиваются очаги казеозного некроза и легко повреждается сосудистая стенка,
 - бронхогенный рак,
 - бронхоэктазы,
 - абсцессы легкого.
Эти причины могут давать легочные кровотечения различной степени выраженности (от минимальных - прожилки крови в мокроте, до массивных). Появление прожилок крови ставит диагностический вопрос. Так как это может быть признаком как бронхоэктазов, при которых терапия направленна на снижение воспалительной реакции, так и туберкулеза, требующего строго специфической терапии, а также бронхогенного рака, что требует достаточно быстрого оперативного вмешательства. Проблема операций на легких заключается не только в технике, т.е. в удалении, но и в сохранении достаточной дыхательной поверхности.

Терапия:

1.До начала диагностических мероприятий используется целый ряд общепризнанных методов. Прежде всего, больной максимальное время должен находиться в сидячем положении, что дает уменьшение притока крови к малому кругу кровообращения, снижает давление, уменьшает кровотечение.

2.Назначение адекватной противокашлевой терапии. Противокашлевая терапия назначается даже в тех случаях когда необходимо эвакуировать патологическое содержимое из дыхательных путей. Эта терапия также назначается при абсцессах, бронхоэктазах. Противокашлевая терапия неохадима, так как сам акт кашля - это сокращение диафрагмы, которое создает большое давление в дыхательных путях, что ведет к отхождению того, что оказалось в дыхательных путях, наружу.Внутрилегочное давление при кашлевом толчке повышается в несколько раз по сравнению с обычным. Это приводит к дополнительному повреждению ткани в области кровотечения и усиливает кровотечение. В качестве противокашлевых средств используются наркотические средства и прежде всего кодеин. Этой терапией мы не останавливает кровотечение, а препядствуем его усилению. Остановиться кровотечение может само, если сосуд затромбируется.

В дальнейшем тактика определяется причинами, вызывающими кровотечения. Если кровотечение связано с высоким давление в малом кругу кровообращения, то необходимо это давление снизить. Дается 1)нитроглицерин под язык; 2)нитропрусид натрия внутривенно; 3)ганглиоблокаторы: пентамин, арфонад внутривенно по контролем АД; 4)холод в видеподушек на грудную клетку и кусочков льда, которые ьольной должен глотать. Применение холода приводит к рефлекторному уменьшению просвета сосудов, что снижает выраженность кровотечения.

3.Остановка собственно кровотечения:
1)Внутривенно CaCl2 10%. Вводится медленно, струйно. Са является активатором многих этапов плазменного гемостаза, что способствует образованию тромбов в месте кровотечения. Кроме того, Са попадает в малый круг кровообращения через 5-7 секунд после внутривенного введения и не происходит его разведения.
2)Попытки сгустить кровь. Используют желатиноль.
3)Попытки активизировать процессы коагуляции, что достигается введением эпсилон-аминокапроновой кислоты внутривенно. Кроме того вводят активатор свертывания крови - дицинон. Этот препарат также вводится внутривенно. При непрекращающемся кровотечении возможно применение свежей крови. Кровь при кровотечении используется не с точки зрения возмещения кровотечения, а с точки зрения введения естественных факторов свертывания крови.

Кроме того, больного надо подвергнуть дифференциально-диагностическому исследованию, которое включает:
 - рентгеновское исследование,
 - тонографию,
 - фибробронхоскопию,
 - оценку внутрисердечной дечтельности: ЭКГ, эхокардиография.

При пороках прогоноз неблагоприятный, так как это, как правило, неоперабельные боьные. Если подозреваем туберкулез, то ищем МБТ, так как если есть кровотчение, то есть распад, а следовательно - бацилловыделение. Кроме того, необходима реакция Манту, РСК с туберкулезным антигеном. При абсцедировании вопрос решается двояко. Если абсцессы свежие и кровотечения не возобновляется, то такие больные лечатся консервативно до 3-х месяцев. После трех месяцев - операция. Если эпизоды кровотечения повторяются, то решается вопрос о резекции и ее обьеме (доля, долька и т.д.). При наличии бронхоэктазов выбирается следующая тактика: локальные бронхоэктазы могут быть оперированы, но это, как правило, врожденная патология. В большинстве случаев имеюся диффузные бронхоэктазы, связанные с большим количеством бронхитов. Необходима тщательная санация бронхиального дерева, так как обострение воспалительного процеса чаще всего приводит к кровотечению. При некупирующемся кровотечении больные госпитализируются в клинику торакальной хирургии.

Кровотечения из желудочно-кишечного тракта.

По клиническим проявлениям делятся на два варианта:

1. Скрытые кровотечения: в клинике на первое место выходит хроническая железодефицитная анемия.

2. Массивные кровотечения: в клинике на первое место выходят проявления гиповолемии вплоть до развития гиповолемического шока.

Скрытые кровотечения позволяют обследовать больного в плановом порядке на предмет
 - скрытых десневых кровотечений из полости рта,
 - кровотечений из пищевода (опухоли, эрозии, дивертикулы пищевода),
 - диафрагмальных грыж,
 - эрозивных гастритов,
 - язвы желудка,
 - язвы двенадцатиперстной кишки,
 - опухоли восходящего отделатолстого кишечника,
 - опухоли, полипы прямой кишки,
 - геморой.

Примассивных кровотечениях времени на обследование нет. Как правило, эти кровотечения начинаются на фоне полного здоровья или предшествующего мучительного дискомфорта со стороны ЖКТ и характеризуются:
 - внезапным появлением эпизодов слабости, сопровождающейся тахикардией, липким потом,
 - головокружением,
 - внезапной бледностью,
 - снижением АД.

Т.е. в клинике яркая вегетативная реакция, связанная с повышением симпатической системы. Активация симпатического нерва ведет к сужению сосудов, что дает бледность. Холодный пот связан с активацией катехоламинами потовых желез. Тахикардия также связана с активацией симпатического нерва. Снижение давления отражает выраженность уменьшения ОЦК.

Если спазм сосудов и тахикардия компенсируют уменьшение ОЦК, то существенного снижения АД не будет или это снижение будет кратковременным. Если компенсации нет, то снижение АД будет значимым. Т.е. не всегда будет снижение АД. Уровень АД характеризует тяжесть и величину кровотечения.

В перифирической крови обнаруживается снижение гематокрита, так как компенсация идет за счет мобилизации жидкости из тканевого пространства. В норме гематокрит:
 40% у женщин
 45% у мужчин
Гемоглобин также снижается, но если анализ крови сделан быстро, то нормохромная анемия. Если этот анамнез делается через несколько дней, то гипохромная анемия, причем гематокрит может быть удовлетворительным, так как выброс из костного мозга эритроцитов, их юных форм произошел. Обычными методами форму эритроцитов (юные или нет) не определить.

Наиболее легка диагностика кровотечений из желудка. Наиболее частой причиной этого кровотечения являются рак, язва, полип. Также не сложна дианостика из вен пищевода. В этих случаях кровотечение сопровождается появлением рвоты. В отличии от легочных кровотечений, кровь или кровавые массы, эвакуированные из желудка имеют темную окраску, так как при желудочном кровотечении идет быстрая реакция с солянной кислотой, в результате чего образуется гемотин. Гемотин имеет коричневый темный оттенок, так как кровь сворачивается. Т.е. кровавые массы или кровь, эвакуиворанная из желудка, будет коричневого оттенка или цвета кофейной гущи. При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода кровь имеет темный оттенок, это кровотечение венозной кровью.

Если рвоты не было, что может иметь место при небольших кровотечениях из нижней части желудка, особенно, если содержимое желудка жорошо эвакуируется по ходу пищеварения или при кровотечении из язвы луковицы двенадцатиперсной кишки, то в течении 12-24 часов будет черный, дегтеобразный стул.

При массивных кровотечениях из тонкого и толстого кишечника наличие дектеобразного стула не обязательно, так как дегтеобразный стул образуется за счет дальнейших реакций гемоглобина, который уже прореагировал с солянной кислотой (в норме солянная кислота полностью нейтрализуется в двенадцатиперстной кишке, ниже этой кишки содержимое ЖКТ щелочное). При кровотечениях из кишечника (как тонкого, так и толстого) будет рыхлый, жидкий стул без признаков энтерита или колита.

Кровотечения из сигмы и прямой кишки проявляются появлением того или иного количества крови в стуле. Эти кровотечения, как правило, после стула, сверху стула.

Необходимо учитывать, что иногда кровотечение из ЖКТ могут быть связаны с антикоагулянтами и фибринолитиками. Т.е. при их назначении необходимо учитывать противопоказания к этим препаратам. Противопоказания для назначения антикоагулянтов:
 - портальная гипертензия, т.е. цирроз печени,
 - язвенная болезнь,
 - язвенный колит,
 - кровоточащий геморрой.
Еще одной причиной кровотечения из ЖКТ является ишемия органов брюшной полости, связанная с сердечно-сосудистыми катастрофами. Это те ситуации, когда сложно поставить диагноз: 1)инфаркт миокарда, в результате которого происходит централизация кровообращения и развивается острый эрозивный гастрит. В этом случае в клинике на первое место выступает картина кровотечения. 2)острые нарушения мозгового кровообращения, так как будет рефлекторное нарушение регуляции кровообращения брюшной полости с развитием желудочно-кишечных кровотечений в результате острых эрозивных гастритов или стрессовых язв. Если диагноз желудочно-кишечного кровотечения поставлен, то, прежде всего , должны быть приняты меры для госпитализации больного в хирургический стационар. Одновременно назначается полный отказ от пищи и питья. Необходим строгий постельный режим. Любая нагрузка, даже кратковременный подъем, поднимают давление, что может провоцировать рецидив кровотечения или его усиление. Назначается холод на живот. Затем осуществляется борьба с шоком или его профилактика. Большое число больных погибает не от того, что потеряли много крови, а от того, что быстрый уход крови из сосудистого русла приводит к падению АД, нарушению микроциркуляции и смерти от шока. Основной принцип борьбы с шоком это возмещение ОЦК. ОЦК востанавливают плазмозамещающими растворами. Что касается эритроцитов, то требуется 250 мл крови или эритроцитов на литр кровопотери. Плазмозаменяющие растворы: желатиноль, полиглюкин, реополиглюкин, т.е. те жидкости, которые большее время удерживаются в сосудистом русле, чем физиологический раствор. Введение симпатомиметиков, таких как мезатон и адреналин, существенного эффекта не оказывает. Для собственно остановки кровотечения применяется эпсилон-аминокапроновая кислота, желатиноль, CaCl2, дицинон, свертывающие факторы крови, такие как свежая кровь. При кровотечении из вен пищевода используют зонд Дельфора. Зонд заводится на уровне перехода пищевода в желудок и раздувается, что способствует тромбозу этих вен. Кроме того, применяются оперативные вмешательства. При кровотечениях из верхних отделов ЖКТ эти вмешательства могут быть осуществлены через фиброгастроскоп, который вводится под контролем глаза, что дает возможность уточнить место кровотечения и осуществить лазерное прижигание, криотерапию и другие методы. При некупирующихся кровотечениях показана лапаротомия.