

**Общероссийская общественная организация
Российское общество хирургов**

**ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
клинические рекомендации**

Приняты на Общероссийской согласительной
конференции по принятию национальных
клинических рекомендаций,
6 июня 2014 года, г. Воронеж

Москва – Воронеж

2014

Российское общество хирургов
ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
Национальные клинические рекомендации

В Российской Федерации язвенной болезнью страдает 1,7-5% населения, причем количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и 12-перстной кишки составляет 90-160 человек на 100 000 населения и имеет отчетливую тенденцию к увеличению (Майстренко Н.А., 2003; Панцырев Ю.М., 2003; Затевахин И.И., 2003; Гостищев В.К., 2012; Щеголев А.А., 2013, Ермолов А.С., 2014; Кубышкин В.А., 2014)

Клинические рекомендации разработаны на основе материалов Пленума Правления Российского общества хирургов (Воронеж, 2014 г.), региональных клинических рекомендаций по неотложной хирургии Уральского Федерального округа (2013г.), протоколов организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (Санкт-Петербург, 2012г.), клинических протоколов диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений в Самарской области (Самара, 2013г.), а также международных клинических рекомендаций:

- Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding, Clinical Guidelines\$ Alan Barkun, MD, PhD\$ and John K. Marshall, MDm MSc, for the Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group, Ann Inter Med. 2003:139-843-857

- Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding, A national clinical guidelines, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Sep. 2008

- Guidelines for Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications, Frank L. Lanza, MD, FAGG, Francis K.L Chan, MD, FRCP, FAGG, Eamonn M.M. Quigley, MD, FAGG and the Practice parameters Committee of American College of Gastroenterology, The American Journal of Gastroenterology, V/ 104, March 2009

- International Consensus Recommendations on Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding, Alan N/ Barkun, MD, MSc (Clinical Epidemiology); Marc Bardou, MD, PhD; Ernst J. Kuipers, MD; Joseph Sung, MD; Richard H. Hunt, MD; Myriam Martel, BSc; and Paul Sinclair, MSc, for the Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group, Ann Inter Med. 2010;152-101-113

Основные разделы клинических рекомендаций

Раздел I. Клинические рекомендации по ведению больных на догоспитальном этапе

Раздел II. Диагностическая и лечебная эндоскопия

Раздел III. Клинические рекомендации по ведению больных с массивной кровопотерей

Раздел IV. Медикаментозный гемостаз

Раздел V. Хирургическое лечение

Раздел VI. Прогноз рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения

Раздел VII. Клинические рекомендации по ведению больных с рецидивом кровотечения

Раздел VIII. Клинические рекомендации по ведению больных с НПВП-ассоциированными кровотечениями

Раздел I. Клинические рекомендации по ведению больных на догоспитальном этапе

- Все пациенты с язвенными гастродуоденальными кровотечениями должны быть госпитализированы в хирургический стационар или ОРИТ;
- Возможно введение ингибиторов протонной помпы на догоспитальном этапе;
- Рекомендуется постоянная назогастральная интубация;
- Для определения степени тяжести кровопотери рекомендуется использовать оценочные шкалы (Горбашко А.И., 1974) и определение параметров ОЦК;
- При кровопотере тяжелой кровопотери необходима госпитализация пациента в ОРИТ;
- Протоколы клинического обследования пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, необходимых лабораторных и инструментальных исследований должны быть стандартизированы каждым лечебным учреждением самостоятельно;

Раздел II. Диагностическая и лечебная эндоскопия

- Пациентами с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано выполнение ЭГДС в течение первых двух часов от госпитализации;
- Рекомендована стратификация пациентов по классификации J.F. Forrest (1974);
- При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз;
- При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения;

- При наличии сгустка в дне язвы рекомендуется полностью его удалить с помощью орошения с последующей обработкой язвы;
- Инъекционный метод в качестве монотерапии неэффективен. Методом выбора является комбинированный эндоскопический гемостаз: инъекционный метод + диатермокоагуляция (либо АПК или клипирование). Для оценки эффективности метода «Гемоспрей» в остановке язвенного кровотечения и профилактике его рецидива необходимо большее количество исследований;
- Повторное эндоскопическое исследование рекомендовано при неполном первичном осмотре, неустойчивом гемостазе (высокий риск рецидива кровотечения), в ряде случаев – при рецидиве геморрагии;

Раздел III. Клинические рекомендации по ведению больных с массивной кровопотерей

- Основными задачами интенсивной терапии являются восполнение крови, потерь жидкости и стабилизация гемодинамики. Восполнение ОЦК следует начинать с введения кристаллоидных растворов через два-три периферических катетера или центральный катетер с максимально быстрым подключением инфузии коллоидов;
- Проведение гемотрансфузии показано при уровне гемоглобина менее 90 г/л. При дефиците факторов свертывания крови показана трансфузия свежзамороженной плазмы. При гипоксии показана кислородотерапия. Для временного поддержания доставки O₂ тканям можно использовать перфторан, внелегочную оксигенацию. ИВЛ может быть показана при нестабильной гемодинамике, гипоксии и нарушении сознания;
- Вазопрессоры показаны при недостаточной эффективности инфузионно-трансфузионной терапии. Использование их с дофамином улучшает почечный и мезентериальный кровоток. Рекомендовано

применение антиоксидантов (реамберин, мексидол, орготеин, аллопуринол). Применение серотонина рекомендовано для улучшения периферического кровообращения и местного гемостаза;

- Критерием восстановления микроциркуляции следует считать восстановление гемодинамики и почасового диуреза;

Раздел IV. Медикаментозный гемостаз

- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение H₂-блокаторов не рекомендовано;
- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение соматостатина и его синтетических аналогов не рекомендовано;
- Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов снижает количество рецидивов кровотечений и летальность и могут быть рекомендованы всем больным с высоким риском рецидива геморрагии;
- С 3 суток рекомендуется перевод на пероральные формы ингибиторов протонной помпы;
- Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие H.p.-инфекции и при положительном результате обследования проводить эрадикационную терапию в стационаре;

Раздел V. Хирургическое лечение

- Основными задачами оперативного вмешательства при язвенном гастродуоденальном кровотечении являются: обеспечение надежности гемостаза, устранение источника геморрагии и профилактика рецидива кровотечения;

- Экстренная операция показана у пациентов с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза либо при рецидиве кровотечения;
- При кровоточащей язве желудка рекомендуется выполнять резекцию желудка;
- При кровоточащих язвах 12-перстной кишки могут быть рекомендованы следующие оперативные вмешательства:
 1. Пилородуоденотомия с иссечением язвы передней стенки, пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией;
 2. Пилородуоденотомия с прошиванием язвы задней стенки, пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией;
 3. Резекция желудка;
- У пациентов находящихся в критическом состоянии, возможно выполнение гастро(-дуодено)томии с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы;

Раздел VI. Прогноз рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения

- Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано стратифицировать по степени риска рецидива геморрагии;
- Критериями высокого риска рецидива кровотечения являются клинические (тяжелая кровопотеря, коллапс в анамнезе, возраст больного, тяжелая сопутствующая патология) и лабораторные признаки (низкий уровень гемоглобина);
- Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива язвенного кровотечения являются кровотечения типа FIA-B, FIIA-B, а также глубина, размеры и локализация язвы;

- У пациентов с высоким риском рецидива кровотечения возможно выполнение срочного оперативного вмешательства (в течение 24 часов, после короткого предоперационной подготовки), направленного на предотвращение повторной геморрагии. Рекомендуемый объем срочных операций изложен в предыдущем разделе. Выполнение гастро(-дуодено)томии с прошиванием кровоточащей язвы в срочном порядке не рекомендуется;

Раздел VII. Клинические рекомендации по ведению больных с рецидивом кровотечения

- Под рецидивом язвенного кровотечения понимается его возобновление после спонтанной или эндоскопической остановки, что оценивается по известным клиническим, лабораторным и эндоскопическим данным;
- Возможными лечебными мероприятиями при рецидиве кровотечения являются:
 1. Повторный эндоскопический гемостаз;
 2. Чрезкожная эмболизация артерий желудка и 12-перстной кишки;
 3. Экстренная операция;

Раздел VIII. Клинические рекомендации по ведению больных с НПВП-ассоциированными кровотечениями

- Все пациенты, нуждающиеся в постоянном приеме НПВП, должны быть стратифицированы в зависимости от риска возникновения геморрагических осложнений;
- При высоком риске развития кровотечений рекомендован перевод пациентов на селективные ингибиторы ЦОГ-2 в сочетании с

постоянным приемом ингибиторов протонной помпы или мизопростола;

- При развитии кровотечения прием НПВП должен быть прекращен (замена препаратами других групп). Рекомендовано сочетание эндоскопического и медикаментозного (ингибиторы протонной помпы) гемостаза;

Настоящие клинические рекомендации определяют современные позиции в диагностике и лечении больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Следует подчеркнуть, что представленные положения и алгоритмы носят исключительно рекомендательный характер и оставляют каждому лечащему врачу право на самостоятельное и окончательное решение в зависимости от конкретной клинической ситуации.