

**Министерство здравоохранения Самарской области  
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина»**



**Е.А. Корымасов, П.В. Мачехин, В.Н. Чернышев, С.А. Иванов,  
Б.Ю. Цветков, Ю.И. Биктагиров, М.Н. Козлов, В.Е. Богданов,  
Ю.В. Горбунов, И.И. Круглова**

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Самара 2013**

**«СОГЛАСОВАНО»**

**Заместитель министра здравоохранения  
Самарской области –  
руководитель департамента организации  
медицинской помощи населению,  
доцент**



**С.И. Кузнецов**

**23 сентября 2013 г.**

**Е.А. Корымасов, П.В. Мачехин, В.Н. Чернышев, С.А. Иванов,  
Б.Ю. Цветков, Ю.И. Биктагиров, М.Н. Козлов, В.Е. Богданов,  
Ю.В. Горбунов, И.И. Круглова**

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Самара 2013**

УДК 616.33-005.1

**Составители:**

**Корымасов Евгений Анатольевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой и клиникой хирургии института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета и Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина, главный внештатный специалист по хирургии министерства здравоохранения Самарской области;

**Мачехин Павел Владимирович** – кандидат медицинских наук, главный консультант управления организации социально значимой и специализированной помощи департамента организации медицинской помощи населению министерства здравоохранения Самарской области;

**Чернышев Владимир Николаевич** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургии ИПО Самарского государственного медицинского университета;

**Иванов Сергей Анатольевич** – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры хирургии ИПО Самарского государственного медицинского университета;

**Цветков Борис Юрьевич** – кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина;

**Биктагиров Юрий Исхакович** – кандидат медицинских наук, заведующий эндоскопическим отделением Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина, руководитель курса эндоскопии кафедры хирургии ИПО Самарского государственного медицинского университета;

**Козлов Михаил Николаевич** – кандидат медицинских наук, врач-хирург хирургического отделения Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина;

**Богданов Владимир Евгеньевич** – кандидат медицинских наук, врач-хирург хирургического отделения Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина;

**Горбунов Юрий Валентинович** – кандидат медицинских наук, врач-хирург хирургического отделения Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина;

**Круглова Ирина Иосифовна** – кандидат медицинских наук, заведующая эндоскопическим отделением Самарского областного клинического онкологического диспансера, главный внештатный специалист по эндоскопии министерства здравоохранения Самарской области.

**Клинический протокол диагностики и лечения язвенного гастродуоденального кровотечения в Самарской области** / Составители: Корымасов Е.А., Мачехин П.В., Чернышев В.Н., Иванов С.А., Цветков Б.Ю., Биктагиров Ю.И., Козлов М.Н., Богданов В.Е., Горбунов Ю.В., Круглова И.И. – Самара: СамГМУ, 2013. – 20 с. - Библиогр.: 16 назв.

ISBN

Протокол обсужден и принят на научно-практической конференции врачей-хирургов Самарской области 20 мая 2013 года.

**Рецензенты:**

**Евсеев Максим Александрович** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

**Королев Михаил Павлович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом эндоскопии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Председатель Российского эндоскопического общества.

© Корымасов Е.А., Мачехин П.В., Чернышев В.Н.,  
Иванов С.А., Цветков Б.Ю., Биктагиров Ю.И., Козлов М.Н.,  
Богданов В.Е., Горбунов Ю.В., Круглова И.И., 2013.

## Введение

В настоящее время назрела необходимость применения при язвенных гастродуоденальных кровотечениях реальных практических рекомендаций, эффективность которых доказана с позиций научно-обоснованной медицинской практики.

Однако разработка и внедрение единого общероссийского стандарта тормозится несколькими важными моментами, которые нельзя не учитывать.

Во-первых, протоколы нередко разрабатываются в специализированных центрах, и исполнение их предполагает наличие целой команды высококвалифицированных специалистов хирургов, эндоскопистов, реаниматологов и соответствующего высокотехнологичного оборудования. Большинство больных поступает в скорпомощные стационары (центральные районные больницы, городские больницы), не имеющие порой всей необходимой базы для оказания такой помощи.

Во-вторых, в лечебные учреждения часто госпитализируются из центральных районных больниц пациенты с рецидивом остановленного в стационаре кровотечения, с выраженной гиповолемией и анемией, к которым уже бессмысленно применять стандарты для так называемых «первичных больных».

В-третьих, в экономически развитых странах протокол – это, прежде всего, договоренность между лечебными учреждениями и финансовыми органами, которая позволяет выполнить комплекс лечебных мероприятий при обязательном их финансировании. У нас же пока финансирование по системе ОМС далеко отстает от потребности.

В-четвертых, формальное исполнение или неисполнение утвержденных стандартов лечения с учетом указанных выше обстоятельств может вести к юридическим последствиям, когда врач будет незащищен в случае возможных жалоб родственников, так как послеоперационная летальность остается высокой даже при лечении на самом современном уровне.

Именно поэтому данный протокол носит региональный характер, разработан с учетом особенностей и организационно-экономических условий здравоохранения Самарской области и ориентирован, прежде всего, на повышение качества медицинской помощи больным с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, проживающим в сельских районах и городах Самарской области.

В основу данного клинического протокола положены рекомендации, содержащиеся в протоколах диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (Санкт-Петербург, 2007), Международных клинических рекомендациях по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (2010), проекте профессора М.П. Королева, рассмотренном на конференции «Состояние экстренной хирургической помощи в Санкт-Петербурге» (2011).

Протокол определяет позиции в диагностике и лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Он носит рекомендательный характер и оставляет право окончательного решения за лечащим врачом в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Протокол предполагает внесение изменений в тактику при появлении новых научно-практических разработок, при накоплении опыта лечения в хирургических стационарах Самарской области, путем обсуждения на регулярных научно-практических конференциях по данной теме, не реже 1 раза в 2 года.

## **1. МЕРОПРИЯТИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (до поступления в хирургическое отделение)**

**1.1.** Все больные с признаками гастродуоденального кровотечения или при обоснованном подозрении на таковое подлежат немедленному направлению в крупные многопрофильные стационары города или в специализированные центры по лечению гастродуоденальных кровотечений, где круглосуточно обеспечивается дежурная эндоскопическая служба (с возможностями современной лечебной эндоскопии), штатная служба (кабинет, отделение) переливания крови, дежурная хирургическая и реанимационная служба.

**1.2.** Условиями, необходимыми для реализации представляемой лечебной тактики в конкретном лечебном учреждении, являются:

- персонал, обученный и владеющий современными методиками диагностической и лечебной эндоскопии (доступность врача-эндоскописта, обученного проведению эндоскопического гемостаза);
- наличие среднего медицинского персонала с надлежащей квалификацией, который мог бы в экстренном порядке ассистировать при проведении эндоскопии;
- наличие аппаратуры для выполнения всего арсенала (не менее двух) методик экстренной лечебной эндоскопии;
- наличие высококвалифицированной хирургической бригады, владеющей всеми видами операций на желудке;
- наличие круглосуточной реанимационной службы;
- наличие круглосуточной возможности для переливания препаратов крови.

**1.3.** Основаниями для диагноза гастродуоденального кровотечения на догоспитальном этапе или при осмотре пациента в нехирургическом отделении являются следующие признаки:

- рвота малоизмененной кровью и (или) содержимым по типу «кофейной гущи»;
- мелена и (или) черный кал при пальцевом исследовании прямой кишки;
- коллаптоидное состояние и холодный липкий пот в сочетании с язвенным анамнезом;
- бледность кожи, снижение гемоглобина в сочетании с язвенным анамнезом.

Достаточно одного из перечисленных критериев для отнесения больного к группе гастродуоденального кровотечения.

**1.4.** При возникновении желудочно-кишечного кровотечения у пациента, находящегося в нехирургическом отделении стационара или в другом нехирургическом стационаре немедленно должна быть предпринята консультация врача-хирурга на месте с последующим переводом пациента в хирургическое отделение. При этом врач нехирургического профиля до прибытия специалиста хирурга должен выполнить диагностический минимум:

- измерить артериальное давление и частоту сердечных сокращений;
- провести пальцевое исследование прямой кишки;
- взять кровь на общий анализ, тромбоциты и время свертывания;
- определить группу крови и резус-фактор, если это не было сделано ранее.

**1.5.** Немедленно оценить состояние пациента и приступить в случае необходимости к надлежащим реанимационным мероприятиям.

**1.6.** Показано назогастральное дренирование, поскольку полученные с помощью его данные могут иметь прогностическую ценность.

**1.7.** Пациентам с содержанием гемоглобина крови ниже 70 г/л следует провести переливание эритроцитарной массы.

**1.8.** Пациентам, которым проводится лечение антикоагулянтами, необходима коррекция дозы этого препарата, вплоть до его полной отмены, а также коррекция коагулопатии, однако это не должно приводить к отсрочиванию эндоскопического исследования.

**1.9.** До проведения эндоскопического исследования целесообразно назначение ингибиторов протонной помпы с целью уменьшения интенсивности кровотечения и уменьшения возможного эндоскопического повреждения слизистой оболочки, однако такое лечение не должно задерживать проведение эндоскопии.

## **2. МЕРОПРИЯТИЯ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ (в приемном отделении многопрофильного стационара)**

**2.1.** Всем больным в приемном отделении выполняется:

- измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- установка желудочного зонда;
- взятие крови на общий анализ и время свертывания;
- ЭКГ;
- УЗИ органов брюшной полости (при отсутствии нарушений гемодинамики и при наличии показаний).

**2.2.** В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния все больные с гастродуоденальным кровотечением разделяются на две группы – «тяжелое» и «нетяжелое» гастродуоденальное кровотечение.

**2.3.** Критериями отнесения пациентов к группе «тяжелое гастродуоденальное кровотечение» являются:

- возраст старше 60 лет;
- неоднократная рвота малоизмененной кровью («кофейной гущей») и (или) мелена;
- коллапс, потеря сознания;
- тахикардия – частота сердечных сокращений более 100 в минуту;
- гипотензия – систолическое АД менее 100 мм рт ст;
- концентрация гемоглобина менее 100 г/л;
- поступление малоизмененной крови («кофейной гущи») по желудочному зонду;
- наличие сопутствующих заболеваний в стадии суб- и декомпенсации, требующих неотложных лечебных мероприятий или непосредственно угрожающих жизни больного.

Наличие 4 перечисленных признаков и более позволяет диагностировать у больного «тяжелое гастродуоденальное кровотечение», что требует направления его в ОРИТ для дальнейшего обследования и лечения, в том числе и выполнения там фиброгастродуоденоскопии.

**2.4.** Остальные пациенты относятся к группе «нетяжелого гастродуоденального кровотечения» и подлежат обследованию в условиях приемного отделения и кабинета фиброгастродуо-

деноскопии (ФГДС), а в дальнейшем большинству из них показано лечение и наблюдение в профильном хирургическом отделении.

**2.5.** Больные, находящиеся в критическом состоянии с нестабильными показателями гемодинамики (геморрагический шок), минуя приемное отделение, направляются в операционную, где на фоне интенсивной терапии проводится комплекс диагностических мероприятий, в том числе экстренная лечебно-диагностическая ФГДС.

**2.6.** Больные с любым по тяжести гастродуоденальным кровотечением перемещаются по стационару только на каталке в горизонтальном положении.

### **3. МЕРОПРИЯТИЯ В ОРИТ ИЛИ В ОПЕРАЦИОННОЙ У БОЛЬНЫХ С «ТЯЖЕЛЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ»**

**3.1.** Обязательными исследованиями в ОРИТ или в операционной являются:

- ФГДС.
- группа крови, резус-фактор (если не были определены ранее);
- биохимический анализ крови: глюкоза, мочевины, креатинин крови, общий белок;
- ЭКГ;
- рентгенография грудной клетки (по показаниям);

**3.2.** ФГДС при «тяжелом гастродуоденальном кровотечении» должна быть выполнена в экстренном порядке соответственно тяжести состояния больного не позднее 2 ч после поступления в стационар. Противопоказанием для проведения лечебно-диагностической ФГДС может быть только терминальное состояние больного. При этом решение об отказе в выполнении ФГДС принимает консилиум в составе хирурга, эндоскописта и реаниматолога с соответствующей записью в истории болезни.

**3.3.** Дополнительными исследованиями (по показаниям) являются:

- тромбоциты, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), фибринолитическая активность плазмы;
- биохимический анализ крови: билирубин, аминотрансферазы печени (АлАТ, АсАТ), калий и натрий;
- парциальное напряжение кислорода ( $P_{aO_2}$ ), центральное венозное давление (ЦВД).

**3.4.** Всем больным с «тяжелым гастродуоденальным кровотечением» должна быть определена степень тяжести кровопотери (табл.1).

Таблица 1

Определение степени тяжести кровопотери (по А.И.Горбашко, 1974).

Показатели	Степень кровопотери		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
АД, мм рт ст	> 110	110-90	< 90
Пульс, уд/мин	< 100	100-120	> 120
Гемоглобин, г/л	> 100	80-100	< 80
Гематокрит, %	> 35	35-25	< 25
Удельный вес крови	1,053-1,050	1,050-1,044	< 1,044

Приведенная классификация А.И. Горбашко в большинстве случаев недостаточно объективно отражает степень кровопотери. При быстрой кровопотери организм не успеет среагировать разведением крови, а медленный темп кровотока может происходить на фоне относительно устойчивой гемодинамики. Наиболее адекватным является оценка степени кровопотери по дефициту объема циркулирующей крови (и даже дефициту глобулярного объема). Однако подавляющее большинство дежурных стационаров не оснащены аппаратурой для исследования ОЦК. Поэтому целесообразно использовать метод расчета дефицита ОЦК по формуле Мооге, хотя и косвенный, но позволяющий в дальнейшем относительно точно определить объем инфузионной терапии.

$$V_{\text{кр (мл)}} = \text{ОЦК}_d \frac{Ht_d - Ht_{\text{ф}}}{Ht_d}$$

где  $V_{\text{кр (мл)}}$  – объем кровопотери в мл;  $\text{ОЦК}_d$  – объем циркулирующей крови должный (рассчитывается как вес больного, умноженный на 60 мл/кг у женщин или 70 мл/кг у мужчин);  $Ht_d$  – гематокрит должный (у мужчин 0,45, у женщин 0,42);  $Ht_{\text{ф}}$  – гематокрит фактический (после остановки кровотечения и стабилизации гемодинамики).

**3.5.** Параллельно с определением тяжести кровопотери и проведением лечебно-диагностической ФГДС необходимо оценить тяжесть состояния больных и степень выраженности сопутствующей патологии с целью выяснения степени риска возможной анестезии и операции. Для этого целесообразно использовать общепринятую классификацию Американского общества анестезиологов (ASA) либо балльные системы оценки полиорганной недостаточности MODS (Multiple Organ Dysfunction) и APACHE II (Acute Physiology Age Chronic Health Evaluation), SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) и др.

#### **4. МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ (при «тяжелом кровотечении» - в ОРИТ или операционной, при «нетяжелом» - в кабинете эндоскопии или в хирургическом отделении).**

**4.1.** Задачами эндоскопического исследования являются:

- локализация источника кровотечения (пищевод, желудок, ДПК);
- определение характера и стадии кровотечения по J.F. Forrest (1974);
- оценка необходимости и возможностей эндоскопической остановки кровотечения;
- проведение эндоскопического гемостаза.

При наличии показаний к эндоскопическому гемостазу врач-эндоскопист должен осуществлять его в качестве обязательного компонента экстренного эндоскопического исследования, не дожидаясь дополнительного распоряжения в отношении этой процедуры со стороны врача-хирурга или врача-реаниматолога.

**4.2.** При описании эндоскопической картины следует пользоваться общепринятой терминологией:

- подтекание свежей крови (артериальной, венозной);
- струйное кровотечение;
- сгустки (до 2 часов после кровотечения);
- «красный тромб» (2-4 часа);
- ретракция тромба (6-12 часов);
- «серый тромб» (12-24 часов);



- тромбированный сосуд (12-24 часов);
- наличие имбибиции краев и дна гемосидерином;
- внутривенная гематома возле субстрата.

**4.3. Классификация язвенных кровотечений по J.F. Forrest (1974):**

- I a - spurting bleeding (струйное кровотечение из сосуда),
- I b - oozing bleeding (подтекание крови);
- II a - visible vessel (видимый тромбированный сосуд в дне язвы);
- II b - fixed clot (фиксированный сгусток в дне язвы);
- II c - pigmented (black) spot (пигментированное, черное пятно);
- III - язва с фибрином без признаков кровотечения.

**4.4.** Способами эндоскопической остановки кровотечения являются: паравазальная подслизистая инфильтрация гемостатическими и сосудосуживающими средствами (1-4 мл 0,1% раствора адреналина) и спиртовая инфильтрация (2-4 мл 70% спирта); аргоно-плазменная коагуляция; клипирование сосудов; лигирование; диатермокоагуляция; лазерная коагуляция; криодействие; аппликация пленкообразующими препаратами и медицинским клеем; склерозирующая терапия; гемоспрей.

К наиболее надежным способам эндоскопического гемостаза (с позиции научно обоснованной медицинской практики) следует отнести аргоно-плазменную коагуляцию, клипирование сосудов, лигирование, гемоспрей.

**4.5.** Больным с низким риском (с чистым дном язвы или невыступающим окрашенным пятном в ложе язвы) проведение эндоскопического гемостаза не показано.

**4.6.** Наличие признаков высокого риска (активное кровотечение или видимый сосуд на дне язвы) является показанием для эндоскопического гемостаза.

**4.7.** При обнаружении кровяного сгустка на дне язвы следует попытаться удалить его с помощью прицельного орошения с соответствующей обработкой повреждения и последующим эндоскопическим гемостазом. Эта процедура допустима только при наличии в арсенале врача-эндоскописта соответствующих методик остановки кровотечения.

**4.8.** Несмотря на то, что мнения по поводу роли эндоскопических методов при наличии язвы с фиксированным кровяным сгустком противоречивы, эндоскопический гемостаз должен применяться. При этом рекомендуется проведение подслизистой инфильтрации по краям язвенного дефекта с использованием термических методов эндоскопического гемостаза.

**4.9.** Инъекция эпинефрина в качестве монотерапии недостаточно эффективна и должна применяться в комбинации с другими методами (термическая или химическая коагуляция).

**4.10.** Ни один из методов эндоскопической термокоагуляции не имеет преимуществ над другими.

**4.11.** В лечении пациентов с высоким риском рецидива должны применяться клипирование, термокоагуляция или инъекции склерозантов.

**4.12.** В случае достигнутого во время эндоскопии гемостаза контрольное эндоскопическое исследование выполняется через 24 часа. При отсутствии признаков кровотечения дополнительный эндоскопический гемостаз не производится, а повторное эндоскопическое исследование выполняется только при появлении признаков рецидива кровотечения либо в плановом порядке перед выпиской.

**4.13.** Надо иметь в виду, что само эндоскопическое исследование нередко может вызвать активное подтекание крови (вследствие раздувания желудка, срыгивания и рвоты), что расценивается и эндоскопистом, и хирургом как рецидив остановленного кровотечения с градацией Forrest-1. Этот «рецидив» продолжается всего несколько минут. Поэтому в международных рекомендациях такая ситуация однозначно в пользу повторного эндоскопического гемостаза, если это возможно в данной клинике.

**4.14.** В подавляющем большинстве случаев больному с рецидивом остановленного в стационаре кровотечения, подтвержденного эндоскопически, должны быть выставлены показания к экстренной операции. Это связано с тем, что рецидив кровотечения сопровождается всегда более тяжелой кровопотерей, эффективность повторного эндоскопического гемостаза при этом не более 30%, затягивается срок выполнения экстренной операции и ухудшаются условия ее выполнения.

Повторную попытку эндоскопического гемостаза следует предпринимать только в крайнем случае, у пожилых пациентов с тяжелыми декомпенсированными сопутствующими заболеваниями.

**4.15.** Эндоскопический гемостаз может иметь окончательный и временный (стойкий и нестойкий) характер. Обольщаться эффективностью эндоскопического гемостаза не следует. Самостоятельного значения (без антисекреторной фармакотерапии) он не имеет. Эффективность эндоскопического гемостаза резко снижается, если он не сопровождается назначением ингибиторов протонной помпы.

**4.16.** При неправильной подготовки больного (в просвете желудка пища, большое количество крови, «кофейной гущи») необходимо прекратить исследование и отмыть желудок через толстый желудочный зонд.

**4.17.** Показаниями к повторной эндоскопии в экстренном порядке являются:

- незавершенное первичное эндоскопическое исследование из-за условий, затрудняющих осмотр (проведение лечебной эндоскопии) и требующих промывания желудка (выполняется сразу после завершения промывания желудка);
- подозрение на рецидив кровотечения (по клинико-лабораторным данным).

**4.18.** При отсутствии в стационаре возможности проведения эндоскопического гемостаза у больных с продолжающимся кровотечением (Forrest-Ia, Ib) показана экстренная операция.

**4.19.** При отсутствии в стационаре возможности проведения эндоскопического гемостаза риск рецидива остановившегося кровотечения неизбежно повышается. В связи с этим к таким пациентам должна быть применена активная индивидуализированная тактика, описанная в части б.

**4.20.** Наличие в стационаре возможностей эндоскопического гемостаза не может быть убедительным основанием для приверженности активно-выжидательной тактики, в соответствие с которой операция выполняется только при рецидиве остановленного кровотечения. Эффективный эндоскопический гемостаз является важным компонентом активной индивидуализированной тактики при остановившемся кровотечении и позволяет выиграть время для максимально быстрой подготовки тяжелого пациента к операции.

## **5. МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ (в ОРИТ и в хирургическом отделении)**

### ***5.1. Антисекреторная терапия.***

**5.1.1.** В лечении пациентов с острыми язвенными кровотечениями применение антагонистов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина не рекомендовано в связи с отсутствием статистически значимых различий в эффективности по сравнению с плацебо.

**5.1.2.** В лечении пациентов с острыми язвенными кровотечениями применение соматостатина и октреотида не рекомендуется.

**5.1.3.** При наличии признаков высокого риска рецидива после успешного эндоскопического гемостаза рекомендуется назначить ингибиторы протонной помпы по схеме:

«старт» - болюсное внутривенное введение в дозе 80 мг за 30 минут;

«продолжение» - непрерывная внутривенная трехдневная (72 часа) инфузия со скоростью 8 мг/час;

«базисный курс» - перорально 40 мг в день в течение 27 дней.

На всех этапах применения данной схемы рекомендуется назначение одного и того же препарата ингибитора протонной помпы.

**5.1.4.** Эффективность ингибиторов протонной помпы проявляется в наибольшей степени при их назначении после эндоскопического гемостаза, а не вместо эндоскопической остановки кровотечения. Низкий уровень доказательности имеют рекомендации по применению ингибиторов протонной помпы у больных, которым эндоскопическое лечение не выполнялось.

**5.1.5.** При выписке пациентам следует рекомендовать лечение ежедневными разовыми дозами орального ингибитора протонной помпы. Продолжительность такого лечения зависит от этиологии заболевания.

### ***5.2. Инфузионно-трансфузионная терапия.***

Всем больным с «тяжелым кровотечением», поступившим в ОРИТ, выполняется катетеризация магистральной вены и проводится интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия. Больным с «нетяжелым кровотечением» достаточно катетеризации периферической вены.

**5.2.1.** Объем и состав инфузионно-трансфузионной терапии зависят от величины кровопотери (таблица 2).

Таблица 2

## Объемы и соотношение средств инфузионно-трансфузионной терапии

Тяжесть кровопотери	Объем инфузионно-трансфузионной терапии (мл/кг)	Кристаллоиды (%)	Синтетические коллоиды (%)	Препараты крови (%)
Легкая	10	100	-	-
Средняя	30	65	15	20
Тяжелая	60	50	20	30 и более

**5.2.2.** Дефицит ОЦК необходимо восполнять в течение 6 часов на 60-70%, а к исходу 1-х суток - полностью.

**5.2.3.** Инфузионно-трансфузионную терапию необходимо начинать с кристаллоидных плазмозаменителей. При отсутствии эффекта от этой группы препаратов назначаются синтетические коллоидные плазмозаменители до 800-1000 мл (10-14 мл/кг). Неэффективность терапии указанными плазмозаменителями является показанием к назначению глюкокортикоидных гормонов в дозах 5-15 мг/кг гидрокортизона.

**5.2.4.** На начальном этапе лечения больных с кровопотерей (при гиповолемии) гемо- и плазмотрансфузия проводится после стабилизации АД и низком ЦВД на фоне инфузионной терапии кристаллоидными и коллоидными плазмозаменителями. При нормоволемии показанием для гемотрансфузии является снижение концентрации гемоглобина ниже 70 г/л и гематокрита ниже 25% или при наличии признаков гемической гипоксии.

**5.2.5.** При инфузионной терапии у больных с тяжелой степенью кровопотери целесообразно использование инфузионных антигипоксантов (например, реамберин).

**5.2.6.** Критериями адекватности восстановления объема циркулирующей крови после массивной кровопотери служат:

- уровень среднего артериального давления (САД) - 80-100 мм рт. ст.;
- величина центрального венозного давления (ЦВД) - не более 12 см вод. ст.;
- скорость диуреза - не менее 40 мл/ч;
- насыщение гемоглобина капиллярной крови кислородом не менее 95% ( $PO_2 < 0,3$ ).

### **5.3. Системная гемостатическая терапия.**

**5.3.1.** Базисная системная гемостатическая терапия включает:

- этамзилат натрия (дицинон) 12,5% - 2 мл (внутривенно, внутримышечно) 4 раза в сутки;
- викасол 1% - 1 мл (внутривенно, внутримышечно) 2 раза в сутки;
- хлорид кальция 10% - 10 мл (внутривенно) 2 раза в сутки.

**5.3.2.** У всех больных с язвенным гастроуденальным кровотечением повышение АЧТВ более 40 с, МНО более 1,3 и снижение количества тромбоцитов менее  $80 \times 10^9$ /л свидетельствует о гипокоагуляции и требует назначения 1-2 доз свежезамороженной плазмы в сутки.

**5.3.3.** Повышение фибринолитической активности плазмы крови выше 20% является показанием к назначению производных апротинина (контрикал - по 50000 КИЕ в сутки или другие аналоги), и (или) аминокaproновой кислоты 5% - 100 мл внутривенно 1-2 раза в сутки, и (или) транексамовой кислоты внутривенно до 1 г в сутки.

#### **5.4. *Неэндоскопические и нефармакологические подходы.***

**5.4.1.** Пациентам с низким риском рецидива кровотечения разрешается принимать пищу уже через 24 часа после эндоскопического лечения (щадящая диета Мейленграхта).

У пациентов с низким нутритивным статусом целесообразно назначение пероральных сбалансированных питательных смесей. При невозможности самостоятельного питания через рот пациентам необходимо наладить парентеральное питание соответствующими сбалансированными питательными смесями.

**5.4.2.** Большинство больных с признаками высокого риска кровотечения должны оставаться в стационаре не менее 7 дней после проведения эндоскопического гемостаза. Это связано с сохранением в течение этого срока наибольшей частоты риска остановленного в стационаре кровотечения, в принципе, у любой категории пациентов.

**5.4.3.** При достижении стабильного гемостаза пациентов необходимо обследовать на наличие *H.pylori* и при положительном результате обследования провести лечение, направленное на ликвидацию *H.pylori* с последующим подтверждением.

**5.4.4.** Курс эрадикационной терапии заключается в назначении в течение 7 дней кларитромицина по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллина по 1000 мг 2 раза в сутки.

## **6. МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТАНОВИВШЕМСЯ КРОВОТЕЧЕНИИ (активная индивидуализированная тактика)**

**6.1.** Активная индивидуализированная тактика заключается в выполнении срочной операции у больных с остановившемся язвенным гастродуоденальным кровотечением при наличии у них высокого риска рецидива. Доказанным считается факт высокой частоты рецидива кровотечения даже после эндоскопического гемостаза. Рецидив кровотечения в течение первых 72 часов после остановки возникает: при Forrest-Ia – в 46,6%, при Forrest-IIa – в 38,7%, при Forrest-IIb – в 28,8%, при Forrest-IIc – в 13,2%, при Forrest-III – в 5,1% случаев. При этом результаты экстренных операций на высоте рецидивного кровотечения всегда хуже. Так, летальность после срочной операции при остановившемся кровотечении 10,5%, при экстренной операции по поводу рецидива кровотечения – 62,3%, послеоперационные осложнения – 31,9% и 89,8% соответственно (Гостищев В.К., Евсеев М.А., 2008).

Срочной операцией следует считать оперативное вмешательство, выполняемое в течение 48-72 часов после остановки кровотечения и интенсивной предоперационной подготовки.

**6.2.** В основе данной тактики лежит прогнозирование рецидива кровотечения. Для этого применяются различные прогностические системы, базирующиеся на общедоступных клинических, лабораторных и эндоскопических данных. Одной из удобных в практическом применении

является шкала, предложенная В.К. Гостищевым и М.А. Евсеевым (таблица 3), которая выделяет три степени риска рецидива кровотечения:

- 1 степень – возможность рецидива практически исключена;
- 2 степень – возможность развития повторного кровотечения в период 24-48 часов с момента гемостаза;
- 3 степень – неизбежное развитие кровотечения в первые часы после гемостаза.

Таблица 3

**Клинико-эндоскопическое прогнозирование рецидива у больных с остановившимся кровотечением**

Степень кровопотери	Эндоскопические признаки		
	Forrest Ia, Ib, IIa, состояние после эндоскопического гемостаза; язва с пенетрацией	Forrest IIb, IIc, ЯЖ > 20 мм, ЯДПК > 10 мм, пенетрация	Forrest IIb, IIc, III, ЯЖ < 20 мм, ЯДПК < 10 мм
Тяжелая	3 степень	3 степень	2 степень
Средняя	3 степень	2 степень	1 степень
Легкая	3 степень	2 степень	1 степень

У больных с 1 степенью риска показано консервативное лечение; возможно выполнение отсроченного оперативного вмешательства в плановом порядке (факультативно).

У больных с 3 степенью риска показана срочная операция.

У больных со 2 степенью риска проводится консервативное лечение с динамическим эндоскопическим контролем (каждые 12 часов).

## **7. МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ**

**7.1.** Показаниями к экстренной операции являются:

- продолжающееся кровотечение вследствие неэффективности эндоскопического гемостаза;
- продолжающееся кровотечение при невозможности проведения эндоскопического гемостаза по различным причинам (отсутствие технических возможностей, невозможность локализовать источник);
- рецидив кровотечения в стационаре после эндоскопической остановки;

Экстренной операцией следует считать вмешательство выполняемое в течение максимум 1-2 часов после выявления приведенных выше показаний.

**7.2.** Под рецидивом язвенного кровотечения понимается его возобновление после спонтанной или эндоскопической остановки по клиническим (коллапс, повторная рвота или поступление по зонду неизменной, малоизмененной крови или «кофейной гущи», возобновление мелены с тахикардией, снижение гемоглобина на 20 г/л и более) и эндоскопическим данным.

**7.3.** Основная задача оперативного вмешательства при язвенном кровотечении состоит в спасении жизни пациента путем выполнения адекватного состоянию большого объема операции,

позволяющего устранить источник кровотечения, обеспечить надежный гемостаз и, по возможности, излечить от язвенной болезни желудка и ДПК или пептической язвы гастродуоденоанастомоза или гастроэнтероанастомоза.

**7.4.** Операцией выбора при кровоточащей язве желудка является его резекция.

**7.5.** При кровоточащей язве ДПК, особенно на высоте кровотечения, предпочтение следует отдавать органосохраняющим операциям – двусторонней стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею. Обязательным компонентом такой операции должно быть иссечение (или в крайнем случае) прошивание кровоточащей язвы.

**7.6.** При язвах двенадцатиперстной кишки с явлениями стеноза возможна двусторонняя стволовая ваготомия с дренирующим желудок вмешательствами, альтернативная операция - резекция желудка.

**7.7.** При кровоточащей большой пенетрирующей язве задней стенки ДПК следует рекомендовать выполнение резекции желудка. Обязательным при этом является удаление или выведение язвы из просвета ДПК во избежание раздражения ее пищей и рецидива кровотечения. Предпочтение должно быть отдано резекции по первому способу Бильрота, как наиболее физиологичному.

При невозможности наложения прямого гастродуоденоанастомоза (трудные анатомические условия, низкая мобилизация ДПК) резекция может быть завершена по одному из вариантов второго способа Бильрота (например, по Ру, по Бальфуру).

Любая резекция желудка по второму способу Бильрота «на выключение язвы» с оставлением в культе ДПК необработанной язвы является порочной операцией.

**7.8.** При залуковичных язвах двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, следует рекомендовать прошивание кровоточащей язвы, двустороннюю стволовую ваготомию и дренирующую желудок операцию.

**7.9.** При кровоточащей дуоденальной язве, сочетающейся с неосложненной язвой желудка, у больных с тяжелой степенью кровопотери допустимо применение двусторонней стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею, а при легкой и средней степени кровопотери целесообразно выполнение резекции желудка.

**7.10.** Возможным вмешательством при кровоточащих пептических язвах гастроэнтероанастомоза следует считать стволовую ваготомию с иссечением или прошиванием язвы. Реконструктивная операция на высоте кровотечения нецелесообразна. Торакоскопическая наддиафрагмальная ваготомия допустима только при состоявшемся кровотечении или после успешной эндоскопической остановки язвенного кровотечения в плановом порядке после исследования желудочной секреции.

**7.11.** Такие вмешательства как прошивание или иссечение язвы без ваготомии допустимы только лишь в крайнем случае у больных, находящихся по разным причинам в крайне тяжелом состоянии.

**7.12.** После операции прошивания или иссечения кровоточащей язвы, как с ваготомией, так и без ваготомии, показана инфузионная и антисекреторная терапия согласно разделам 5.1 и 5.2.

**7.13.** Учитывая развитие постгеморрагического и послеоперационного иммунодефицита при тяжелой кровопотере и рецидивных язвенных кровотечениях, целесообразно проведение в ходе оперативного вмешательства антибиотикопрофилактики цефалоспорины третьего поколения (цефтриаксон) или фторхинолонами + метронидазол.

**7.14.** В послеоперационном периоде пациентам назначают консервативные мероприятия в соответствии с частью 5. При устранении источника кровотечения антисекреторная терапия может быть назначена в виде ингибиторов протонной помпы по 80 мг в сутки внутривенно. При неуверенности в надежности гемостаза (прошитая, но не удаленная язва) режим антисекреторной терапии должен быть таким как указано в разделе 5.1.

## **8. МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА**

**8.1.** После выписки больного из стационара он подлежит динамическому наблюдению у гастроэнтеролога, хирурга.

**8.2.** У неоперированных больных необходимо продолжить антисекреторную терапию в стандартных терапевтических дозировках в течение 4 недель при язве ДПК и в течение 6 недель при язве желудка.

**8.3.** Контрольная эндоскопия выполняется через 1,5 месяца после выписки из стационара.

**8.4.** При лечении пациентов с язвенным кровотечением в анамнезе, нуждающихся в лечении неспецифическими противовоспалительными средствами (НПВС), следует учитывать, что лечение традиционным НПВС в комбинации с ингибиторами протонной помпы или монотерапия ингибитором ЦОГ-2 по-прежнему сопровождаются высоким клиническим риском повторного язвенного кровотечения.

**8.5.** При лечении пациентов с язвенным кровотечением в анамнезе, нуждающихся в лечении НПВС, назначение комбинации ингибитора протонной помпы и ингибитора ЦОГ-2 сопровождается более низким риском повторного кровотечения по сравнению с монотерапией ингибитором ЦОГ-2.

**8.6.** При лечении острого язвенного кровотечения у пациентов, получавших низкую дозу ацетилсалициловой кислоты, лечение ацетилсалициловой кислотой следует возобновить сразу же после того, как риск осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы превысит риск кровотечения.

**8.7.** При лечении пациентов с язвенным кровотечением в анамнезе, нуждающихся в сердечно-сосудистой профилактике, следует учитывать, что монотерапия клопидогрелем сопровождается более высоким риском повторного кровотечения, чем комбинированная терапия АСК и ингибитором протонной помпы.



## **9. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦАХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**9.1.** Лечение больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, доставленных в центральные районные больницы Самарской области, проводится в соответствии с указанными выше пунктами. Для этого в этих стационарах должно быть соответствующее медикаментозное оснащение.

**9.2.** Контроль за лечением больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением осуществляется по программе мониторинга отделением экстренной и плановой консультативной помощи СОКБ им. М.И.Калинина.

**9.3.** При возникновении показаний к операции, изложенных в п. 7.1, операция выполняется хирургом центральной районной больницы.

**9.4.** При возникновении показаний к операции у больных с остановившемся кровотечением (в соответствии с активной индивидуализированной тактикой) на консультацию должен быть вызван хирург отделения экстренной и плановой консультативной помощи, который принимает решение о тактике (продолжение консервативного лечения, операция на месте или транспортировка в СОКБ).

## Рекомендуемая литература

- Винокуров М.М., Капитонова М.А. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. - №2. – С. 33-36.
- Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Руководство для врачей. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 384 с.
- Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. – М.,1996.
- Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. – М., 2009. – 173 с.
- Королев М.П. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (из хронических язв желудка, двенадцатиперстной кишки и пептических язв гастроэзофагеального анастомоза (проект) // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 2012. – Том 171, №5. – С. 94-101.
- Королев М.П. Ответ на статью Е.А.Корымасова «По поводу статьи «Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях» // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2013. – Том 172, №4. – С.87-89.
- Корымасов Е.А. По поводу статьи М.П. Королева «Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях» (Вестн.хир.2012.№5.С.94-101) // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2013. – Том 172, №4. – С.85-87.
- Лебедев Н.В., Климов А.Е., Соколова П.Ю. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2012. - №12. – С. 77-80.
- Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Спорные вопросы кислотосупрессивной терапии // Клиническая медицина. -2005. – 2005. - №9. – С. 66-69.
- Пленум проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совета по хирургии РАМН и МЗ и СР РФ (16-17 октября 2008 г., Ростов-на-Дону) // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2009. - №7. – С.82.
- Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости / Ассоциация хирургов Санкт-Петербурга. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. – СПб., 2007. – 58 с.
- Резолюция Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Саратов, 25-26 сентября 2003 г. // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2004. - №3. – С.86-87.
- Чернышев В.Н., Корымасов Е.А. Экстренная хирургия осложнений гастродуоденальных язв: Лекции для хирургов при последипломной подготовке.- Самара: ООО «СамЛюксПринт», 2011. – 110 с.
- Barkun A.N., Bardou M., Kulpers E.J. et al. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding // Ann. Intern. Med. – 2010. – Vol. 152. – P.101-113.
- McCarthy D. Management of bleeding peptic ulcer: Current status of intravenous proton pump inhibitors // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 18. – P.67-72.
- Rockall T.A. et al. Risk assessment after upper gastrointestinal haemorrhage // Gut. – 1996. - №38. – P.316-321.

**Шкала подсчета признаков кровотечения для выявления показаний  
к срочному оперативному лечению и определения вероятности рецидива кровотечения  
(Винокуров М.М., Капитонова М.А., 2008)**

Признак	Балл	Критерии оценки:
Возраст больного, годы:		< 35 баллов – консервативное лечение;  35 ÷ 55 – эндоскопический гемостаз и консервативное лечение;  55 ÷ 75 – высокий риск рецидива кровотечения; показан эндоскопический гемостаз; рекомендуется экстренная операция после подготовки больного;  > 75 баллов – экстренная операция по жизненным показаниям с целью остановки кровотечения
от 15 до 30	10	
от 31 до 60	5	
от 61 и старше	5	
Мелена и/или кровавая рвота более 2 раз в сутки	5	
Гемоглобин менее 100 г/л, эритроциты менее $2,5 \times 10^{12}/л$	5	
АД ниже 80/40 мм рт ст, ЧСС более 100 в мин	5	
Локализация язвы:		
задняя стенка ДПК	10	
малая кривизна желудка	10	
задняя стенка желудка	10	
Размер язвы, см:		
желудка до 2 см	10	
желудка более 2 см	20	
ДПК более 1,5 см	20	
Эндоскопическая картина:		
F-Ia	20	
F-Ib	15	
F-IIa	10	
F-IIb	10	

**Шкала определения степени риска рецидива острого кровотечения  
из верхних отделов желудочно-кишечного тракта  
(Rockall T.A. et al., 1996)**

Показатель	Балл			
	0	1	2	3
Возраст	< 60 лет	60-79 лет	> 80 лет	-
Шок	Нет	Пульс > 100 в мин	Систолическое АД < 100 мм рт ст	-
Сопутствующие заболевания	Нет	-	ИБС, сердечная не- достаточность, дру- гие тяжелые заболе- вания	Почечная или печеночная не- достаточность, метастатиче- ский рак
Диагноз	Синдром Маллори-Вейса; отсутствие призна- ков недавнего ост- рого кровотечения	Все другие заболевания	Злокачественная опухоль верхних от- делов ЖКТ	-
Признаки не- давнего кро- вотечения по данным ФГДС	В основании язвы нет геморра- гических высыпа- ний или темных пятен	-	В верхних отделах ЖКТ следы крови, пристеночный сгу- сток, видимый или кровооточающий сосуд	-
<b>Принцип прогнозирования рецидива:</b>				
Балл	Частота рецидивов, %	Частота летальных исходов, %	Прогноз	
0	0	0	Высокий риск рецидива	
1	3	0		
2	5	0,2		
3	11	3		
4	14	5		
5	24	11		
6	33	17		
7	44	27	Высокий риск летального исхода	
8 и более	42	41		