

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

I Вводная часть

1. Название протокола: Язва желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэнтероанастомоза, осложненные кровотечением

2. Код протокола:

3. Код по МКБ 10:

K25 – Язва желудка

K25.0 - Острая с кровотечением

K25.4 – Хроническая или неуточненная с кровотечением

K26 – Язва двенадцатиперстной кишки

K26.0 - Острая с кровотечением

K26.4 - Хроническая или неуточненная с кровотечением

K28 – Гастроэюнальная язва

K28.0 – Острая с кровотечением

K28.4 - Хроническая или неуточненная с кровотечением

4. Сокращения, используемые в протоколе:

Hb – гемоглобин

Ht – гематокрит

ГШ – геморрагический шок

ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывание

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ИПП – ингибиторы протонной помпы

ИТТ – инфузионно-трансфузионная терапия

МНО – международное нормализованное отношение

НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты

ОЦК – объем циркулирующей крови

ПТИ – протромбиновый индекс

СПВ – селективная проксимальная ваготомия

СПГ – синдром портальной гипертензии

СтВ – стволовая ваготомия

УД – уровень доказательности

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦВД – центральное венозное давление

ЧД – частота дыхания

ЭКГ – электрокардиография

ЭФГДС – эзофагогастродуоденоскопия

ЯБ – язвенная болезнь

5. Дата разработки протокола: 2014 год.

6. Категория пациентов: взрослые.

7. Пользователи протокола: хирурги, анестезиологи-реаниматологи, гастроэнтерологи, участковые терапевты, врачи общей практики, врачи скорой и неотложной помощи, фельдшеры, врачи функциональной диагностики (эндоскописты).

II Методы, подходы и процедуры диагностики и лечения

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций[4].

Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты, которых могут быть распространены на соответствующую российскую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую российскую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую российскую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую российскую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

8. Определение:

Язвенная болезнь – это хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и ДПК. Основные осложнения язвенной болезни: кровотечение, перфорация язвы, пенетрация, стеноз привратника, малигнизация, рубцовая деформация желудка и ДПК, перивисцит [8].

9. Клиническая классификация язвенной болезни[1]

В зависимости от локализации различают:

- язвы желудка;
- язвы ДПК.

В зависимости от локализации язв в желудке различают:

- язва кардиального;
- субкардиального отдела;
- тела желудка (малая, большая кривизна);
- антрального отдела;

- пилорического канала.

В зависимости от локализации язв в ДПК разделяют на:

- язва луковицы;
- язва постбульбарная;
- юкстапилорические (околопилорические).

Сочетанные язвы: язва желудка и ДПК

По числу язвенных поражений различают:

- одиночные язвы;
- множественные язвы.

По размеру язв:

- малых размеров (до 0,5 см в диаметре);
- средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров;
- большие (2,0-3,0 см в диаметре);
- гигантские (свыше 3,0 см в диаметре).

По фазе течения:

- обострение;
- неполная ремиссия;
- ремиссия.

Стадии развития язвы:

- активная стадия;
- стадия заживления;
- стадия рубцевания (красный рубец, белый рубец).

Осложнения:

- кровотечение;
- пенетрация;
- перфорация;
- стеноз;
- перивисцерит.

По тяжести течения:

- Латентное, легкое, средней степени, тяжелое

Классификация гастродуоденального кровотечения:

I По локализации:

- из язвы желудка;
- из язвы ДПК.

II По характеру:

- продолжающееся;
- струйное;
- ламинарное;
- капиллярное;
- рецидивирующее;
- нестабильный гемостаз.

III По степени тяжести кровопотери:

- легкая степень;
- средняя степень;
- тяжелая степень.

С целью уточнения состояния гемостаза используется классификация J.A. Forrest (1974):

Продолжающееся кровотечение:

- F1a – продолжающееся струйное кровотечение
- F1b - продолжающееся капиллярное в виде диффузного просачивания крови;

Остановившееся кровотечение с нестабильным гемостазом:

- F2a - видимый крупный тромбированный сосуд (рыхлый сгусток крови);
- F2b - плотно фиксированный тромб-сгусток в язвенном кратере;
- F2c - мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен;

Отсутствие признаков кровотечения:

- F3 - отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере;

Клиническая классификация ГШ:

- Шок I степени: сознание сохранено, больной контактен, слегка заторможен, систолическое АД превышает 90 мм.рт.ст, пульс учащен;
- Шок II степени: сознание сохранено, больной заторможен, систолическое АД 90-70 мм ст ст , пульс 100-120 в 1 минуту, слабого наполнения, дыхание поверхностное;
- Шок III степени: больной адинамичен, заторможен, систолическое АД ниже 70 мм.рт.ст, пульс более 120 в 1 минуту, нитевидный, ЦВД равно 0 или отрицательное, наблюдается отсутствие мочи (анурия);
- Шок IV степени: терминальное состояние, систолическое АД ниже 50 мм.рт.ст или не определяется, дыхание поверхностное или судорожное, сознание утрачено.

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации: кровотечение из язвы желудка и ДПК.

Показания для плановой госпитализации: не проводится.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне: (в случае обращения пациента в поликлинику):

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование (подсчет пульса, ЧД, измерить АД, пальцевое исследование прямой кишки);
- общий анализ крови (Hb, Ht, эритроциты).

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: не проводятся

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне):

- физикальное обследование (подсчет пульса, ЧД, измерить АД, пальцевое исследование прямой кишки);
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ (общий белок и его фракции, билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, холестерин, креатинин, мочевины, остаточный азот, сахар крови);
- определение группы крови;
- определение резус фактора;
- коагулограмму (ПТИ, фибриноген, ФА, время свертываемости, МНО);
- ЭКГ;
- ЭФГДС:

Относительные противопоказания: крайне тяжелое состояние с низким показателями АД ниже 90 мм.рт.ст (ЭФГДС необходимо провести после коррекции состояния больного в условиях ОРИТ и повышения систолического АД не менее 100 мм.рт.ст) [7] (УД-С).

Абсолютные противопоказания: агональное состояние больного, острый инфаркт миокарда, ОНМК.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне):

- биопсия из язвы желудка/ДПК (при больших и гигантских размерах);
- определение онкомаркеров методом ИФА;
- диагностика *H. pylori* (ХЕЛИК-тест) (УД - В);
- УЗИ органов брюшной полости.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- физикальное обследование (подсчет пульса, ЧСС, подсчет ЧД, измерить АД, оценка характера рвотных масс, пальцевое исследование прямой кишки).

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы:

Клинические признаки кровотечения: на рвоту алой (свежей) кровью или кофейной гущей, дегтеобразный стул или жидкий стул с малоизмененной кровью.

Клинические признаки кровопотери: слабость, головокружение, холодный липкий пот, шум в ушах, частое сердцебиение, кратковременная потеря сознания, жажда.

Анамнез заболевания:

- наличие боли в эпигастрии, изжогу до кровотечения;

- наличие симптома Бергмана – исчезновение болей в эпигастрии после кровотечения;
- наличие язвенного анамнеза, наследственно детерминированного заболевания,
- наличие эпизодов кровотечения в анамнезе;
- ранее перенесенное ушивание прободной язвы;
- наличие факторов, провоцировавших кровотечение (прием лекарственных препаратов (НПВП и тромболитики), алкоголь, стресс).

12.2 Физикальное обследование:

- поведение больного: беспокойство, испуг или апатия, сонливость, при тяжелой степени кровопотери – психомоторное возбуждение, бред, галлюцинации,
- бледность кожных покровов, кожа покрыта потом;
- характер пульса: частый, слабого наполнения;
- АД: тенденция к снижению в зависимости от степени кровопотери;
- ЧД: тенденция к учащению.

Клинические признаки неустойчивого гемостаза:

- ГШ у больного в момент поступления;
- Тяжелая степень кровопотери;
- Признаки гемокоагуляционного синдрома (ДВС).

12.3 Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: снижение содержания эритроцитов, уровней гемоглобина и гематокрита.

Биохимический анализ крови: повышение содержания сахара крови, АСТ, АЛТ, билирубина, остаточного азота, мочевины, креатинина; снижение общего белка.

Коагулограмма: снижение ПТИ, фибриногена, повышение МНО, удлинение времени свертываемости.

Тактика лечения определяется в соответствии со степенью кровопотери и дефицита ОЦК (Приложение 1).

12.4 Инструментальные исследования:

ЭФГДС:

Эндоскопическая картина[7] (УД-А):

- наличие свежей крови со сгустками или кофейной гущи в желудке или ДПК свидетельствуют о свежем кровотечении;
- наличие язвенного дефекта слизистой (с описанием размера, глубины, формы), видимого кровоточащего сосуда в язве, струйного/капиллярного подтекания крови;
- наличие рыхлого сгустка, темного фиксированного тромба, гематина на дне язвы.

Признаки неустойчивого гемостаза на ЭФГДС[7] (УД-А):

- наличие свежей крови или сгустков в просвете желудка и ДПК;
- наличие пульсирующего сосуда в ране с красным или желто-коричневым тромбом;
- наличие мелких тромбов по краю язвы;

- наличие большой или гигантской язвы желудка или ДПК;
- локализация язвы на задней стенке луковицы ДПК и в проекции малой кривизны желудка с признаками пенетрации.

12.5 Показания для консультации узких специалистов:

- консультация терапевта/врача общей практики в целях исключения сопутствующей соматической патологии;
- консультация эндокринолога при наличии сопутствующего сахарного диабета;
- консультация кардиолога при сопутствующих ИБС, АГ с признаками сердечной недостаточности;
- консультация онколога при подозрении на малигнизацию или первично-язвенную форму рака желудка.

12.6 Дифференциальный диагноз:

Заболевания	Особенности анамнеза заболевания и клинических проявлений	Эндоскопические признаки
Кровотечение из острых язв и эрозий желудка и ДПК	Чаще перенесенный стресс, употребление лекарственных препаратов, перенесенная тяжелая травма, обширные операции, сахарный диабет, прием варфарина, сердечная недостаточность	Наличие язвенного дефекта в пределах слизистой желудка и ДПК, различного диаметра, чаще множественные
Геморрагический гастрит	Чаще после длительного употребления лекарственных средств, алкоголя, на фоне сепсиса, ОПН и ХПН	Отсутствие язвы в желудке или ДПК, слизистая отечна, гиперемирована, обильно покрыта слизью
Синдром Маллори-Вейсса	Страдает токсикозом беременности, острым панкреатитом, холециститом. Чаще после длительного и обильного употребления алкоголя, неоднократная рвота вначале с примесью пищи, затем с кровью	Чаще наличие продольных разрывов слизистой в пищеводе, кардии желудка различной длины
Кровотечение из ВРВ пищевода и желудка	В анамнезе перенесенный гепатит, злоупотребляет алкоголем, страдает ЦП и СПГ	Наличие варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка различного диаметра и формы
Кровотечение из распадающегося рака пищевода, желудка	Наличие малых симптомов: повышенная утомляемость, нарастающая слабость, потеря массы тела, извращение вкуса, изменение иррадиации болей	Наличие язвенного дефекта слизистой больших размеров, подрывными краями, контактно кровоточит, признаки атрофии слизистой

13. Цели лечения:

- восполнение дефицита ОЦК;
- профилактика рецидива кровотечения,
- стабилизация гемостаза (медикаментозной коррекцией, эндоскопический гемостаз, хирургическое лечение)

14. Тактика лечения*:**

14.1 Немедикаментозное лечение

Диета больных ЯБ должна обладать слабым сокогонным действием: питьевая вода, щелочные воды, лишенные углекислоты, жирное молоко, сливки, яичный белок, отварное мясо, отварная рыба, овощное пюре, супы из разных круп. Из диеты исключаются продукты и блюда, обладающие сильным сокогонным действием: бульоны, крепкие навары из овощей, спиртные напитки, жареные и копченые блюда, соленья, алкогольные напитки и др.

Диетотерапия при язвенной болезни состоит из трех циклов (диеты №1а, №1б, и №1 продолжительностью 10—12 дней каждый в период обострения. В дальнейшем, при отсутствии резкого обострения и проведении противорецидивной терапии, может быть назначен непротертый вариант диеты № 1. Противоязвенная диета должна содержать соки сырых овощей и фруктов, богатых витаминами (особенно сок капусты), отвар шиповника.

Питание при ЯБ, осложненной кровотечением, больному не дают пищу в течение 1-3 дней, и он находится на парентеральном питании. После остановки или значительного уменьшения кровотечения дают жидкую и полужидкую охлажденную пищу столовыми ложками через каждые 2 ч до 1,5-2 стаканов в день (молоко, сливки, слизистый суп, негустое желе, кисель, фруктовые соки, отвар шиповника стол Мейленграхта). Затем количество пищи постепенно увеличивают за счет яиц всмятку, мясного и рыбного суфле, сливочного масла, жидкой манной каши, тщательно протертых плодов и овощей.

Режим питания - через каждые 2 ч малыми порциями. В дальнейшем больного переводят сначала на диету № 1а, а затем на № 1б с увеличением в них содержания животных белков (мясные, рыбные и творожные паровые блюда, белковые омлеты). Целесообразно использование энпитов, в частности белкового и противоанемического. На диете № 1а больной находится до полного прекращения кровотечения, на диете № 1б - 10-12 дней. Далее на 2-3 месяца назначают протертую диету № 1.

14.2 Медикаментозное лечение

ИТТ при легкой степени кровопотери:

- Кровопотеря 10-15% ОЦК (500-700 мл): внутривенное переливание кристаллоидов (декстроза, натрия ацетат, натрия лактат, натрия хлорида 0,9%) в объеме 200% от объема кровопотери (1-1,4 л);

ИТТ при средней степени кровопотери:

Кровопотеря 15-30% ОЦК (750-1500 мл): в/в кристаллоидов (декстроза, натрия хлорида 0,9%, натрия ацетат, натрия лактат) и коллоидов (сукцинилизированный желатин, раствор декстрана, гидроксиэтилкрахмал, аминоклазма, повидон, комплекс аминокислот для парентерального питания) в соотношении 3:1 с общим объемом 300% от объема кровопотери (2,5-4,5 литров);

ИТТ при тяжелой степени кровопотери [7] (УД-А):

- При кровопотере 30-40% ОЦК (1500-2000 мл): в/в кристаллоидов (декстроза, натрия хлорида 0,9%, натрия ацетат, натрия лактат) и коллоидов (сукцинилизированный желатин, раствор декстрана, гидроксиэтилкрахмал, аминоклазма, повидон, комплекс аминокислот для парентерального питания) в соотношении 2:1 с общим объемом 300% от объема кровопотери (3-6 литров). Показано переливание компонентов крови (эритроцитарная

масса 20%, СЗП 30% от перелитого объема, тромбоконцентрата при уровне содержания тромбоцитов 50×10^9 и ниже, альбумин);

Критическим уровнем показателей гемоглобина является 65-70 г/л, гематокрит 25-28%. (придерживаться приказа № 501 от 2012 г. по переливанию компонентов крови);

- **Критерии адекватности проводимой ИТТ:**

- Повышение ЦВД (10-12 см.вод.ст.);
- Почасовой диурез (не менее 30 мл/час);
- Пока ЦВД не достигнет 10-12 см.вод.ст. и почасовой диурез 30 мл/час ИТТ необходимо продолжать.
- При быстром увеличении ЦВД выше 15 см.вод.ст. необходимо снизить темп переливания и пересмотреть объем инфузии
- **Клинические критерии восстановления ОЦК (устранение гиповолемии):**
- Повышение АД;
- Уменьшение ЧСС;
- Увеличение пульсового давления;
- Потепление и изменение окраски кожных покровов (с бледной до розового);

В ИТТ необходимо включить исходя из патогенеза кровопотери **антигипоксанты:**

- Перфторан в дозе 10-15 мл на 1 кг веса пациента, скорость введения – 100-120 капель в мин. Но необходимо помнить, что перфторан не заменяет гемоплазмотрансфузию;

Антиоксиданты:

- Аскорбиновая кислота однократно в/в 1000-1500 мг, курс 3-5 дней.

Препараты для парентерального питания:

- Жировая эмульсия для парентерального питания 250—500 мг в/в капельно медленно однократно.

Противоязвенная терапия (УД-В):

По рекомендации IV Маастрихтского совещания в регионах с низкой распространенностью штаммов *H.pylori* резистентных к кларитромицину (менее 15-20%) рекомендуется:

ИПП, кларитромицина 500 мгх2 раза в сутки и второй антибиотик: амоксициллин 1000 мгх2 раза в сутки, метронидазол 500 мгх2 раза в сутки или левофлоксацин. Длительность терапии 10-14 дней.

В схеме «квадротерапии»: тетрациклин по 500 мг 4 раза в сутки, метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки, висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в сутки.

В регионах с резистентностью >20% в качестве альтернативы квадротерапии в терапии первой линии для преодоления резистентности к кларитромицину рекомендуется последовательная терапия:

ИПП + амоксициллин (5 дней), далее ИПП + кларитромицин + метронидазол (5 дней).

Профилактика ранних послеоперационных осложнений:

Антибиотикотерапия до операции[5] (УД-В):

- Эритромицин по 1 т. в 13 часов, в 14 часов, в 23 часа за 19 часов до операции;
- Цефазолин 2 г в/в за 30 минут до операции/Ванкомицин 25 мг/кг в/ за 60-90 минут до операции.

Антибиотикотерапия после операции

- Цефазолин 2 г в/в за 30 минут до операции/Ванкомицин 25 мг/кг в течение 3-5 суток

Обезболивающие препараты после операции:

- Тримеперидин 2% по 1 мл первые сутки после операции
- Трамадол 100 мг 2 мл через 12 часов
- Морфин гидрохлорид 2% 1,0 мл первые сутки после операции
- Лорноксикам 8 мг в/в по требованию
- Метамизол натрия 50% 2 мл в/м

Препараты, стимулирующие моторно-эвакуаторную деятельность ЖКТ после операции:

- Метоклопрамид раствор для инъекций 10 мг/2 мл через каждые 6 часов;
- Неостигмин 0,5 мг 1 мл по требованию

14.2.1 медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

– **перечень основных лекарственных средств** (имеющих 100% вероятность применения); не проводится

– **перечень дополнительных лекарственных средств** (менее 100% вероятности применения) натрий хлорид 0,9% 400мл в/в

14.2.2 медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

– **перечень основных лекарственных средств** (имеющих 100% вероятность применения)

- натрия хлорида 0,9% 400 мл;
- декстроза раствор для инфузий;
- сукцинированный желатин 4% 500 мл;
- раствор декстран 500 мл;
- гидроксипропилкрахмал 6% 500 мл;
- аминоплазма 500 мл;
- эритроцитарная масса;
- СЗП;
- тромбоконцентрат;
- альбумин 5% 200, 10% 100 мл;
- омепразол порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций во флаконах 20, 40 мг капсулы;
- пантопразол 40 мг порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций во флаконах, таблетки;
- лансопразол 30 мг капсулы;
- эзомепразол 20, 40 мг капсулы;
- кларитромицин 250 мг, 500 мг таблетки;
- амоксициллин 250, 500 мг таблетки;
- левофлоксацин 500 мг, таблетки;

- метронидазол 250, 500 мг в таблетках, раствор для инфузии 5 мг/100 мл
- тетрациклин по 100 мг таблетки;
- висмута трикалия дицитрат 120 мг таблетки;
- эпинефрин раствор для инъекций 0,18% 1 мл;
- эритромицин 250 мг таблетки;
- цефазолин порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг.
- перфторан эмульсия для инфузий 5-8 мл/кг;
- натрия ацетат раствор для инфузий;
- натрия лактат раствор для инфузий.

перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).

- алюминия фосфат гель по 16 г в пакетах;
- алюминия гидроксид во флаконах 170 мл;
- натрия альгинат 10 мл суспензии 141 мг;
- итоприд 50 мг таблетки;
- домперидон 10 мг таблетки;
- метоклопрамид раствор для инъекций 10 мг/2 мл;
- ванкомицин 500, 1000 мг порошок для приготовления инъекций;
- тримеперидин 2% 1 мл;
- трамадол 100 мг/2 мл в ампулах;
- морфин гидрохлорид 2% 1,0 мл;
- лорноксикам 8 мг раствор для инъекций;
- метамизол натрия 500 мг/мл раствор для инъекций;
- неостигмин 0,5 мг/мл раствор для инъекций
- аскорбиновая кислота таблетки 50 мг, раствор 5%
- жировая эмульсия для парентерального питания эмульсия для инфузии

14.2.3 медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:

- раствор натрия хлорида 0,9% 400 мл в/в кап.
- ингаляция кислорода

14.3. Другие виды лечения (например: лучевое и т.д.): не проводится

14.3.1 другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне: не проводится

14.3.2 другие виды, оказываемые на стационарном уровне:

Эндоскопический гемостаз показан [7,8] (УД-А):

Методы ЭГ:

- орошение;
- инъекционный гемостаз (0,0001% раствор эпинефрина и NaCl 0,9%)[7] (УД-А).;
- диатермокоагуляция;
- применение термо-зонда [7] (УД-А);
- клипирование сосуда[7] (УД-С);
- аргон-плазменная коагуляция [8] (УД-А);
- комбинированные методы[8] (УД-А);.

Комбинированная терапия: эпинефрин и hemoclips может привести к сокращению рецидива кровотечения и потенциальное снижение смертности[6,7] (УД-А).

Перед проведением ЭГ необходимо болюсное введение ИПП 80 мг и после процедуры - инфузия 8 мг/час[7] (УД - С)

Пациенты, получающие НВП и тромболитики им необходимо антисекреторную терапию ИПП продолжить [7] (УД-А):

Показания к ЭГ:

- Больным с высоким риском рецидива кровотечения;
- При наличии пульсирующего или диффузного кровотечения;
- При наличии пигментированного бугорка (видимого сосуда или охранного сгустка в язве);
- При рецидиве кровотечения у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией с высоким риском операции.

Противопоказания ЭГ:

- Невозможность адекватного доступа к источнику кровотечения;
- Массивное артериальное кровотечение, особенно из под крупного плотного фиксированного сгустка;
- Опасность возникновения перфорации органа в процессе гемостаза.

14.3.3 другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи: не проводится

14.4. Хирургическое вмешательство

14.4.1 хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях: не проводятся

14.4.2 хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

Виды операций:

Органосохраняющие операции с ваготомией:

При кровотечении из дуоденальной язвы показаны:

- пилородуоденотомия с иссечением или прошиванием кровоточащей язвы + СтВ;
- экстродуоденизация (выведением язвенного кратера из просвета кишки) при пенетрации +СтВ и пилоропластика;
- антрумэктомия+СтВ в модификации Бильрот I;

Радикальные операции:

- резекция желудка по Бильрот I - при желудочной локализации язвы;
- резекция желудка по Бильрот II - при больших и гигантских язвах с сочетанием нескольких осложнений одновременно

Паллиативные операции:

- гастротомия и дуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы .
Показания: тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации.

Показания к неотложному хирургическому вмешательству:

В экстренном порядке:

- продолжающееся струйное кровотечение (F1a)
- геморрагический шок;

- диффузное кровотечение (Fib) средней и тяжелой степени, кроме группы риска операции с эффективным ЭГ;
- рецидив кровотечения;

В срочном порядке:

При неустойчивом гемостазе с высоким риском рецидива кровотечения;

При остановленном кровотечении после ЭГ, но сохраняющемся риске рецидива;

При тяжелой степени кровопотери в группе риска операции, нуждавшихся в момент поступления в медикаментозной коррекции;

14.5. Профилактические мероприятия (профилактика осложнений, первичная профилактика для уровня ПМСП, с указанием факторов риска).

-

14.6. Дальнейшее ведение (послеоперационное ведение, диспансерные мероприятия с указанием частоты посещения врачей ПМСП и узких специалистов, первичная реабилитация, проводимая на уровне стационара):

- Наблюдение у хирурга поликлиники;
- ЭФГДС через 1-3 месяца после операции [4] (УД-А);

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения

- отсутствие рецидива кровотечения;
- отсутствие гнойно-воспалительных осложнений в брюшной полости и послеоперационной ране;
- снижение общей летальности от ЯБЖ и ДПК 10%;
- снижение послеоперационной летальности 5-6%.

III ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1. Жанталинова Нуржамал Асеновна - д.м.н. профессор кафедры интернатуры и резидентуры по хирургии РГП на ПХВ «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова».
2. Ибекенов Онласын Тулегенович – к.м.н., заместитель главного врача РГП на ПХВ «БСПН» г. Алматы.
3. Шуленбаев Олжас Жуматаевич врач хирург РГП на ПХВ «БСПН» г. Алматы
4. Ахмадьяр Нуржамал Садыровна – д.м.н., старший клинический фармаколог АО «Национальный научный центр материнства и детства»

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует

18. Рецензенты:

1. Ташев Ибрагим Акжолович - д.м.н., профессор заведующий хирургическим отделением АО «Национальный научный медицинский центр»

19. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики/ лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола).

1. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ. – 2002. – 376 с.
2. Григорьев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях. //Хирургия. – 1999. - №6. – С. 20-22;
3. Ратнер Г.Л., Корытцев В., Катков В.К., Афанасенко В.П. Кровотоочащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе //Хирургия. – 1999. - №6. – С. 23-24;
4. ASGE Standards of Practice Committee, Banerjee S, Cash BD, Dominitz JA, Baron TH, Anderson MA, Ben-Menachem T, Fisher L, Fukami N, Harrison ME, Ikenberry SO, Khan K, Krinsky ML, Maple J, Fanelli RD, Strohmeyer L. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease. *Gastrointest Endosc.* 2010 Apr;71(4):663-8
5. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, Fish DN, Napolitano LM, Sawyer RG, Slain D, Steinberg JP, Weinstein RA. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Health Syst Pharm.* 2013 Feb 1;70(3):195-283.
6. Endoclips vs large or small-volume epinephrine in peptic ulcer recurrent bleeding Author(s): Ljubicic, N (Ljubicic, Neven)¹; Budimir, I (Budimir, Ivan)¹; Biscanin, A (Biscanin, Alen)¹; Nikolic, M (Nikolic, Marko)¹; Supanc, V (Supanc, Vladimir)¹; Hrabar, D (Hrabar, Davor)¹; Pavic, T (Pavic, Tajana)¹ *WORLD JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY* Volume: 18 Issue: 18 Pages: 2219-2224. Published:MAY142012
7. Management of Patients with Ulcer Bleeding Loren Laine, MD^{1,2} and Dennis M. Jensen, MD³⁻⁵ *Am J Gastroenterol* 2012; 107:345–360; doi: 10.1038/ajg.2011.480; published online 7 February 2012 *Received 31 July 2011; accepted 21 December 2011.*
8. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, Chandrasekhara V, Chathadi K, Decker GA, Early DS, Evans JA, Fanelli RD, Foley K, Fukami N, Jain R, Jue TL, Khan KM, Lightdale J, Malpas PM, Maple JT, Pasha S, Saltzman J, Sharaf R, Shergill AK, Dominitz JA, Cash BD. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2012 Jun;75(6):1132-8. [79 references] [PubMed](#)
9. Acute upper gastrointestinal bleeding: management Issued: June 2012 NICE clinical guideline 141 guidance.nice.org.uk/cg141
10. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding *Ann Int Med* 2010; 152 (2):101-113

Определение степени кровопотери и дефицит ГО:

в экстренной ситуации достаточно использовать наиболее доступные методы определения: классификация Горбашко А.И. (1982)

Показатели	Легкая	Средняя	Тяжелая
Эритроциты	$>3,5 \times 10^{12}/л$	$3,5-2,5 \times 10^{12}/л$	$<2,5 \times 10^{12}/л$
Гемоглобин	>100 г/л	83-100 г/л	<83 г/л
Пульс в 1 мин.	До 80	80-100	>100
Систолическое АД	>110	100-90	<90
Гематокритное число	>30	30-25	<25
Дефицит ГО от должного	до 20	от 20-30	>30

Использование формулы Мура: $V=P*q*(Ht_1-Ht_2)/Ht_1$

V – объем кровопотери, мл;

P – вес больного, кг

q – эмпирическое число, отражающее количество крови в килограмме массы – 70 мл для мужчин, 65 мл – для женщин

Ht₁ – гематокрит в норме (для мужчин – 50, для женщин - 45);

Ht₂ – гематокрит больного через 12-24 часа после начала кровотечения;

Определение степени ГШ с использованием индекса Альговера: П/САД (соотношение пульса\систолическому АД). В норме 0,5 (60\120). При I степени - 0,8-0,9, при II степени – 0,9-1,2, при III степени - 1,3 и выше

Оценка тяжести ГШ и дефицита ОЦК:

Индекс	Снижение ОЦК, %	Объем кровопотери, мл	Клиническая картина
0,8 и менее	10	500	Симптомы отсутствуют
0,9-1,2	20	750-1250	Минимальная тахикардия, снижение АД, холодные конечности
1,3-1,4	30	1250-1750	Тахикардия до 120 в 1 мин., снижение пульсового давления, систолическое 90-100 мм.рт.ст, беспокойство, потливость, бледность, олигурия
1,5 и более	40	1750 и более	Тахикардия более 120 в 1 мин, снижение пульсового давления, систолическое ниже 60 мм.рт.ст, ступор, резкая бледность, холодные конечности, анурия