



ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ (К СЪЕЗДУ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ РОССИИ)

Федоров Е.Д.¹, Щербаков П.Л.²

¹ ФФМ МГУ, ГКБ № 31, Москва

² ЦНИИ гастроэнтерологии, Москва

Щербаков Петр Леонидович

111123 Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86

E-mail: pol_ochka@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена обсуждению принятых на рабочем совещании международных экспертов «Согласованных рекомендаций (Консенсус) по лечению неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Для согласования новых данных и определения тактики ведения больных с желудочно-кишечными кровотечениями» (International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group).

Приводятся отдельные положения принятых соглашений с некоторыми комментариями.

Предлагается широкое обсуждение приведенных рекомендаций для принятия их в качестве руководства в России.

Ключевые слова: эндоскопия; желудочно-кишечное кровотечение; международные соглашения.

SUMMARY

Paper is devoted to the discussion made at a workshop of international experts agreed recommendations (Consensus) for the treatment of bleeding of the upper gastrointestinal tract. In order to accommodate new data and determine the tactics of patients with gastrointestinal bleeding (International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group).

We present some of the agreements with some comments.

Offers a wide discussion of these recommendations to make them as a guide in Russia.

Keywords: endoscopy; gastrointestinal bleeding; the international agreement.

Вопрос о том, как и каким методом бороться с желудочно-кишечным кровотечением, впервые возник, пожалуй, в те времена, когда человечество стало делать первые шаги в абдоминальной хирургии. В настоящее время методов остановки кровотечения не только открытым, но и «щадящим» эндоскопическим методом существует достаточно много. Эти методы неоднозначны по своей эффективности, сложности проведения, возможности развития осложнений, стоимости проведения. Какому же из них отдать предпочтение, какой метод использовать при активном струйном кровотечении, а какой следует применять только

для профилактики повторных кровотечений? Эти вопросы остаются открытым до сих пор. В 2003 году были приняты международные рекомендации по лечению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ. Однако с этого времени изменились возможности эндоскопической диагностики, появились новые методы остановки кровотечения. Для согласования новых данных и определения тактики ведения больных с желудочно-кишечными кровотечениями в 2010 году 34 эксперта из 15 стран собрались на заседание «Рабочей группы международного консенсуса по лечению пациентов с неварикозными кровотечениями из

верхних отделов ЖКТ» (International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group), проанализировали и обсудили последние опубликованные научные работы и путем закрытого голосования пересмотрели и расширили существующие с 2003 года рекомендации.

Экспертами во время работы над рекомендациями были добавлены 10 новых рекомендаций, пересмотрены 11 ранее утвержденных, а 13 положений оставили в неизменном виде [1].

В результате проведенных совещаний была издана новая редакция рекомендаций, которые с некоторыми комментариями предлагаются для обсуждения вашему вниманию

После проведенного обсуждения данные рекомендации предполагается принять, в том числе и в России, на заседаниях Научного общества гастроэнтерологов России, который состоится 1–2 марта в Москве (www.infomedfarmdialog.ru).

Учитывая достаточно авторитетное собрание экспертов, проводивших обсуждение данных рекомендаций, и использование в качестве рекомендаций положения, которые основывались на результатах тайного независимого голосования по всем группам и по каждому пункту в отдельности, заключаем, что в целом положения соответствуют требованиям доказательной медицины категории А.

Положения состоят из нескольких разделов:

- А. Оценка риска кровотечения и проведение лечебных мероприятий до проведения эндоскопии.
- В. Эндоскопическое лечение кровотечений.
- С. Медикаментозное лечение.
- Д. Немедикаментозное и неэндоскопическое лечение в стационаре.

Каждый из разделов содержит несколько рекомендаций с указаниями, является ли данная рекомендация новой или она сохранилась от предыдущей (2003 года) редакции международных рекомендаций, которые и приводятся ниже.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНСЕНСУСА ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С НЕВАРИКОЗНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

А. Ресусцитация, оценка риска и лечение до эндоскопии

А1. Незамедлительно оценить состояние больного и начать необходимые лечебные мероприятия (ресусцитацию). **(Неизменно с 2003 г.)**

А2. Рекомендуется использовать прогностические шкалы для ранней стратификации (выделения) пациентов высокого и низкого риска рецидива кровотечения и летального исхода. **(Пересмотрено с 2003 г.)**

А3. У ряда пациентов целесообразно установить назогастральный зонд, так как полученные данные могут быть прогностически значимыми. **(Неизменно с 2003 г.)**

А4. Переливание крови необходимо производить при уровне гемоглобина ниже 70 г/L.

А5. Необходимо проводить коррекцию коагулопатии у пациентов получающих антикоагулянты, но эта терапия не должна приводить к задержке эндоскопического исследования.

А6. Для повышения диагностической ценности ЭГДС обычно нет необходимости в использовании препаратов (*в/в эритромицин*), ускоряющих эвакуацию из желудка.

А7. Отдельные пациенты с острым язвенным ГДК, с низким риском рецидива кровотечения по клинико-эндоскопическим критериям могут быть выписаны домой тотчас после ЭГДС. **(Пересмотрено с 2003 г.)**

А8. Назначение ИПП до выполнения первичной ЭГДС вполне оправдано, так как в ряде случаев это приводит к «остановке и профилактике» кровотечения, а также уменьшает потребность в эндоскопическом гемостазе, но оно не должно приводить к задержке эндоскопического исследования. **(Пересмотрено с 2003 г.)**

Комментарии:

Больному, поступающему с признаками ЖКК, необходимо как можно раньше провести эндоскопическое исследование с целью обнаружения источника кровотечения, определить тактику проведения остановки кровотечения. Однако все лечебные и диагностические мероприятия, проводимые до эндоскопии, должны носить только жизнеохранительный характер или иметь перед собой задачу облегчить и не задерживать проведение эндоскопического исследования.

В. Эндоскопическое лечение

В1. Каждая клиника должна располагать протоколом мультидисциплинарного лечения пациентов с ЖКК, включая наличие эндоскописта, подготовленного для выполнения эндоскопического гемостаза **(Неизменно с 2003 г.)**

В2. В любое время должен быть доступен ассистент, подготовленный для оказания помощи дежурному эндоскописту. **(Неизменно с 2003 г.)**

В3. Раннее эндоскопическое исследование (в течение 24 часов от начала кровотечения) рекомендуется выполнять большинству пациентов с острым кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта. **(Пересмотрено с 2003 г.)**

В4. Выполнение эндоскопического гемостаза не показано пациентам с малоопасными стигмами ЖКК (язва с чистым дном или плоскими окрашенными точками в дне). **(Неизменно с 2003 г.)**

Комментарии:

Отсутствием показаний для эндоскопического гемостаза является отсутствие стигм кровотечения в дне и краях источника ЖКК (Forrest-III) (рис. 1 см. на цветной вклейке).

Так как у таких больных риск продолжения кровотечения или его рецидива составляет 1–2%. Встречается у 30–40% больных.

Сомнительными показаниями для эндоскопического гемостаза являются мелкие тромбированные сосуды в виде темных пятен (F-IIc) (рис. 2, 3 см. на цветной вклейке).

5%-ный риск продолжения кровотечения или его рецидива. Встречается у 10% больных.

В5. Фиксированный к дну язвы тромб-сгусток требует прицельного отмывания для его удаления и направленного воздействия на подлежащий сосуд. **(Пересмотрено с 2003 г.)**

В6. Роль эндоскопического гемостаза при наличии несмываемого, фиксированного к язве сгустка остается до конца неясной. Эндоскопический гемостаз можно выполнять, однако не исключено, что будет достаточно интенсивного лечения ингибиторами протонной помпы. **(Пересмотрено с 2003 г.)**

Комментарии:

Показания для эндоскопической профилактики рецидива кровотечения. Видимый сосуд (F-IIa) (рис. 4 см. на цветной вклейке). В таком случае сохраняется высокий (40–50%) риск продолжения кровотечения или его рецидива. Встречается у 25–40% больных.

Фиксированный тромб-сгусток (F-IIb). Высокий риск (40–50%) продолжения кровотечения или его рецидива. Встречается у 15–20% больных (рис. 5 см. на цветной вклейке).

В7. Эндоскопический гемостаз рекомендуется выполнять у пациентов с высокозначимыми стигмами ЖКК (продолжающееся кровотечение или обнаженный сосуд в дне язвенного дефекта). **(Неизменно с 2003 г.)** (рис. 6 см. на цветной вклейке)

В8. Инъекции адреналина не обеспечивают должной эффективности и должны применяться в комбинации с другими методами эндоскопического гемостаза **(Пересмотрено с 2003 г.)** (рис. 7 см. на цветной вклейке)

Комментарии:

Инъекционный гемостаз (рис. 7 см. на цветной вклейке). Чаще всего используется 0,0001%-ный раствор адреналина с физраствором, что обеспечивает достаточно высокую эффективность при относительной безопасности и простоте выполнения. При использовании этанола возможно развитие перфораций (0,7–4,1%). Кроме ТОО, при введении этанола высока опасность развития некроза тканей и «расползания» язвы по диаметру и глубине! Применение цианакрилатов ограничено из-за трудоемкости их применения; кроме того, часто выходит из строя аппаратура и оборудование. После их инъекции создается стекловидный инфильтрат в зоне введения. Введение биокомпозиционных средств ограничено возможностью передачи с препаратом вирусных и прионовых инфекций и высокой стоимостью препаратов.

В9. Ни один из термических коагитивных методов эндоскопического гемостаза не обладает преимуществами перед другими. **(Неизменно с 2003 г.)**

В10. У пациентов с высокозначимыми стигмами ЖКК необходимо применять клипирование, термокоагуляцию или инъекции склерозантов изолированно или в комбинации с инъекциями адреналина. **(Пересмотрено с 2003 г.)**

Комментарии:

Диатермокоагуляция является наиболее известным методом со времен развития внутрисветовой эндоскопии. Однако он не всегда эффективен и отнюдь не универсален. Более того, частота осложнений в виде перфораций при использовании диатермокоагуляции составляет 0,6–3,7%.

Моноактивная (однополярная) коагуляция преимущественно показана при ЖКК из хронических язв и опухолей. Биоактивный (биполярный) метод предпочтителен при кровотечениях, возникающих при разрывах стенки желудка при синдроме Маллори–Вейса, острых язв, эрозий и других поражениях, при которых отсутствуют выраженные рубцово-склеротические изменения тканей и не требуется (или опасна) глубокая коагуляция (рис. 8 см. на цветной вклейке).

Наиболее безопасна развивающаяся в последнее время мультиполярная диатермокоагуляция. Как правило, выполняется с использованием операционного многоканального панэндоскопа с использованием специального электроблока и биполярного электрода.

Клипирование применяется при кровотечениях практически любого типа. При этом уровень осложнений крайне низкий. Полное отсутствие перфораций (рис. 9 см. на цветной вклейке) [2].

Термокаутеризация. Не очень распространенный метод, требующий специального оборудования, термозонда. При проведении требуется определенный навык использования. Достаточно эффективен при большинстве типов кровотечений. Частота перфораций при использовании составляет 0,8–1,2%. Причем при повторном использовании частота перфораций возрастает до 5% [3].

Аргонно-плазменная коагуляция. Высокоэффективный метод с низким уровнем осложнений. При использовании возможно возникновение перфораций у 0,31% больных. Иногда возникает эмфизема стенки органа, при попадании газа (0,5%). Описаны случаи возникновения пневмоперитонеума без перфорации стенки полого органа (24%) [4–5].

В11. Рутинное выполнение повторного контрольного эндоскопического исследования не рекомендуется **(Пересмотрено с 2003 г.)**

В12. При рецидиве кровотечения в стационаре обычно рекомендуется выполнение повторного эндоскопического гемостаза. **(Неизменно с 2003 г.)**

С. Медикаментозное лечение

С1. Для лечения больных с острыми язвенными ГДК **не** рекомендуется использовать антагонисты H₂-гистаминовых рецепторов (*ранитидин, фамотидин и пр.*). **(Неизменно с 2003 г.)**

С2. Для лечения больных с острыми язвенными ГДК обычно **не** рекомендуется использовать соматостатин и октреотид. **(Неизменно с 2003 г.)**



С3. Для снижения числа рецидивов и летальности пациентам с высоким риском рецидива кровотечения, которым был успешно проведен эндоскопический гемостаз, рекомендуется назначать внутривенное болюсное, а вслед за ним непрерывное внутривенное введение ИПП. **(Пересмотрено с 2003 г.)**

С4. При выписке больным необходимо рекомендовать прием ИПП в стандартной дневной дозе на срок, определяемый этиологией заболевания.

Д. Неэндоскопическое и немедикаментозное лечение в стационаре

Д1. Больных, с низким риском рецидива кровотечения после ЭГДС можно начинать кормить в течение первых 24 часов **(Неизменно с 2003 г.)**

Д2. Большинство больных с высоким риском, которым был выполнен эндоскопический гемостаз, должны быть госпитализированы по меньшей мере на 72 часа.

Д3. Больные, у которых эндоскопическое лечение оказалось неэффективным, должны быть консультированы хирургом в кратчайшее время. **(Неизменно с 2003 г.)**

Д4. В случае неэффективного эндоскопического лечения там, где это возможно, в качестве альтернативы хирургическому вмешательству целесообразно проведение ангиографии и эмболизации.

Д5. Больным, страдающим язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, необходимо провести обследование на наличие *H. pylori* и при его наличии проводить эрадикационную

терапию с подтверждением проведенной эрадикации. **(Пересмотрено с 2003 г.)**

Д6. Если неотложно взятый тест на *H. pylori* оказался отрицательным, необходимо его повторить.

Е. Лечение после выписки, ацетилсалициловая кислота и НПВС

Е1. Необходимо помнить о том, что больные с язвенным гастродуоденальным кровотечением в анамнезе, которые нуждаются в приеме НПВС, независимо от того, принимают ли они традиционные НПВС (*аспирин, ибупрофен, диклофенак*) или в сочетании с ИПП либо изолированно ингибиторы ЦОГ-2, находятся в группе риска развития повторного ЯГДК.

Е2. Для снижения риска повторного кровотечения пациентам с язвенным ГДК в анамнезе, которые нуждаются в приеме НПВС, рекомендуется прием ингибиторов ЦОГ-2 (*нимесулид, целекоксиб, мелоксикам*) в комбинации с ИПП.

Е3. Пациентам у которых на фоне приема низких доз аспирина развилось острое язвенное ГДК, терапия аспирином должна быть вновь начата, как только риск сердечно-сосудистых осложнений перевесит риск рецидива ЖКК (обычно в течение 7 дней).

Е4. У пациентов с язвенным ГДК в анамнезе, нуждающихся в профилактике сердечно-сосудистых расстройств, изолированный прием клопидогреля — *препарата, снижающего склонность тромбоцитов к агрегации*, — способствует повторному кровотечению в большей мере, чем прием аспирина в сочетании с ИПП.

СОКРАЩЕНИЯ

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ГДК — гастродуоденальные кровотечения

ЖКК — желудочно-кишечные кровотечения
ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия

ЛИТЕРАТУРА

1. Barkun A., Bardou M., Kuipers E. et al. International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group // Ann. Intern. Med. — 2010. — Vol. 152. — P. 101–113.
2. Soehendra N. et al. Hemostatic Clip in Gastrointestinal Bleeding // Endoscopy. — 2001. — Vol. 33, № 2.
3. Chung S.C.S. et al. Thermal Coagulation for Nonvariceal Bleeding // Endoscopy. — 2002. — Vol. 34, № 1.
4. Grund K.E., C Zindel. und Farin G. Argonplasmakoagulation in der flexible Endoskopie // DMW. — 1997. — Vol. 122.
5. Lindsey H. APC Offers Safe Treatment for Superficial GI Bleeding // Gastroenterology & Endoscopy News, May 2003.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ (К СЪЕЗДУ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ РОССИИ)



Рис. 1. Язва слизистой оболочки. Отсутствие кровотечения. Forrest III

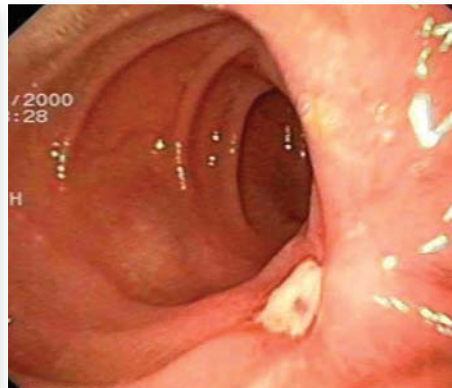


Рис. 2, 3. Мелкие тромбированные сосуды в виде темных пятен (F-IIc)



Рис. 4. Видимый сосуд (F-IIa)



Рис. 5. Фиксированный тромб-сгусток (F-IIb)

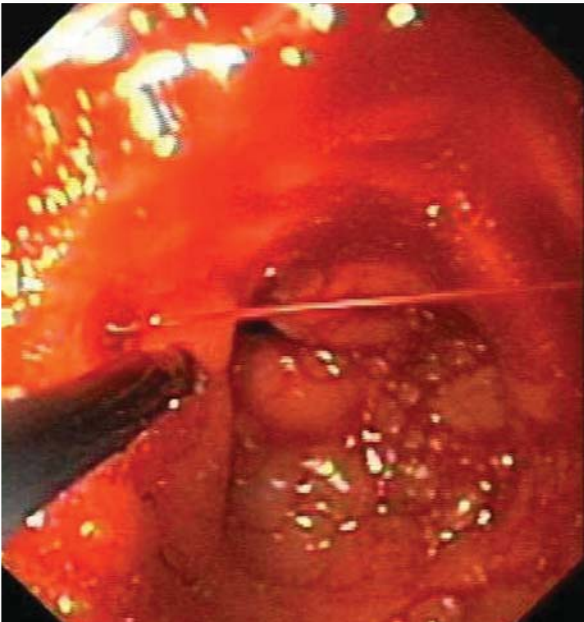


Рис. 6. Продолжающееся струйное кровотечение (F-Ia)

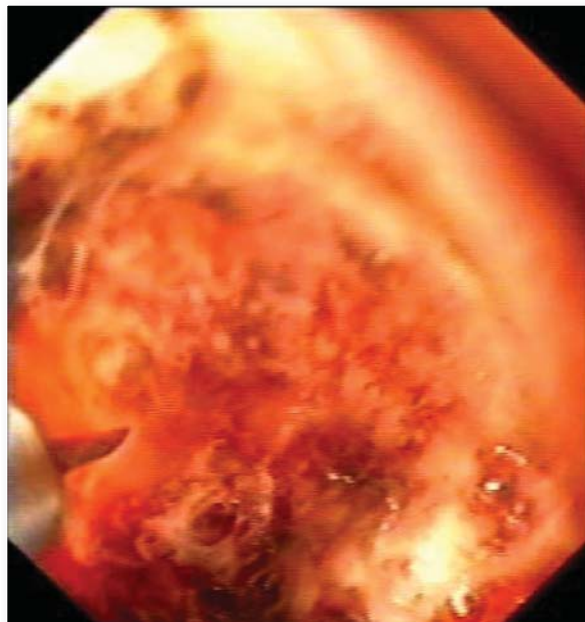


Рис. 7. Инъекционный гемостаз

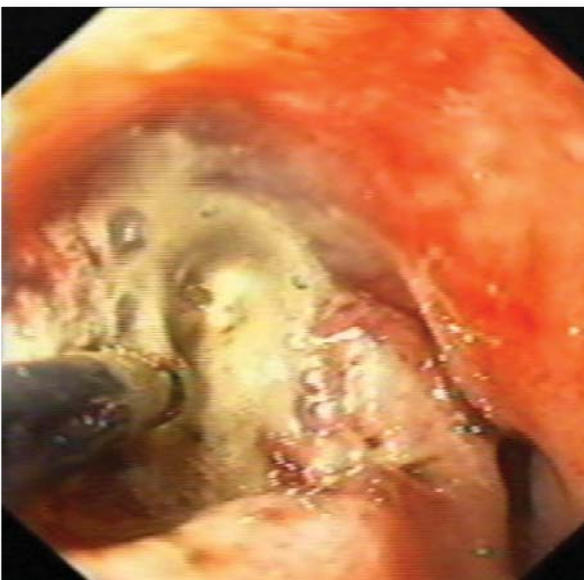


Рис. 8. Диатермокоагуляция

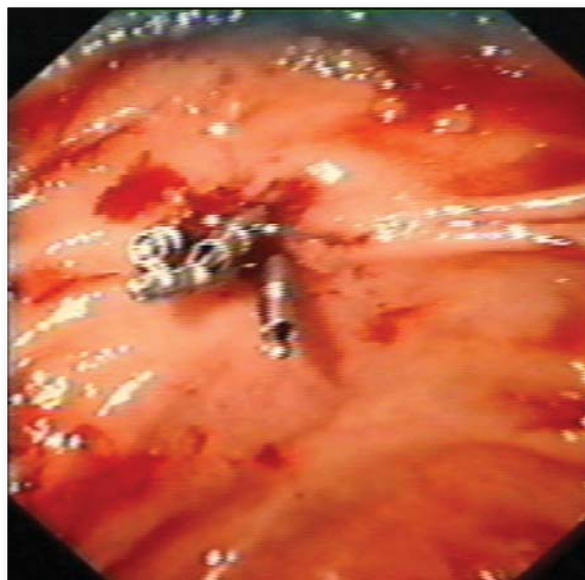


Рис. 9. Эндоклипирование