

ПРОТОКОЛЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕВАРИКОЗНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ (из хронических язв желудка, двенадцатиперстной кишки и пептических язв гастроэзофагеального анастомоза) (проект)¹

«Хирургическое сознание не может мириться с тем, что больные гибнут на наших глазах от не остановленного кровотечения».

С. С. Юдин

В России язвенной болезнью страдают примерно 1,7–5% населения [Майстренко Н. А. и др., 2003; Лобанков В. М., 2005; Афендулов С. А. и др., 2006].

В структуре её осложненных форм желудочно-кишечные кровотечения составляют 42–67,5% [Поташов Л. В., 1998; Панцырев Ю. М. и др., 2003; Подшивалов В. Ю., 2006; Ell С. и др. 1995; Depolo A. и др., 2001; Arlt G. D., Leyh M., 2001; Palmer K. R., 2002].

При этом число больных с язвенным кровотечением постоянно увеличивается и составляет 90–103 на 100 000 взрослого населения в год [Борисов А. Е. и др., 2002; Панцырев Ю. М. и др., 2003].

В основу данных протоколов положены Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (2010 г.) и протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (СПб., 2007 г.).

1. ПРОТОКОЛ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Все больные с признаками желудочно-кишечного кровотечения или при обоснованном подозрении на таковое подлежат немедленно направлению в крупные **многопрофильные** стационары города или в специализированные центры по лечению желудочно-кишечных кровотечений, где круглосуточно обеспечивается дежурная эндоскопическая служба (с возмож-

ностями современной лечебной эндоскопии) и штатная служба (кабинет, отделение) переливания крови.

Условия, необходимые для реализации представляемой лечебной тактики в конкретном лечебном учреждении:

- Персонал, обученный и владеющий современными методиками диагностической лечебной эндоскопии.
- Наличие аппаратуры для выполнения всего арсенала (не менее двух) методик экстренной лечебной эндоскопии.
- Наличие высококвалифицированной хирургической бригады.
- Наличие круглосуточной реанимационной службы.

Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (2010 г.)

Раздел А. Реанимация, оценка риска и ведение пациентов до проведения эндоскопии

- Немедленно оценить состояние пациента и приступить к надлежащим реанимационным мероприятиям.
- Для раннего выделения групп с низкой/высокой степенью риска повторных кровотечений и летальности рекомендовано использовать прогностические шкалы.
- Рассмотреть целесообразность назогастрального зондирования, поскольку полученные с его помощью данные могут иметь прогностическую ценность.
- Пациентам с содержанием гемоглобина ниже 70 г/л следует провести переливание крови.

¹ Проект протоколов был рассмотрен на конференции «Состояние экстренной хирургической помощи в Санкт-Петербурге» 14 декабря 2011 г. В настоящее время выносятся (проф. М. П. Королёвым) на обсуждение. Редакция будет благодарна за присланные комментарии и замечания.

- Пациентам, которым проводится лечение антикоагулянтами, рекомендована коррекция коагулопатии, однако это не должно приводить к отсрочиванию эндоскопического исследования.
- Перед проведением эндоскопического исследования не следует в плановом порядке назначать препараты, стимулирующие перистальтику, с целью повышения прогностической ценности.
- Пациенты с острым язвенным кровотечением и низким риском повторного кровотечения, согласно заключению, сделанному на основании клинических и эндоскопических критериев, могут быть выписаны сразу после эндоскопического исследования.
- Может быть целесообразным доэндоскопическое лечение ингибиторами протонного насоса (ИПН) с целью уменьшения эндоскопического повреждения и снижения потребности в эндоскопическом вмешательстве, однако такое лечение не должно задерживать проведение эндоскопии.

2. ПРОТОКОЛ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР

2.1. Основанием для диагноза желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) в условиях отделения скорой медицинской помощи (ОСМП) 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 ЖКК.

2.2. В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния все больные с желудочно-кишечным кровотечением разделяются на 2 основные группы: «тяжелое ЖКК» и «нетяжелое ЖКК».

3. ПРОТОКОЛЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖКК В ОТДЕЛЕНИИ СМП (В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ)

Всем больным этой группы в ОСМП выполняется:

- измерение АД и ЧСС;

- устанавливается желудочный зонд;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- общий анализ крови;
- ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости (при отсутствии нарушений гемодинамики).

3.1. Критерии отнесения к группе «тяжелое ЖКК»:

- возраст старше 60 лет;
- неоднократные рвота малоизмененной кровью («кофейной гущей») и(или) мелена;
- коллапс, потеря сознания;
- тахикардия — частота сердечных сокращений >100 в 1 мин;
- гипотензия — систолическое АД <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 ЖКК», что требует направления его в ОРИТ (БИТ — блок интенсивной терапии ОСМП) для дальнейшего обследования и лечения.

3.2. Остальные пациенты относятся к группе «нетяжелое ЖКК» и подлежат обследованию в условиях ОСМП и кабинета фиброгастроудоденоскопии (ФГДС), а в дальнейшем большинству из них показано лечение и наблюдение в профильном хирургическом отделении (ХО).

3.3. Больные, находящиеся в критическом состоянии с нестабильными показателями гемодинамики, минуя ОСМП, направляются в ОРИТ (БИТ ОСМП) или операционную, где на фоне интенсивной терапии проводится комплекс диагностических мероприятий, в том числе экстренная лечебно-диагностическая ФГДС.

3.4. Больные с тяжелыми ЖКК перемещаются по стационару только на каталке.

4. ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ В ОРИТ (ОПЕРБЛОКЕ) ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГРУППЫ «ТЯЖЕЛОЕ ЖКК»

4.1. Обязательные исследования:

- ЭКГ, рентгенография груди (если не выполнены в ОСМП);
- биохимический анализ крови: сахар, мочевины, креатинин крови, общий белок;
- группа крови, резус-фактор;
- ФГДС.

ФГДС при тяжелом язвенном кровотечении (ЯК) должна быть выполнена в экстренном порядке **соответственно тяжести состояния больного в течение 2 ч** после поступления в стационар.

Противопоказанием для проведения лечебно-диагностической ФГДС может быть только терминальное состояние больного.

4.2. Дополнительные исследования (по показаниям):

- тромбоциты, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), фибринолитическая активность плазмы;

- биохимический анализ крови: билирубин, АСТ, АЛТ, калий и натрий;

- парциальное напряжение кислорода (PaO_2), центральное венозное давление (ЦВД).

4.3. Всем больным с тяжелыми ЖКК должна быть определена степень тяжести кровопотери (табл. 1).

4.4 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.

Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (2010 г.)

Раздел В. Эндоскопическое лечение

- Создание в лечебном учреждении протоколов для мультидисциплинарного ведения

пациентов. Протоколы должны включать доступность эндоскописта, обученного проведению эндоскопического гемостаза.

- Наличие медицинского персонала с надлежащей квалификацией, который мог бы в срочном порядке ассистировать при проведении эндоскопии.
- Большинству пациентов с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта рекомендовано раннее проведение эндоскопии (в течение 24 ч).
- Больным с низким риском (с чистым дном язвы или невыступающим окрашенным пятном в ложе язвы) проведение эндоскопического гемостаза не показано.
- При обнаружении кровяного сгустка на дне язвы следует попытаться удалить его с помощью прицельного орошения с соответствующей обработкой повреждения.
- При повторном кровотечении в большинстве случаев рекомендована вторая попытка эндоскопического гемостаза.
- Мнения по поводу роли эндоскопической терапии при наличии язвы с фиксированным кровяным сгустком противоречивы. Эндоскопическая терапия может применяться, хотя может оказаться достаточной и интенсивная монотерапия ИПН.
- Наличие признаков высокого риска (активное кровотечение или видимый сосуд на дне язвы) является показанием для эндоскопического гемостаза.
- Инъекция эпинефрина в качестве монотерапии недостаточно эффективна и должна применяться в комбинации с другими методами.
- Ни один из методов эндоскопической термокоагуляции не имеет преимуществ над другими.
- В лечении пациентов с поражениями высокого риска должны применяться клипирование, термокоагуляция или инъекции склерозантов,

Таблица 1

Клинико-лабораторные критерии для определения тяжести кровопотери при гастродуоденальных кровотечениях

Показатели	Степень кровопотери		
	легкая	средняя	тяжелая
АД, мм рт. ст.	>100	90–100	<90
Частота пульса, уд/мин	<100	<120	>120
Гемоглобин, г/л	>100	80–100	<80
Венозный гематокрит, %	>35	25–35	<25
Удельный вес крови	1,053–1,050	1,050–1,044	<1,044

в форме монотерапии или совместно с инъекцией эпинефрина.

- В плановом порядке проведение повторного эндоскопического исследования не рекомендовано.

5. ПРОТОКОЛ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Особенности выполнения экстренной эндоскопии при ЖКК

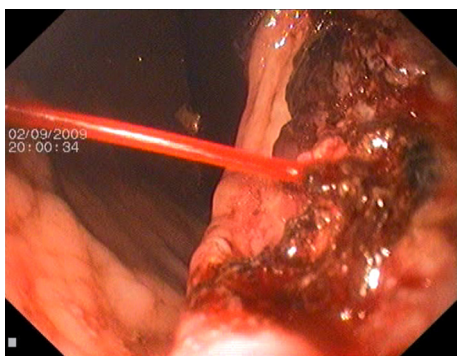
- Большое количество содержимого в просвете ЖКТ.
- Большое количество крови в просвете желудка.

- Тяжелое состояние больного.

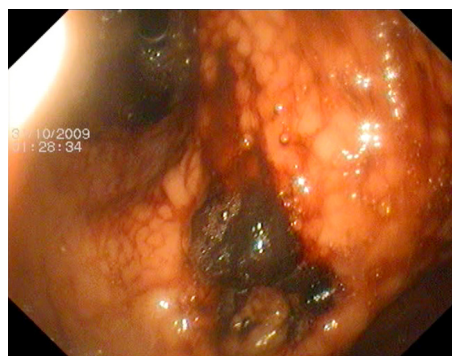
Цель эндоскопии

1. Определить уровень кровотечения (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка).
2. Локализовать источник кровотечения.
3. Определить характер и стадию кровотечения.
4. Оценить возможность эндоскопической остановки.
 - Подтекание свежей крови (артериальной, венозной).
 - Струйное кровотечение.
 - Сгустки (до 2 ч) после кровотечения.
 - «Красный тромб» (2–4 ч).
 - Ретракция тромба (6–12 ч).

Эндоскопические признаки кровотечения



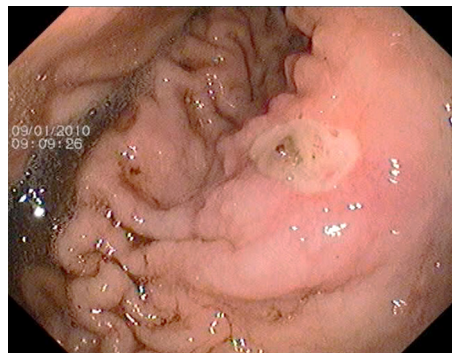
Струйное кровотечение.



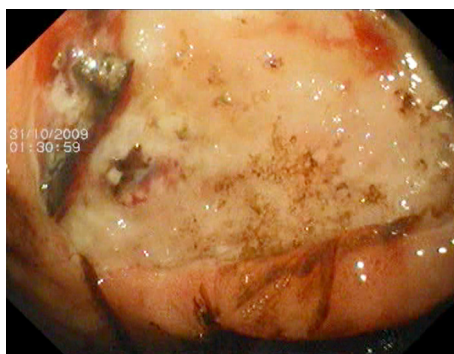
Сгустки (до 2 ч после кровотечения).



«Красный тромб» (2–4 ч).



Тромбированный сосуд (12–24 ч).



Ретракция тромба (6–12 ч).

- «Серый» тромб (12–24 ч).
- Тромбированный сосуд (12–24 ч).
- Наличие имбибиции краев и дна гемосидеринном.

- Внутрстеночная гематома возле субстрата.

Классификация язвенных кровотечений по Forrest (1974 г.)

1a — spurting bleeding (струйное кровотечение).

1b — oozing bleeding (подтекание крови).

2a — visible vessel (видимый сосуд).

2b — fixed clot (фиксированный сгусток).

2c — pigmented (black) spot (пигментированное, черное пятно).

3 — язва без признаков кровотечения.

Способы эндоскопической остановки кровотечения

- Воздействие гемостатическими и сосудосуживающими средствами (раствор адреналина).

- Аргонно-плазменная коагуляция.

- Клипирование сосудов.

- Лигирование.

- Диатермокоагуляция.

- Лазерная коагуляция.

- Криовоздействие.

- Аппликация пленкообразующими препаратами и медицинским клеем.

- Склерозирующая терапия.

- Гемоспрей.

Характер гемостаза при эндоскопии

- Окончательный.

- Временный:

стойкий;

нестойкий.

Ошибки при эндоскопической диагностике кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта

- Методические ошибки:

1) неправильная подготовка больного (в просвете желудка пища, большое количество крови);

2) нарушение методики осмотра (не все отделы осмотрены).

- Диагностические ошибки:

1) неправильная оценка источника кровотечения;

2) неправильная оценка характера кровотечения и вероятность развития его рецидива.

- Тактические ошибки:

1) неправильная оценка возможности эндоскопического воздействия;

2) неправильная оценка характера этого воздействия.

Показаниями к выполнению повторной эндоскопии являются:

- незавершенное первичное эндоскопическое исследование из-за условий, затрудняющих осмотр (проведение лечебной эндоскопии) и требующих промывания желудка. Выполняется сразу после завершения промывания желудка;

- при подозрении по клинико-лабораторным данным на рецидив язвенного кровотечения;

- повторная эндоскопия рекомендуется через 1,5 мес после лечения.

Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (2010 г.)

Раздел С. Фармакотерапия

- В лечении пациентов с острыми язвенными кровотечениями применение антагонистов H_2 -гистаминовых рецепторов не рекомендовано.

- В лечении пациентов с острыми язвенными кровотечениями применение соматостатина и октреотида в плановом порядке не рекомендовано.

- При наличии признаков высокого риска после успешного эндоскопического гемостаза рекомендуется назначить внутривенный болюс с последующей непрерывной инфузией ИПН с целью снижения риска повторного кровотечения и летальности.

- При выписке пациентам следует рекомендовать лечение ежедневными разовыми дозами орального ИПН, продолжительность такого лечения зависит от этиологии заболевания.

Проведенное исследование доказывает необходимость комплексной консервативной терапии после успешного эндоскопического гемостаза. Доказана обоснованность назначения стартовых препаратов в болюсной/инфузионной парентеральной форме с дальнейшим переходом на энтеральные препараты. Данная схема терапии достоверно ведет к снижению риска рецидива кровотечения.

СТАРТ — болюсное введение в дозе 80 мг/30 мин.

ПРОДОЛЖЕНИЕ — непрерывная 3-дневная (72 ч) инфузия 8 мг/ч.

Энтеральная форма — 40 мг в день, 27 дней (нексиум).

Таблица 2

Ориентировочные объемы и соотношение средств ИТТ на этапе коррекции расстройств гемодинамики

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

6. ПРОТОКОЛ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Всем больным, поступившим в ОРИТ: выполняется катетеризация магистральной вены и проводится интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия.

ПРИНЦИПЫ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ (ИТТ)

А. Объем и состав ИТТ зависят от величины кровопотери (табл. 2).

Б. Дефицит ОЦК необходимо восполнять в течение 6 ч на 60–70%, а к исходу 1-х суток — полностью.

В. ИТТ необходимо начинать с кристаллоидных плазмозаменителей. При отсутствии эффекта от ИТТ — 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.

Г. На начальном этапе лечения больных с кровопотерей (при гиповолемии) гемо- и плазмотрансфузия проводится после стабилизации АД и низком ЦВД на фоне ИТ 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.

Д. При ИТТ ЯК с тяжелой степенью кровопотери целесообразно использование перфторана и инфузионных антигипоксантов (мафусол, полиоксифумарин, реамберин и др.).

Е. Критериями адекватности восстановления ОЦК 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% ($PO_2 < 0,3$).

Коррекция коагуляционных расстройств (системная гемостатическая терапия)

А. Базисная системная гемостатическая терапия: этамзилат (дицинон) 12,5% — 2 мл (в/в, в/м) 4 раза в сутки, викасол 1% — 1 мл (в/в, в/м) 2 раза в сутки, хлорид кальция 10% — 10 мл (в/в) 2 раза в сутки.

Б. У всех больных с ЯК повышение АЧТВ более 40 с, МНО более 1,3 и снижение количества тромбоцитов менее 80 000/мл свидетельствует о гипокоагуляции и требует назначения 1–2 доз свежезамороженной плазмы (СЗП) в сутки.

В. Повышение фибринолитической активности плазмы крови выше 20% является показанием к назначению производных апротинина (контрикал — по 50 000 КИЕ в сутки или другие аналоги) и(или) аминокaproновой кислоты 5% — 100 мл — в/в 1–2 раза в сутки.

Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (2010 г.)**Раздел D. Неэндоскопические и нефармакологические подходы к ведению пациентов в условиях стационара**

- Пациентам с низким риском разрешается принимать пищу уже через 24 ч после эндоскопического лечения.
- Большинство больных с признаками высокого риска должны оставаться в стационаре в течение, по крайней мере, 72 ч после проведения эндоскопического гемостаза.
- При неудаче эндоскопического лечения необходима консультация хирурга.
- При неудаче эндоскопического лечения в качестве альтернативы к хирургическому вмешательству следует рассмотреть целесообразность чрескожной эмболизации кровеносных сосудов при наличии такой возможности.
- При наличии кровоточащей пептической язвы пациентов необходимо обследовать на наличие *H. pylori* и при положительном результате обследования — провести лече-

ние, направленное на ликвидацию *H. pylori* с последующим подтверждением.

- При получении отрицательных результатов диагностических тестов на *H. pylori* в условиях острого кровотечения обследование следует повторить.

7. ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА

1. При неэффективности эндоскопического гемостаза, при наличии возможности в лечебном учреждении необходимо в срочном порядке выполнить ангиографию сосудов брюшной полости (чревного ствола и брыжеечных сосудов) для решения вопроса о возможности чрескожной эмболизации кровоточащих сосудов.

2. Показанием к оперативному лечению является:

- продолжающееся кровотечение и невозможность эндоскопического гемостаза по различным причинам (отсутствие технических возможностей, невозможность локализовать источник);

- рецидивирующее кровотечение в стационаре после эндоскопической остановки;

- 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.

3. Основная задача оперативного вмешательства при ЯК состоит в спасении жизни пациента путем выполнения адекватного состоянию больного объема операции, позволяющего устранить источник кровотечения, обеспечить надежный гемостаз и, по возможности, излечить от язвы желудка, двенадцатиперстной кишки или язвы ГЭА.

4. Необходимо отдавать предпочтение органосохраняющим операциям.

5. Операцией выбора при каллезной язве желудка является его резекция.

6. При каллезных язвах двенадцатиперстной кишки с явлениями стеноза возможна ваготомия с дренирующим желудок вмешательствами, альтернативная операция — резекция желудка.

7. При залуковичных язвах двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, следует применять дренирующие желудок операции с прошиванием кровоточащей язвы.

8. Допустимо применение ваготомии с пилоропластикой при кровоточащей дуоденальной язве, сочетающейся с неосложненной язвой желудка.

9. Возможным вмешательством при кровоточащих пептических язвах желудочно-кишечных соустьев следует считать стволовую ваготомию с прошиванием язвы (торакоскопическая наддиафрагмальная ваготомия допустима при состоявшемся кровотечении или после успешной эндоскопической остановки ЯК). В плановом порядке операция должна выполняться с учетом состояния и характера желудочной секреции.

10. Паллиативные вмешательства в виде прошивания или иссечения язвы допустимы у больных, находящихся по разным причинам в крайне тяжелом состоянии.

11. В ходе оперативных вмешательств по поводу рецидивных ЯК и кровотечений с тяжелой степенью кровопотери целесообразно использовать в ИТТ перфторан (3 мл/кг массы тела в условиях ИВЛ при $PO_2 > 0,4$), благоприятно влияющий на кислородтранспортную функцию крови в условиях тканевой гипоксии.

12. После радикальных органосохраняющих операций с прошиванием кровоточащей язвы и паллиативных вмешательств по поводу ЯК показана инфузионная антисекреторная терапия согласно п. 5.5.

13. Учитывая развитие постгеморрагического и послеоперационного иммунодефицита при тяжелой кровопотере и рецидивных ЯК, целесообразно проведение в ходе оперативного вмешательства антибиотикопрофилактики цефалоспорины второго поколения или фторхинолонами+метронидазол.

Консервативное лечение в ХО:

- щадящая диета с 1-х суток;
- инфузионная терапия и коррекция коагуляционных расстройств проводится в соответствии с п. 6;
- антисекреторная терапия: болюсно 80 мг нексиума в/в, далее пероральный прием нексиума по 80–120 мг/сут (эзомепразол, рабепразол — 20 мг/сут) в течение пребывания в стационаре;
- если выявлена инфицированность *H. pylori* цитологическим и(или) уреазным методами, целесообразно начать курс эрадикационной терапии: в дополнение к нексиуму (80 мг/сут) — кларитромицин 500 мг² раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки.

Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (2010 г.)

Раздел Е. Ведение пациентов после выписки из стационара, лечение АСК и НПВС

- При лечении пациентов с язвенным кровотечением в анамнезе, нуждающихся в лечении неспецифическими противовоспалительными средствами (НПВС), следует учитывать, что лечение традиционным НПВС в комбинации с ИПН или монотерапия ингибитором фермента ЦОГ-2 по-прежнему сопровождаются высоким клиническим риском повторного язвенного кровотечения.
- При лечении пациентов с язвенным кровотечением в анамнезе, нуждающихся в лечении НПВС, назначение комбинации ИПН и ингибитора ЦОГ-2 сопровождается более низким риском повторного кровотечения по сравнению с монотерапией ЦОГ-2.
- При лечении острого язвенного кровотечения у пациентов, получавших низкую дозу ацетилса-

лициловой кислоты (АСК), лечение АСК следует возобновить сразу после того, как риск осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы превысит риск кровотечения.

- 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 ИПН.

8. ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

1. После выписки больного из стационара он подлежит динамическому наблюдению у гастроэнтеролога, хирурга.
2. Необходимо продолжать антисекреторную терапию.
3. Контрольная эндоскопия выполняется через 1,5 мес после эндоскопической остановки кровотечения или операции.

Поступили в редакцию 16.05.2012 г.