

Л. Лэйн, Д.М. Дженсен

Ведение пациентов с язвенным кровотечением: практическое руководство Американской коллегии гастроэнтерологов (2012)

В 2012 году Американская коллегия гастроэнтерологов опубликовала практическое руководство, в котором рассматривались многочисленные нюансы диагностики и лечения пациентов с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (КВО ЖКТ), обусловленным язвенным дефектом желудка или двенадцатиперстной кишки. Ниже приведены суммарные рекомендации этого руководства.

Первоначальная оценка и стратификация риска

1. При появлении первых клинических признаков кровотечения следует немедленно оценить гемодинамический статус и, при необходимости, начать реанимационные мероприятия (сильная рекомендация).

2. Переливание крови необходимо продолжать до достижения целевого уровня гемоглобина ≥ 7 г/дл; поддержание более высокого уровня гемоглобина целесообразно у пациентов с клиническими признаками истощения внутрисосудистого объема или наличием сопутствующей патологии (ишемической болезни сердца) (условная рекомендация).

3. Следует оценить степень риска повторного кровотечения для стратификации пациентов на группы с высокой/низкой степенью риска, что позволит принять решение о сроке проведения эндоскопического исследования, времени выписки, уровне оказания медицинской помощи (условная рекомендация).

4. Выписка из отделения реанимации без проведения эндоскопического исследования может быть осуществлена при содержании мочевины крови $< 18,2$ мг/дл, уровне гемоглобина $\geq 13,0$ г/дл для мужчин (12,0 г/дл для женщин) и систолическом давлении ≥ 110 мм рт. ст., частоте пульса < 100 ударов в минуту, а также при отсутствии мелены, обмороков, явлений сердечной недостаточности и патологии печени (условная рекомендация).

Медикаментозная терапия перед проведением эндоскопии

5. Внутривенное (в/в) введение эритромицина (250 мг за 30 мин перед эндоскопией) может быть использовано для улучшения диагностической ценности исследования и снижения необходимости проведения повторной эндоскопии. Введение эритромицина не влияет на клинический исход (условная рекомендация).

6. В/в введение ингибиторов протонной помпы (ИПП) перед эндоскопическим исследованием (болюс 80 мг с последующей инфузией 8 мг/ч) может быть рекомендовано пациентам с высоким риском обнаружения стигм кровотечения во время эндоскопии, а также больным, подвергающимся эндоскопическому лечению. Введение ИПП не влияет на такие клинические исходы, как рецидив кровотечения, хирургическое вмешательство или летальный исход (условная рекомендация).

7. Если эндоскопия должна быть отложена или ее выполнение невозможно, рекомендуется в/в введение ИПП для снижения вероятности повторного кровотечения (условная рекомендация).

Промывание желудка

8. Не рекомендуется проведение назогастрального или орогастрального лаважа у больных с КВО ЖКТ для установления диагноза, определения прогноза,

визуализации язвенного дефекта или терапии (условная рекомендация).

Время проведения эндоскопии

9. Эндоскопическое исследование у пациентов с КВО ЖКТ должно быть проведено в течение 24 ч с момента госпитализации после завершения реанимационных мероприятий по оптимизации гемодинамических параметров и других показателей (условная рекомендация).

10. В неургентном отделении у гемодинамически стабильных пациентов, не имеющих серьезной сопутствующей патологии, эндоскопическое исследование следует провести как можно быстрее для выявления больных с низким эндоскопическим риском, которые могут быть благополучно выписаны (условная рекомендация).

11. Проведение эндоскопического исследования в течение 12 ч у пациентов с высоким клиническим риском (тахикардией, гипотензией, кровавой рвотой, назогастральной аспирацией) можно рассматривать как потенциальное улучшение клинического исхода (условная рекомендация).

Эндоскопическая диагностика

12. Следует фиксировать стигмы продолжающегося кровотечения, так как они прогнозируют вероятность повторного кровотечения и являются критериями эффективности лечения. Стигмы продолжающегося кровотечения в порядке убывания следующие: активное струйное кровотечение, видимый участок некроваватого кровеносного сосуда, активная диффузная кровоточивость, фиксированный тромб, плоские пигментные пятна, чистое дно язвы (сильная рекомендация).

Эндоскопическая терапия

13. Эндоскопическая терапия показана при активном струйном кровотечении, диффузной кровоточивости или при обнаружении видимых участков некроваватых кровеносных сосудов (сильная рекомендация).

14. Эндоскопическое лечение может быть рекомендовано пациентам с фиксированным тромбом, резистентным к интенсивному орошению. Предпочтение следует отдавать больным с клиническими признаками, свидетельствующими о высоком риске повторного кровотечения (пожилой возраст, сопутствующие заболевания, пребывание в стационаре на момент начала кровотечения) (условная рекомендация).

15. Эндоскопическая терапия не проводится при обнаружении чистого дна язвенного дефекта или плоских пигментных пятен (сильная рекомендация).

16. Не рекомендуется использовать инъекции эпинефрина в качестве монотерапии. В случае если применяется эпинефрин, он должен являться компонентом комбинированной терапии (сильная рекомендация).

17. Рекомендуется проведение термотерапии с использованием биполярной электрокоагуляции или инъекции склерозирующего вещества (например, чистого алкоголя), так как она позволяет снизить вероятность рецидива кровотечения, уменьшить потребность в хирургическом вмешательстве и сократить летальность (сильная рекомендация).

18. Рекомендуется наложение клипс, так как клипирование позволяет уменьшить интенсивность дальнейшего кровотечения и потребность в проведении хирургического вмешательства. Между тем сравнение эффективности клипирования с другими видами терапии дает неоднозначные результаты; клипсы, используемые в настоящее время, окончательно не изучены (условная рекомендация).

19. Для достижения инициального гемостаза у пациентов с активным кровотечением из пептической язвы проведение термокоагуляции или применение эпинефрина как компонента комбинированной терапии может быть предпочтительнее, чем наложение клипс или введение склерозирующего вещества (условная рекомендация).

Медикаментозная терапия

20. После успешного эндоскопического гемостаза рекомендуется в/в введение ИПП (болюс 80 мг с последующей длительной инфузией из расчета 8 мг/ч на протяжении 72 ч) больным с активным кровотечением из пептической язвы, при обнаружении видимого участка некроваватого кровеносного сосуда или фиксированного тромба (сильная рекомендация).

21. Больным пептической язвой, у которых выявлены плоские пигментные пятна или чистое дно язвенного дефекта, может быть назначена стандартная терапия ИПП (перорально один раз в сутки) (сильная рекомендация).

Повторная эндоскопия

22. Не рекомендуется выполнение рутинной повторной эндоскопии (вторичное эндоскопическое исследование в течение 24 ч от момента проведения инициальной эндоскопической гемостатической терапии) (условная рекомендация).

23. Повторное эндоскопическое исследование следует выполнить у пациентов с клиническими признаками рецидивирующего кровотечения; гемостатическая терапия должна быть проведена при обнаружении стигм высокого риска развития кровотечения (сильная рекомендация).

24. Если дальнейшее кровотечение развивается после повторного эндоскопического лечения, то, как правило, проводится хирургическое вмешательство или рентгенохирургические исследования с транскатетерной артериальной эмболизацией (условная рекомендация).

Госпитализация

25. Пациенты со стигмами высокого риска (активное кровотечение, видимый участок некроваватого кровеносного

сосуда, тромбы) должны быть госпитализированы на 3 дня при условии отсутствия рецидива кровотечения или других оснований для госпитализации. Сразу после эндоскопии таким больным может быть назначен нулевой стол (условная рекомендация).

26. Пациенты с чистым дном язвенного дефекта могут получать регулярное питание и быть выписаны сразу после проведения эндоскопии при условии, что они гемодинамически стабильны, имеют нормальный уровень гемоглобина, у них нет никаких других медицинских проблем, а за их состоянием в домашних условиях может наблюдать ответственный взрослый (сильная рекомендация).

Длительная профилактика рецидива язвенного кровотечения

27. Пациентам с H. pylori-ассоциированным кровотечением из пептической язвы следует провести антихеликобактерное лечение. После документального подтверждения эффективности эрадикации нет необходимости в поддерживающей антисекреторной терапии при условии, если пациент не должен принимать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) или антиагреганты (сильная рекомендация).

28. У больных с НПВП-ассоциированным кровотечением необходимо тщательно оценить целесообразность дальнейшего приема НПВП и, если это возможно, желательно отказаться от их использования. Больным, которые должны продолжать прием НПВП, рекомендуется назначать ЦОГ-2-селективные НПВП в наименьшей эффективной дозировке на фоне совместного ежедневного приема ИПП (сильная рекомендация).

29. У пациентов с кровотечением, индуцированным приемом малых доз аспирина, следует оценить необходимость последующего его применения. Если аспирин используется для вторичной профилактики (имеется сопутствующая кардиологическая патология), то у большинства больных прием аспирина должен быть возобновлен как можно быстрее после остановки кровотечения: в идеальном случае через 1-3 дня и обязательно через 7 дней. Рекомендуется также длительное ежедневное применение ИПП. Если аспирин используется в качестве первичной профилактики (нет сопутствующей кардиологической патологии), в большинстве случаев не рекомендуется продолжение антиагрегантной терапии (условная рекомендация).

30. У больных с идиопатическим кровотечением (не связанным с инфицированием H. pylori или приемом НПВП) рекомендуется проведение длительной противоязвенной терапии (например, ежедневный прием ИПП) (условная рекомендация).

L. Laine, D. Jensen. Management of Patients With Ulcer Bleeding. ACG Practice guidelines. Am J Gastroenterol 2012; 107: 345-360.

Сокращенный перевод с англ.
Лады Матвеевой