

О.Я. Бабак, д.м.н., профессор, Е.В. Колесникова, к.м.н., ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

# Современная стратегия и тактика ведения пациентов с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта



О.Я. Бабак

**Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) продолжают оставаться сложной клинической проблемой современной гастроэнтерологии. В то же время они представляют собой и экономическое бремя. Так, частота случаев кровотечений из верхних отделов ЖКТ в течение года колеблется от 48 до 160 на 100 тыс. населения. Из них 10-14% случаев заканчиваются фатально. По подсчетам американских экспертов, затраты на госпитализацию пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, не связанными с варикозно-расширенными венами пищевода (ВРВП), с и без осложнений, составляют в среднем 4,5 тыс. долларов при длительности пребывания в стационаре от 2,7 до 4,4 суток [1].**

Некоторые данные свидетельствуют о снижении частоты кровотечений из верхних отделов ЖКТ [2-4], что связано с уменьшением числа осложненных пептических язв. При этом все чаще диагностируются случаи, обусловленные систематическим приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) или низких доз ацетилсалициловой кислоты (АСК).

В последние годы активно изучаются вопросы, связанные с социально-экономическим статусом пациента, его возрастом, наличием сопутствующей патологии и риском возникновения кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка (вплоть до связки Трейтца) – верхние отделы ЖКТ – рассматриваются в качестве источника таких кровотечений, которые приводят к развитию целого ряда клинических симптомов: рвота кровью, кофейной гущей (гематемезис), дегтеобразный кал (мелена).

По данным Celinski K. и соавт., 2008 [5], которые систематизировали наблюдения последних 7 лет, оказалось, что наиболее частой причиной кровотечений из верхних отделов ЖКТ, не связанных с ВРВП, являются пептические язвы. Каждое четвертое кровотечение из верхних отделов ЖКТ возникает вследствие дуоденальной язвы. Далее по частоте встречаемости следуют язвы и эрозии желудка, которые составляют до 15% случаев всех кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Основные причины кровотечений из верхних отделов ЖКТ представлены в таблице 1.

Зачастую источник кровотечения определяет его интенсивность, а своевременная диагностика, позволяющая отнести пациента к той или иной группе риска, делает возможным вовремя начать адекватные терапевтические мероприятия.

Основные принципы курации таких пациентов были сформулированы в 2009 г. группой, состоящей из 34 экспертов из 15 стран, которые модифицировали и расширили существующие рекомендации 2003 г. по ведению пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, не связанными с ВРВП (International Consensus Recommendations (Clinical Guidelines) on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding) [4].

## Как определить интенсивность кровотечения и риск возможного рецидива?

Определение интенсивности кровотечения, его возможного развития и оценка риска рецидива являются определяющими для выбора терапевтического лечения.

Большинство гастроэнтерологов и хирургов легко определяют состояние пациента по типичным признакам кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Однако для более точной оценки состояния пациента рекомендуют использовать прогностическую шкалу Rockall и соавт. [6]. Такой подход позволяет унифицировать и сравнивать результаты различных медицинских учреждений.

Шкала Rockall включает определение возраста пациента, артериального давления (АД), пульса, наличия сопутствующих заболеваний и является простым и надежным способом диагностики, определяющим прогноз «верхнего» кровотечения. Обязательными лабораторными тестами, позволяющими оценить состояние пациента, являются уровень гемоглобина, группа крови с серологической проверкой на

совместимость, показатели коагуляции, проб печени и почек, ЭКГ, концентрация электролитов (K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>), таблица 2.

В случае если состояние пациента соответствует 0-2, нет сопутствующей патологии, признаков неинтенсивного или средней интенсивности кровотечения, то пациент считается стабильным. Риск рецидива кровотечения считается минимальным и соответствует 6%. При этом показатели летальности колеблются в пределах 2%. Пациенты, которые могут быть отнесены к этой группе, подлежат госпитализации в терапевтический стационар с обязательным проведением эндоскопического исследования до 24 ч начиная с момента поступления.

Пациенты, состояние которых по шкале Rockall соответствует 3 и выше, нуждаются в постоянном гемодинамическом и эндоскопическом контроле. Место дальнейшей госпитализации определяется результатами эндоскопии верхних отделов ЖКТ и параметрами гемостаза.

В неотложных ситуациях, когда количество баллов соответствует 8 и выше, риск рецидива кровотечения составляет 40%. Из этих пациентов около 40% умирают [8].

**Таблица 1. Основные причины кровотечений из верхних отделов ЖКТ [5]**

Причина	Частота встречаемости в популяции	
	Среднее значение	Диапазон
Дуоденальная язва	25	12-53
Язва желудка	15,9	9-26
Эрозивный гастрит	15,4	4-41
ВРВП	10,5	1-23
Эзофагиты	7,4	4-13
Синдром Мэллори-Вейса	6,1	1-12
Опухоли	5,2	1-5
Неустановленный источник	8,9	3-22

**Таблица 2. Прогностическая шкала Rockall и соавт., позволяющая оценить тяжесть кровотечения [7]**

	Шкала			
	0	1	2	3
Возраст, годы	<60	60-79	>80	
Шок	Пульс <100 уд/мин	пульс >100 уд/мин	пульс >100 уд/мин	
	АД >100 мм рт. ст.	АД <100 мм рт. ст.	АД <100 мм рт. ст.	
Сопутствующая патология	Отсутствует		Сосудистая недостаточность/ишемическая болезнь сердца	Почечная/печеночная недостаточность Метастатический процесс
Эндоскопические признаки кровотечения	Нет/ симптом «темного» пятна		Кровь/адгезивные сгустки/ пульсирующий кровотокающий сосуд	
Диагноз	Синдром Мэллори-Вейса/ нет патологии	Любой другой	Опухоль верхних отделов ЖКТ	

Поэтому пациенты с интенсивным кровотечением, с частотой пульса более 100 уд/мин, низким АД (<100 мм рт. ст.), в возрасте старше 60 лет, должны находиться в специализированном отделении под наблюдением анестезиолога, гастроэнтеролога и хирурга [6-8].

После проведения инфузионной терапии для восстановления ОЦК и нормализации гемодинамики показано эндоскопическое исследование. Если развивается интенсивное кровотечение, при котором не удается стабилизировать гемодинамический статус пациента, за 30-60 мин перед проведением эндоскопии целесообразно введение

эритромицина в дозе 3 мг/кг. Прокинетиические свойства эритромицина способствуют быстрому освобождению желудка от крови и кровяных сгустков, что позволяет оценить верхние отделы ЖКТ [9-11].

Для более наглядного представления изменений в эндоскопической картине и определения риска повторного кровотечения из верхних отделов ЖКТ, не связанного с ВРВП, рекомендуется использовать классификацию Forrest (табл. 3).

Показаниями к применению эндоскопических методов гемостаза являются: активное, продолжающееся на момент осмотра кровотечение Ia и Ib типов; высокий риск рецидива кровотечения – IIa и IIb типы по Forrest.

Если кровотечение остановлено эндоскопическим способом, врач-эндоскопист определяет степень риска рецидива кровотечения. Следует помнить, что за исключением гемоклипирования, все методы эндоскопического гемостаза не являются достаточно надежными. Поэтому при кровотечениях Ia и Ib типов из глубокой большой язвы, особенно задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки и малой кривизны желудка, эндоскопический гемостаз инъекционным и коагуляционным способами не является надежным. Это связано с возможным высоким риском рецидива кровотечения, что может явиться показанием к срочной операции. Если риск оперативного лечения очень велик, рекомендуется повторная видеоэндоскопия для контроля за признаками возможного рецидива кровотечения 1 раз в сутки в течение 3 дней. Если эти признаки сохраняются, эндоскопический метод лечения может быть повторен [13].

Степень риска рецидива кровотечения также зависит от величины и глубины язвы. Считается, что кровотечение чаще рецидивирует

при диаметре дуоденальной язвы более 0,8 см, а желудочной – более 1,3 см и при глубине дуоденальной язвы свыше 4 мм, а желудочной – свыше 6 мм. Локализация язвы также влияет на вероятность рецидива. Отмечено, что чаще кровотечение рецидивирует при локализации язв на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки и малой кривизне желудка. Среди больных, подвергшихся эндоскопическому исследованию, высокий риск рецидива выявляется у 37% обследуемых. Рецидив кровотечения в 97% случаев развивается в течение 72 ч после первого эпизода [13].

Пациенты с самым низким риском рецидива кровотечения (Ic или III тип по Forrest) не требуют эндоскопического лечения. В данном случае консервативная терапия является наиболее эффективной [14].

## Эндоскопическая терапия

Эндоскопия, проводимая пациентам с кровотечением из верхних отделов ЖКТ, является важной как в диагностическом, так и лечебном аспектах. С ее помощью удается вовремя остановить активное кровотечение, уменьшить частоту рецидивов, хирургических вмешательств, а также число летальных исходов от кровотечений [15-17]. Однако необходимо принимать во внимание и существующие ограничения при проведении эндоскопических процедур. Несмотря на отсутствие четких противопоказаний для упомянутого метода, существуют клинически значимые ситуации, при которых его проведение оказывается недостаточно эффективным. Речь идет о кровотечениях из сосудов большого диаметра, крупных размерах язвенного дефекта («ниши»), случаях, когда источник кровотечения находится на задней стенке пилорического отдела или на передней стенке желудка по малой кривизне.

Согласно Рекомендациям Консенсуса по ведению пациентов с НПВП-гастропатиями 2009 г., всем пациентам с острым кровотечением из верхних отделов ЖКТ необходимо проводить раннее эндоскопическое исследование – в первые 24 ч пребывания пациента в клинике [4].

**Таблица 3. Эндоскопическая классификация тяжести кровотечения по Forrest и риск рецидива кровотечения в зависимости от эндоскопической картины [12]**

Тип	Эндоскопическая картина	Риск рецидива, %
I	активное кровотечение	
Ia	пульсирующей струей	85-100
Ib	необильное	10-27
II	признаки недавнего кровотечения	
IIa	видимый (некровотокающий) сосуд	50
IIb	фиксированный тромб-сгусток	30-35
IIc	красные и темно-красные пятна в области язвенного дефекта	<8
III	язва с чистым (белым) дном	<3



**Рекомендации Консенсуса по ведению пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, не связанными с ВРВП (фармакотерапия), 2009 [4]**

**С. Фармакотерапия**

- С1. Антагонисты H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов не должны использоваться у больных с признаками острого язвенного кровотечения.**  
**С2. Соматостатин и октреотид обычно не целесообразно рекомендовать больным с острой кровоточащей язвой.**  
**С3. Внутривенное болюсное, а затем непрерывное введение ИПП необходимо использовать для уменьшения частоты рецидивов кровотечения и летальности в группах высокого риска, у которых эффективна эндоскопическая терапия.**  
**С4. В дальнейшем пациенты должны получать ежедневно перорально ИПП 1 раз в сутки на протяжении периода, длительность которого продиктована основной этиологической причиной.**

В настоящее время в связи с усовершенствованием эндоскопической техники и разработкой новых методов местного гемостаза эндоскопическая остановка кровотечений заняла ведущее место. Для воздействия на источник кровотечения с целью достижения гемостаза и профилактики рецидива в зависимости от характера кровотечения применяются: коагуляцию током высокой частоты; лазерное излучение; инъекции сосудосуживающих (эпинефрин) и склерозирующих растворов; нанесение пленкообразующих веществ и клея; клипирование сосуда в дне язвы. В последние годы все большую актуальность приобретает эндоскопический гемостаз с использованием аргоно-плазменной коагуляции в комбинации с инъекцией гемостатических растворов, который позволяет в 95% случаев добиться окончательной остановки кровотечения и существенно снизить количество вынужденных операций. Согласно Рекомендациям Консенсуса 2009 г., клипирование и термокоагуляция в сочетании или без инъекции адреналина считаются наиболее эффективными методами эндоскопического гемостаза. Проведение только одной инъекции адреналина является нецелесообразным [4].

**Медикаментозное лечение**

Фармакотерапия кровотечений представляет собой одно из ведущих направлений лечения кровотечений из верхних отделов ЖКТ, главной целью которого является своевременная профилактика риска рецидива кровотечения, что входит в компетенцию врача-гастроэнтеролога. Это достигается путем эффективного сдерживания секреции соляной кислоты в желудке, что создает оптимальные условия для гемостаза. К группе препаратов, позволяющих поддерживать рН внутри желудка в необходимом интервале значений и демонстрирующих высокую клиническую эффективность в зарубежных и отечественных исследованиях, относят ингибиторы протонной помпы (ИПП) [18, 19].

Основные принципы фармакологической коррекции у пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ следующие представлены в таблице 4.

По данным систематических обзоров [20], эффективность группы ИПП в лечении и профилактике острых желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), обусловленных язвенным поражением желудка и двенадцатиперстной кишки, превышает таковую плацебо и группы H<sub>2</sub>-блокаторов.

Преимущества ИПП перед H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторами обусловлены отсутствием способности вызывать тахифилаксию. Это позволяет рассматривать ИПП как препараты с лучшей предсказуемостью эффекта, обеспечивающие более точный контроль рН, чем H<sub>2</sub>-блокаторы [21, 22]. Возможность надежного подавления секреции соляной кислоты является обоснованием применения ИПП для профилактики и лечения острых эрозивно-язвенных повреждений ЖКТ.

В сравнительных исследованиях при применении ИПП продемонстрировано более выраженное повышение уровня внутрижелудочного рН, чем при использовании H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторов [21-24]. В метаанализе Leontiadis G.I. и соавт. (2006), включавшем 24 рандомизированных контролируемых исследования (n=4373), показано, что у пациентов с ЖКК, обусловленными язвенными поражениями ЖКТ, терапия ИПП снижает частоту их рецидива эффективнее плацебо и H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторов [25].

Имеющиеся на сегодняшний день данные достоверно демонстрируют высокую эффективность использования ИПП в достижении рН выше 6 как минимум через 72 ч с момента их назначения. Показано, что ИПП уменьшают показатели летальности, связанные с рецидивом кровотечения на 2-3%

в группе пациентов, имеющих самый высокий риск его возникновения [26, 27]. Кроме того, использование ИПП уменьшает необходимость в переливании крови наряду с сокращением сроков госпитализации и количества хирургических вмешательств [28]. В последние годы внутривенное применение ИПП дало возможность положительно влиять на остановку кровотечения из пептических язв.

В исследованиях *in vitro* показано, что образование кровяного сгустка происходит эффективнее, а его растворение протеолитическими ферментами замедляется в условиях высоких значений рН [29]. Было показано, что пепсин принимает участие в растворении тромбов, находящихся на поверхности кратера язвы, и его активность является рН-зависимой. Кроме того, *in vitro* было выявлено существенное нарушение функции тромбоцитов при низких значениях рН [30]. Не менее важным патофизиологическим фактором в развитии острых язв ЖКТ и кровотечений считается общее время (при 24-часовой рН-метрии), в период которого рН внутри желудка регистрируется на уровне выше 4. Увеличение этого интервала сопровождается снижением частоты случаев повреждения слизистой оболочки ЖКТ и частоты ЖКК.

Группа ИПП представлена препаратами, которые различаются по фармакокинетическим показателям, лекарственным формам, путям метаболизма и спектру взаимодействия с другими лекарственными средствами.

Какие свойства ИПП необходимо учитывать при выборе препарата из этой группы для профилактики и лечения острых эрозивно-язвенных повреждений ЖКТ?

Очевидно, что ИПП должен обладать доказанной способностью повышать уровень внутрижелудочного рН, обеспечивать надежный клинический эффект, иметь благоприятный профиль безопасности и межлекарственных взаимодействий. Важными особенностями препарата, о которых необходимо помнить при выборе ИПП, являются спектр лекарственных форм (для внутривенного, перорального применения или для введения через назогастральный зонд) и фармакокинетические свойства, позволяющие применять его у пациентов с полиорганной дисфункцией (патология печени и почек). К внутривенным формам ИПП, которые зарегистрированы в Украине, относятся омепразол, пантопрозол, эзомепразол. 11.03.2009 г. в Украине только для ИПП Нексиума (эзомепразол) официально зарегистрировано показание: «кратковременное поддержание гемостаза и профилактика развития повторного кровотечения у пациентов после эндоскопического лечения острого кровотечения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки».

Современные исследования были направлены на оценку эффективности адекватных доз ИПП при внутривенном введении пациентам с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ после успешного эндоскопического гемостаза. Однако до недавнего времени оставался дискуссионным вопрос относительно эффективности более низких внутривенных доз или высоких — при пероральном использовании. Тем не менее было показано, что малые дозы ИПП для внутривенного

применения или высокие ИПП для перорального приема (эквивалентные 4-кратной суточной дозе ИПП) также являются эффективными, особенно у представителей монголоидной расы, и могут использоваться тогда, когда терапия высокими дозами внутривенных ИПП не проводится [28, 31].

Результаты закончившегося в 2009 г. многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования с участием 91 центра, в котором участвовали центры из 16 стран мира, под руководством Sung Joseph J.Y. продемонстрировали высокую эффективность Нексиума (эзомепразола) в профилактике повторных язвенных кровотечений [32].

Было показано, что внутривенная инфузия эзомепразола 80 мг (болюсно) с последующим внутривенным введением в дозе 8 мг/ч в течение 71,5 ч значительно снижает частоту повторных кровотечений в первые 3 сут (5,9% против 10,3% в группе плацебо). При этом сохранялась достоверная разница к 7-му и 30-му дням (p=0,010). Дополнительно было отмечено значительное уменьшение необходимости проведения повторного эндоскопического лечения пациентов с язвенным кровотечением в группе эзомепразола — 6,4% против 11,6% плацебо. Внутривенное введение эзомепразола характеризовалось хорошей переносимостью, сходной с плацебо, местные побочные реакции наблюдались у <5% пациентов.

Результаты представленного исследования были положены в основу Рекомендаций Консенсуса 2009 г. Всем пациентам с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ после успешно проведенного эндоскопического гемостаза целесообразно назначение высоких доз ИПП внутривенно в течение 3 дней. Считается, что этот способ терапии наиболее эффективный и наименее затратный [4]. Применение адекватных доз эзомепразола внутривенно является доминирующей стратегией в лечении кровотечений из верхних отделов ЖКТ.

Важно отметить, что исследования в «особых» популяциях показали хорошую переносимость Нексиума (эзомепразола). Речь идет о том, что не возникает необходимости в коррекции дозы препарата у пожилых людей, у пациентов с нарушенной функцией почек, у больных с легкими и умеренными нарушениями функции печени (класс А, В по Child-Pugh), а в случае выраженных нарушений (класс С по Child-Pugh) доза 20 мг/сут может использоваться как поддерживающая. Эти обстоятельства крайне важно учитывать в условиях нарушения гомеостаза, которые формируются на фоне кровотечений [33].

**НПВП-гастропатии**

Среди побочных эффектов при лечении НПВП прогностически наиболее опасными являются кровотечения из верхних отделов ЖКТ, причем относительный риск возникновения кровотечений различен для каждого из НПВП (табл. 5) [34].

**Таблица 5. Риск развития кровотечений, ассоциированных с НПВП-гастропатией**

Причина	Частота встречаемости в популяции	
	Среднее значение	Диапазон
Ибупрофен	2,1	0,6-7,1
Диклофенак	2,7	1,5-4,8
Кетопрофен	3,2	0,9-11,9
Напроксен	4,3	1,6-11,2
Нимесулид	4,4	2,5-7,7
Индометацин	5,5	1,6-18,9
Пироксикам	9,5	6,5-13,8
Кеторолака трометамин	24,7	9,6-63,5

**Таблица 6. Рекомендации Консенсуса по ведению пациентов с НПВП-гастропатиями, 2009 [4]**

**Е. НПВП-гастропатии**

- Е1. У пациентов, имеющих в анамнезе язвенное кровотечение, наряду с неселективными НПВП необходимо применять ИПП, а прием ингибиторов ЦОГ-2 контролировать с помощью тщательной оценки риска возможного кровотечения.**  
**Е2. У пациентов, имеющих в анамнезе язвенное кровотечение, предпочтение следует отдавать назначению ингибиторов ЦОГ-2 в комбинации с ИПП для снижения риска рецидива кровотечения.**  
**Е3. У пациентов с признаками острого кровотечения, которым показан прием низких доз АСК, антитромбоцитарная терапия должна быть возобновлена только тогда, когда риск сердечно-сосудистых событий превысит риск развития кровотечения.**  
**Е4. У пациентов с кровотечениями в анамнезе, которые нуждаются в профилактике кардиоваскулярных заболеваний, монотерапия клопидогрелом увеличивает риск развития рецидива кровотечения в сравнении с комбинацией АСК + ИПП.**

В среднем кровотечении из верхних отделов ЖКТ при применении НПВП регистрируются в 1-5% случаев, а летальность больных, госпитализированных по поводу ЖКК, вызванных приемом НПВП, составляет 5-10%. К факторам, повышающим риск возникновения осложнений, обусловленных НПВП, относят: наличие в анамнезе гастродуоденальных язв или кровотечений; возраст 65 лет и старше; длительный прием высоких доз НПВП; одновременный прием кортикостероидов или антикоагулянтов, а также тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени, сахарный диабет. Возможно, что наследственные нарушения активности изоформы CYP2C9 цитохрома P450 также могут рассматриваться в качестве фактора риска развития серьезных нежелательных явлений у пациентов, принимающих НПВП [1, 34].

Тщательный учет показаний и противопоказаний к назначению НПВП позволяет предупредить развитие НПВП-гастропатии и ее осложнений. Кроме того, этому способствует профилактическое применение антисекреторных препаратов [28]. ИПП являются препаратами выбора в лечении язв, вызванных приемом НПВП. Для профилактики развития поврежденных ЖКТ прием ИПП рекомендуется пациентам, длительно принимающим НПВП и имеющим факторы риска, способные привести к массивным и рецидивирующим кровотечениям.

Тактика ведения пациентов с НПВП-гастропатиями представлена в таблице 6.

В исследованиях [33, 35, 36] показан низкий уровень взаимодействия эзомепразола с препаратами различных групп, что выгодно отличает его от других ИПП. Нексиум (эзомепразол) — первый ИПП, созданный как мономер, обладает рядом преимуществ метаболизма (биотрансформации), которые приводят к повышению биодоступности и более устойчивой фармакокинетики по сравнению с омепразолом и в результате — к лучшей доставке действующего вещества к протонной помпе. Это свойство препарата позволяет надежно и стабильно контролировать кислотную продукцию. Это особенно важно для пациентов, которые нуждаются в длительном, системном использовании препаратов, таких как НПВП. При этом эзомепразол не увеличивает возможные риски для пациентов с язвенными кровотечениями.

В 2006 г. Lai K.C. и соавт. опубликовали результаты проспективного рандомизированного контролируемого исследования, в котором изучалась эффективность комбинации АСК 100 мг/сут и эзомепразола 20 мг/сут и терапии клопидогрелом у пациентов, имеющих в анамнезе язвенное кровотечение. В течение 52 недель наблюдения в группе эзомепразола не было отмечено ни одного случая рецидива язвенного осложнения (0%), в сравнении с группой клопидогрела, в которой в 13,6% случаев регистрировался рецидив. Это позволило сделать вывод о том, что комбинация эзомепразола и АСК является более эффективной в предотвращении рецидива осложнений язвы у пациентов с анамнезом кровотечения из пептической язвы, связанной с приемом АСК [37].

Таким образом, Нексиум (эзомепразол), благодаря эффективному контролю кислотности, является препаратом выбора для лечения пациентов с кровотечением из верхних отделов ЖКТ, а также для профилактики повторных кровотечений. Нексиум имеет достаточную доказательную базу, характеризующую его как эффективный безопасный препарат с хорошей переносимостью, который имеет, кроме таблетированной, лекарственную форму для парентерального введения (внутривенных инъекций и инфузий) и обладает низким потенциалом взаимодействия с другими лекарственными средствами.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что эффективность терапевтической стратегии при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ зависит от ранней стратификации риска в каждом конкретном случае, своевременно проведенного эндоскопического исследования, квалификации медицинского персонала, сотрудничества гастроэнтеролога, хирурга и анестезиолога, а также адекватно проведенной фармакотерапии.

Список литературы находится в редакции.

