

Одобен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «29» марта 2019 года
Протокол №60

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
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

1.2. Дата разработки/пересмотра протокола: 2014 год (пересмотр 2018 г.)

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

Нв	–	гемоглобин
Нт	–	гематокрит
ГШ	–	геморрагический шок
ДВС	–	диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДПК	–	двенадцатиперстная кишка
ИПП	–	ингибиторы протонной помпы
ИТТ	–	инфузионно-трансфузионная терапия
ЛС	–	лекарственные средства
МНО	–	международное нормализованное отношение
НПВП	—	нестероидные противовоспалительные препараты
ОЦК	—	объем циркулирующей крови

ПТИ	–	протромбиновый индекс
СтВ	–	стволовая ваготомия
УД	–	уровень доказательности
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ЦВД	–	центральное венозное давление
ЧД	–	частота дыхания
ЭКГ	–	электрокардиография
ЭФГДС	–	эзофагогастродуоденоскопия
ЭГ	–	эндоскопический гемостаз
ЦПК	–	центр переливания крови
ЯБ	–	язвенная болезнь

1.4 Пользователи протокола: хирурги, анестезиологи-реаниматологи, врачи функциональной диагностики (эндоскописты).

1.5 Категория пациентов: взрослые.

1.6 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 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 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 популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7 Определение [13]:

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, перивисцерит.

1.8 Классификация:

Клиническая классификация гастродуоденального кровотечения:

I. По локализации:

- из язвы желудка;
- из язвы ДПК.

II. По характеру:

- продолжающееся;
- профузное (струйное, ламинарное);
- капиллярное;
- рецидивирующее;
- нестабильный гемостаз.

III. По степени тяжести кровопотери:

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

С целью уточнения состояния гемостаза используется следующая классификация:

Продолжающееся кровотечение:

- F Ia – продолжающееся струйное кровотечение;
- F Ib - продолжающееся капиллярное в виде диффузного просачивания крови;

Остановившееся кровотечение с нестабильным гемостазом:

- FIIa - видимый крупный тромбированный сосуд (рыхлый сгусток крови);
- FIIb - плотно фиксированный тромб-сгусток в язвенном кратере;
- FIIc - мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен;

Отсутствие признаков кровотечения:

- FIII - отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере.

Клиническая классификация геморрагического шока (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 ртст, 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.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

2.1 Диагностические критерии:

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:

- 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 перенесенная операция-ушивание прободной язвы;
- наличие факторов, провоцировавших кровотечение (прием лекарственных препаратов (НПВП и тромболитики), алкоголь, стресс).

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).

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 и по клиническим данным (Приложение 1).

Инструментальные исследования [12 - 14] (УД-А):

- ЭФГДС:
 - 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:

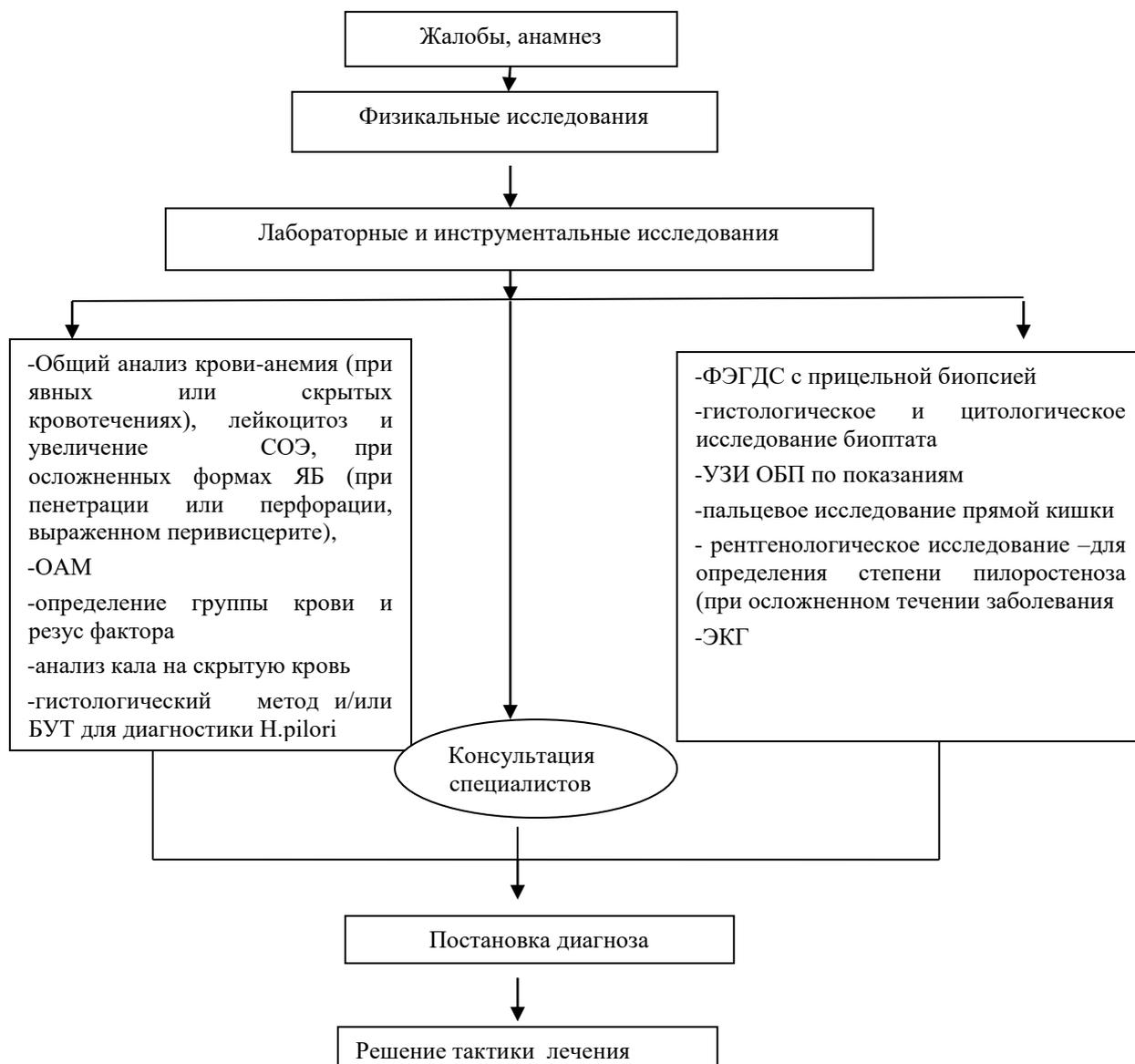
- наличие свежей крови или сгустков в просвете желудка и ДПК;
- наличие пульсирующего сосуда в ране с красным или желто-коричневым тромбом;

- 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.

Показания для консультации 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;

2.2 Диагностический алгоритм:



2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
---------	--	--------------	------------------------------

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	ОАК, ФЭГДС гистологическое исследования биоптатов	На ФЭГДС- Множественность дефектов различного размера
Геморрагический гастрит	Чаще после длительного употребления лекарственных средств, алкоголя, на фоне сепсиса, ОПН и ХПН	ОАК, ФЭГДС гистологическое исследования биоптатов	На ФЭГДС-Язвенного дефекта нет. Отек слизистой, гиперемия, обильная слизь
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	ОАК, ФЭГДС гистологическое исследования биоптатов	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	ОАК, ФЭГДС гистологическое исследования биоптатов	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	ОАК, ФЭГДС гистологическое исследования биоптатов	Наличие язвенного дефекта слизистой больших размеров, подрывными краями, контактно кровоточит, признаки атрофии слизистой

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ: нет.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для экстренной госпитализации: Клинические признаки гастродуоденального кровотечения.

4.2 Показания для плановой госпитализации: состоявшееся кровотечение

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [1,4,5]:

5.1 Немедикаментозное лечение:

- Диета: №1а, №1б, и №1 продолжительностью 10—12 дней каждый в период обострения.

5.2 Медикаментозное лечение:

ИТТ при легкой степени кровопотери:

Кровопотеря 10-15% ОЦК (500-700 мл): внутривенное переливание кристаллоидов (солевые растворы, натрия хлорида 0,9%, 5% декстрозы 400,0 +4 ед инсулина) 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 (солевые растворы, натрия хлорида 0,9%, 5% декстрозы 400,0 + 4 ед инсулина) и коллоидов (сукцинированный желатин, раствор декстрана, 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 [9, 14,](УД-А):

При кровопотере 30-40% ОЦК (1500-2000 мл): в/в кристаллоидов (солевые растворы, натрия хлорида 0,9%, 5% декстрозы 400,0 + 4 ед инсулина) и коллоидов (сукцинированный желатин, раствор декстрана, комплекс аминокислот для парентерального питания) в соотношении 3:1 с общим объемом 300% от объема кровопотери (3-6 литров). Показана гемоконцентратная терапия: эритроцитарная масса 20%, СЗП 30% от перелитого объема, тромбоконцентрат при уровне содержания тромбоцитов 50×10^9 и ниже, предварительно заказать в ЦПК, 5-10% раствор альбумина;

Критическим уровнем показателей Нв 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:

- 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.
- Белковые препараты - альбумин, при необходимости 5-10% 100-200мл, через день .

Противоязвенная терапия (УД-В):

- ИПП+кларитромицин 500 мгх2 раза в сутки и второй антибиотик-амоксциллин 1000 мгх2 раза в сутки, метронидазол 500 мгх2 раза в сутки или левофлосацин. 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 2 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 [4, 5, 12] (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 5-7 суток

Обезболивающие препараты после операции, по необходимости:

- Тримеперидин 2% по 1 мл первые сутки после операции
- Трамадол 100 мг 2 мл через 12 часов
- Промедол 1% 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;
- Прозерин 0,05% по схеме, 1-2 раза в день со вторых суток;
- Перидуральная блокада - при неэффективности медикаментозного лечения, выраженном парезе кишечника, после продолжительной операции
- Неостигмин 0,5 мг 1 мл 1-2 раза в сутки (по показаниям);

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Регидратирующее средство	Натрия хлорид 0,9%	Внутривенно, капельно	В
1. Средство для энтерального и парентерального питания 2. Заменители плазмы и других компонентов крови	Декстроза 5%, 10%	Внутривенно, капельно	В
1. Детоксицирующее средства, включая антидоты 2. Заменители плазмы и других компонентов крови	Декстран 500,0 мл	Внутривенно, капельно	В
Ингибиторы протонного	Омепразол 20 мг и	Внутрь или	А

насоса	40 мг,	внутривенно	
Ингибиторы протонного насоса	Пантопразол 40 мг	внутри	A
Ингибиторы протонного насоса	Лансопразол 30мг	внутри	A
1. Адрено- и симпатомиметики (альфа-, бета) 2. Гипертензивные средства	Эпинефрин 0,3-1 мл	внутримышечно	B
Опиоидные наркотические анальгетики	Промедол 1-2%- 1,0 мл	внутримышечно	B
Опиоидные наркотические анальгетики	Трамадол 100 мг/2 мл	внутримышечно	B
Антибиотик группы макролидов	Эритромицин 250 мг	Внутри, 3 раза в день	B
Цефалоспорины	Цефазолин 2 г	в/венно за 30 минут до операции	A
Гликопептиды	Ванкомицин 25 мг/кг	в/венно за 60 минут до операции	A
Прокинетики	Метоклопрамид 5 - 10 мг/2 мл	Внутримышечно, внутривенно	B
Макролиды и азалиды	Кларитромицин 500 мг	внутри	A
Синтетические антибактериальные средства	Метронидазол 500 мг	внутри	A
Пенициллины	Амоксициклин 1000 мг	внутри	A
Перечень дополнительных лекарственных средств			
Средство для парентерального питания	Жировая эмульсия 20%-100 мл	Внутривенно	B
Опиоидные наркотические анальгетики	Морфин гидрохлорид 1%- 1,0 мл	внутримышечно	B
Опиоидные наркотические анальгетики	Тримеперидин 2%- 1,0 мл	внутримышечно	A
НПВС- Оксикамы	Лорноксикам 8 мг	Внутривенно	C
НПВС-пирозолоны	Метамизол натрия 50% 2 мл	Внутривенно	C
1. Стимуляторы моторики ЖКТ 2. Холиномиметик	Неостигмин (прозерин 0,05%) 0,5 мг 1 мл	Внутримышечно	B
Тетрациклины	Тетрациклин 0,5 г	внутри	A
Гастропротекторы	Висмут трикалия дицитрат	внутри	A

4.3 Хирургическое вмешательство.

Хирургическое вмешательство по абсолютным показаниям

Показания к неотложному хирургическому вмешательству:

В экстренном порядке:

- продолжающееся струйное кровотечение (F Ia)
- геморрагический шок;
- диффузное кровотечение (F Ib) 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;

4.3.1 Миниинвазивные методы гемостаза (ЭГ), оказываемые на стационарном уровне.

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.*

Эндоскопический гемостаз методы [9,10](УД-А):

- орошение;
- инъекционный гемостаз (0,0001% раствор эпинефрина и NaCl 0,9%, [9](УД-А).);
- диатермокоагуляция;
- применение термо-зонда [9](УД-А);
- клипирование сосуда [9](УД-С);
- аргон-плазменная коагуляция [10](УД-А);
- комбинированные методы [10](УД-А).;
- Комбинированная терапия: эпинефрин и hemoclips может привести к сокращению рецидива кровотечения и потенциальное снижение смертности [8,9] (УД-А).
- Перед проведением ЭГ необходимо болюсное введение ИПП 80 мг и после процедуры - инфузия 8 мг/час [9] (УД - С)
Пациенты, получающие НВП и тромболитики, им необходимо продолжить антисекреторную терапию с ИПП [9](УД-А):

4.3.2 Традиционные методы хирургического вмешательства:

I. Органосохраняющие операции с ваготомией:

-Пилородуоденотомия с иссечением или прошиванием кровоточащей язвы + СтВ;

Показания: Кровотечение из дуоденальной язвы;

Противопоказания: сочетание дуоденальной и желудочной язвы.

-Экстрадуоденизация (выведение язвенного кратера из просвета кишки) + СтВ и пилоропластика;

Показания: Пенетрация дуоденальной язвы в поджелудочную железу;

Противопоказания: язва ДПК диаметром более 2-х см;

- Антрумэктомия, с гастродуоденоанастомозом + СтВ;

Показания: Хроническая язва ДПК диаметром до 2-х см;

Противопоказания: стеноз ДПК

-Резекция по Бильрот II, с прошиванием и выключением язвы;

Показания «Низкосидящие» язвы ДПК,

Противопоказания: тяжелое, продолжающееся кровотечение;

II. Радикальные операции при язвенной болезни ДПК и желудка:

Резекция желудка по Бильрот I, Бильрот II;

Показания:

-При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке, при каллезной язве ДПК, диаметром более 2-х см;

-При сочетанной локализации желудочной и язвы ДПК;

-При больших и гигантских язвах с сочетанием нескольких осложнений одновременно.

Противопоказания: сочетание язвенной болезни с тяжелым соматическим заболеванием (ОКС, ОИМ, ОНМК).

III. Показания к паллиативным операциям, гастротомия и дуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы:

- тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации;

5.4 Дальнейшее ведение [13,15] (УД-А):

- Наблюдение у хирурга поликлиники: 3 мес, далее передать к гастроэнтерологам.
- ЭФГДС через 1-3 месяца после операции.

5.5 Индикаторы эффективности лечения:

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

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Амантаева Каракоз Кариевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Хирургические болезни №2» АО «Национальный медицинский университет».

- 2) Ибадильдин Амангельды Сейтказиевич – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой «Хирургические болезни №2» АО «Национальный медицинский университет».
- 3) Медеубеков Улугбек Шалхарович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель председателя правления АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».
- 4) Абдрашев Ерлан Байтуреевич – заведующий отделением эндоскопии АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».
- 5) Калиева Мира Маратовна – кандидат медицинских наук, доцент, клинический фармаколог АО «Национальный медицинский университет».

6.2. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3. Список рецензентов:

- 1) Тургунов Ермек Мейрамович – доктор медицинских наук, профессор, хирург высшей категории, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 НАО «Медицинский университет Караганды».
- 2) Нартайлаков Мажит Ахметович – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заведующий кафедрой общей хирургии «Башкирский государственный медицинский университет», г.Уфа.

6.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

1. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕД пресс-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., Катков В.К., Афанасенко В.П. Кровотокающая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе //Хирургия. – 1999. - 6. – С. 23-24;
4. В.С.Савельев, А.И. Кириенко. Клиническая хирургия: Национальное руководство М.; Издательство «Геотар-Медиа». 2009-832с.
5. А.С.Ибадильдин. Хирургические болезни. Алматы, 2013.Т 2.
6. Эксперты Медицинского центра Питтсбургского Университета (UPMC);
7. Панцирев Ю.М. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю.М. Панцирев, А.И. Михлеев, Е.Д. Федоров, Е.А. Кузеев //Хирургия. 2000. - №3. - С. 21-25;
8. 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
9. 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.

10. Endoclips vs large or small-volume epinephrine in peptic ulcer recurrent bleeding
Author(s): Ljubicic, N (Ljubicic, Neven); Budimir, I (Budimir, Ivan); Biscanin, A (Biscanin, Alen); Nikolic, M (Nikolic, Marko); Supanc, V (Supanc, Vladimir);

11. Hrabar, D (Hrabar, Davor)¹; Pavic, T (Pavic, Tajana) World journal of gastroenterology Volume: 18 Issue: 18 Pages: 2219-2224. Published: MAY 14 2012

12. 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

13. Acute upper gastrointestinal bleeding: management Issued: June 2012 NICE clinical guideline 141 guidance.nice.org.uk/cg141

14. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding Ann Int Med 2010; 152 (2):101-113

Приложение 1

Определение степени кровопотери и дефицит ГО: в экстренной ситуации достаточно использовать наиболее доступные методы определения: классификация Горбашко А.И. (1982) [4,9]

Показатели	Легкая	Средняя	Тяжелая
Эритроциты	>3,5x10 ¹² /л	3,5-2,5x10 ¹² /л	<2,5x10 ¹² /л
Гемоглобин (Hb)	>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 - 0,80,9, 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
0,8и 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
1,5и 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

Приложение 2

«Желудочно-кишечное кровотечение»

*Консультация терапевта (гастроэнтеролога)
*Следовать принятому трансфузионному протоколу
*Начать в/в введение ИПП
*Голод
*Эндоскопия не позже 2-4 часов (при сопутствующей патологии не позже 6-12 часов)
*Биопсия (H.pilori, с-г)

