

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

**КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С КУРСОМ ОПЕРАТИВНОЙ
ХИРУРГИИ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
им. И.К.АХУНБАЕВА**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Клиническое руководство

БИШКЕК - 2011

Клиническое руководство по диагностике и лечению кровотечений из верхнего отдела ЖКТ у взрослых на первичном и вторичном уровнях здравоохранения КР принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 615 от 07.12.2011.

Клиническая проблема:

Кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Цель руководства: Улучшение качества оказания медицинской помощи при кровотечениях из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у лиц старше 15-ти лет на основе внедрения в клиническую практику современных методов диагностики и лечения, основанных на принципах доказательной медицины.

Этапы помощи:

Первичный, вторичный и третичный уровни оказания медицинской помощи.

Клиническое руководство предназначено для врачей семейной медицины, скорой медицинской помощи, общих хирургов всех звеньев оказания медицинской помощи, гастроэнтерологов, эндоскопистов, студентов и клинических ординаторов.

Дата создания:

Данное клиническое руководство было создано в 2010-2011 году.

Планируемая дата обновления:

Проведение следующего пересмотра планируется в январе 2016 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих изданиях.

Любые комментарии и пожелания по содержанию руководства приветствуются.

Адрес для переписки с рабочей группой:

Кыргызская Республика, 720044, г. Бишкек,
Национальный хирургический центр,
ул. И.Абдраимова, д. 25,
Сопуев А.А.
тел. 54-09-24; факс. 48-30-33,
E-mail: sopuev@gmail.ru

Издан в рамках реализации Национальной программы по реформированию системы здравоохранения «Манас Таалими» за счет средств SWAp.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Состав рабочей группы по созданию клинического руководства	--	4
2.	Основные термины и понятия	--	6
3.	Актуальность	--	7
4.	Классификация желудочно-кишечных кровотечений	--	7
5.	Клинические проявления кровотечений в верхние отделы ЖКТ	--	9
6.	Диагностика	--	10
7.	Оценка риска		14
8.	Эндоскопическое исследование	--	18
9.	Лечение	--	22
9.1.	Первичный уровень оказания медицинской помощи	--	22
9.2.	Вторичный уровень оказания медицинской помощи	--	22
9.2.1.	Протоколы лечебной тактики при тяжелых язвенных кровотечениях в условиях ОРИТ	--	23
9.2.2.	Ранняя фармакотерапия. Неварикозные кровотечения	--	24
9.2.3.	Протокол лечения варикозных кровотечений	--	26
9.2.4.	Профилактика кровотечения	--	28
10.	Оперативные вмешательства при острых язвенных кровотечениях	--	30
11.	Алгоритмы диагностики и лечения ЖКК из верхних отделов ЖКТ	--	36
11.1.	Протокол диагностики для первичного уровня оказания медицинской помощи при ЖКК из верхних отделов ЖКТ	--	36
11.2.	Протокол диагностики для вторичного уровня оказания медицинской помощи	--	37
11.3.	Протокол лечения для первичного уровня оказания медицинской помощи	--	38
11.4.	Протокол лечения для вторичного уровня оказания медицинской помощи	--	38
11.5.	Алгоритм действия при неварикозных кровотечениях из верхнего отдела ЖКТ	--	40
11.6.	Алгоритм ведения пациентов с острым варикозным кровотечением		39
11.7.	Алгоритм по предотвращению повторного варикозного кровотечения		41
	Приложение 1. Нормальные показатели крови	--	42
	Приложение 2. Методология разработки руководства	--	42
	Приложение 3. Индикаторы внедрения руководства		49
	Список литературы	--	50

1. Состав рабочей группы по созданию клинического руководства

Для создания клинического руководства по кровотечениям из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта была создана междисциплинарная группа разработчиков. Это было обусловлено следующими причинами:

1. Кровотечение – состояние, к диагностике, профилактике и лечению которого привлекаются специалисты различных звеньев и отраслей медицины, в первую очередь врачи семейной медицины и общие хирурги;

2. Создание междисциплинарной группы позволило включить в процесс разработки рекомендаций все заинтересованные стороны и рассмотреть проблему с разных точек зрения;

3. Создание междисциплинарной группы позволило исключить личную заинтересованность разработчиков, что значительно снизило риск возникновения систематической ошибки;

4. Заинтересованные стороны будут рассматривать руководство как заслуживающее доверия, что значительно повышает шансы на успешное внедрение.

В состав междисциплинарной группы вошли следующие группы исполнителей, включая руководителей проекта, врачей различных специальностей, экспертов по созданию клинических практических рекомендаций, группу технической поддержки.

Руководители рабочей группы

Ф.И.О.	Должность
Сопуев А.А.	д.м.н., профессор, заместитель директора НХЦ по научной работе
Эгенбаев Р.Т.	к.м.н., с.н.с., заведующий научно-организационным отделом НХЦ

Ответственные исполнители

Ф.И.О.	Должность
Алыбаев Э.У.	д.м.н., заведующий отделением хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки НХЦ, профессор кафедры госпитальной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева;
Калжикеев А.М.	к.м.н., заведующий отделением хирургии кишечника НХЦ, доцент кафедры госпитальной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева;
Кудайбердиев А.Т.	научный консультант по эндоскопическим исследованиям диагностического отделения НХЦ.

Медицинские рецензенты внутренние

Ф.И.О.	Должность
Безов Б.Т.	д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии КРСУ

Медицинские рецензенты внешние

Ф.И.О.	Должность
Лукас Вайленманн	врач общей практики и консультант по неотложной медицинской помощи, учебно-тренировочный центр неотложной помощи, КГМИП и ПК
Бартон Смит	Специалист по семейной медицине, заместитель директора проекта по качественному здравоохранению ЮСАИД
Камбаралиева Б.	клинический фармаколог, консультант по рациональному использованию лекарственных средств, проект «Сити Хоуп Интернешнл»
Тургунбаев М.	координатор программ по доказательной медицине проекта «Качественное здравоохранение», ЮСАИД

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данного клинического руководства все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики, лечения и профилактики ЖКК у взрослых.

В процессе апробации и рецензирования клинического руководства были получены комментарии и рекомендации, которые были учтены при его доработке.

После апробирования и получения комментариев, рецензий данное клиническое руководство было утверждено Экспертным советом по оценке качества Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Председатель Экспертного совета МЗ КР по оценке качества клинических руководств и протоколов - Сагынбаева Д.З., начальник УОМП МЗ КР, к.м.н..

Ответственный руководитель процесса разработки клинических руководств и протоколов - Китарова Г.С., директор РЦРЗиИТ, д.м.н.

Ответственный эксперт-методолог разработки и оценки качества клинических руководств и протоколов - Барыктабасова Б.К., консультант отдела доказательной медицины РЦРЗиИТ, к.м.н.

Секретарь Экспертного совета МЗ КР по оценке качества клинических руководств и протоколов – Каракеева Г.Ж., консультант отдела доказательной медицины РЦРЗиИТ.

2. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ

НЬ	- гемоглобин;
Нт	- гематокрит;
Тг	- тромбоциты;
АД	- артериальное давление;
ВРВПиЖ	- варикозно-расширенные вены пищевода и желудка;
ГДК	- гастродуоденальное кровотечение;
Гематемезис	- рвота с кровью;
Гематохезия	- выделение с калом алой крови;
Гемостаз	- остановка кровотечения;
Гемотрансфузия	- переливание одногруппной крови;
ГО	- глобулярный объем;
ДСРА	- дистальный спленоренальный анастомоз;
ЖКК	- желудочно-кишечное кровотечение;
ЖКТ	- желудочно-кишечный тракт;
ИПП	- ингибиторы протонной помпы;
Клипирование	- эндоскопическая остановка кровотечения клипсами;
Коагулопатия	- нарушение свертываемости крови;
Криопреципитат	- замороженная плазма;
Кровавая рвота	- рвота алой (гематемезис) или измененной кровью («кофейной гущей») кровотечение из источника проксимальнее связки Трейтца;
Кровянистые испражнения	- выделение каловых масс ярко-красного или каштанового цвета (гематохезия) обычно указывает на кровотечение ниже связки Трейтца, но может быть и следствием быстрого кровотечения из верхних отделов ЖКТ (> 1000 мл);
Лигирование	- перевязывание сосуда;
Мелена	- измененная (черная, дегтеобразная) кровь, выделяющаяся из прямой кишки (> 100 мл крови за одну дефекацию);
ООб	- областная объединенная больница;
Ооп	- ортотопическая пересадка печени
ОЦК	- объем циркулирующей крови;
ОЦП	- объем циркулирующей плазмы;
СПВ	- селективная проксимальная ваготомия;
ТБ	- территориальная больница;
ТВПШ (TIPS)	- трансюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование;
Термокоагуляция	- остановка кровотечения электрокоагулятором;
ФГДС	- фиброгастродуоденоскопия;
ЦВД	- центральное венозное давление;
ЦСМ	- центр семейной медицины;
ЭЛ	- эндоскопическое лигирование;
Эмболизация сосуда	- закупорка просвета сосуда специальными составами с целью остановки кровотечения;
ЭСК	- эндоскопические стигматы кровотечения;
ЭС	- эндоскопическая склеротерапия;
RUGBE	- Registry in Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy.

3. АКТУАЛЬНОСТЬ

Кровотечение из пищеварительного тракта до сих пор остается одним из наиболее частых и тяжелых осложнений, как заболеваний пищеварительной системы, так и других органов и систем. Топическая диагностика этого осложнения представляет значительные трудности и является одним из препятствий к своевременному эффективному лечению.

В Кыргызской Республике среди основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на долю желудочно-кишечных кровотечений приходится 4,8% случаев или 22 случая на 100.000 населения. За последние годы отмечается неуклонная тенденция к росту желудочно-кишечных кровотечений в Кыргызстане. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляют примерно 80% всех случаев желудочно-кишечных кровотечений. Кровотечениям из верхних отделов ЖКТ в основном подвержены мужчины – 71,4% наблюдений. Причем лица молодого и среднего возраста составляют 68,3% случаев. Клиническое значение кровотечений определяется также и высокими показателями летальности, которые на протяжении последних лет устойчиво сохраняются на уровне 5-10%.

Кровотечения, обусловленные острыми и хроническими гастродуоденальными язвами, встречаются чаще других и отмечаются у 61,4% больных. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода составляют 4,9%, заболевания опухолевой природы составляют 8,5% случаев.

Высокая частота кровотечений из верхних отделов ЖКТ и тот факт, что данной патологии подвержены в основном лица трудоспособного возраста, что нередко влечет за собой снижение их трудоспособности или инвалидизацию, а также высокая стоимость лечения обусловили необходимость создания данного руководства.

4. КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

I. По этиологическим признакам [45].

Язвенные или эрозивные

а) Пептическая язва

- Идиопатические
- Индуцированные лекарственными препаратами:
 - Аспирин
 - Нестероидные противовоспалительные препараты
- Инфекции:
 - Хеликобактер пилори
 - Цитомегаловирус
 - Вирус простого герпеса
- Язва, вызванная стрессом
- Синдром Золлингера - Эддисона

б) Эзофагиты:

- Пептические
- Инфекционные:
 - Candida albicans
 - Вирус простого герпеса
 - Цитомегаловирус
 - Смешанный
- Индуцированный препаратами:
 - Алендронат
 - Тетрациклин
 - Квинидин

- Калия хлорид
- Аспирин
- НСПВП

Портальная гипертензия

- a) Пищеводные варикозы
- b) Желудочные варикозы
- c) Варикозы двенадцатиперстной кишки
- d) Гастропатия, вызванная повышением давления в воротной вене

Артериальные, венозные или другие мальформации

- a) Идиопатическая ангиома
- b) Синдром Ольцера-Вебера-Рендю
- c) Язва Дъелафуа
- d) «Арбузный» желудок (желудочная антральная сосудистая эктазия)
- e) Радиационная телеангиоэктазия
- f) Синдром синего резиново-пузырчатого невуса

Травматические или послеоперационные

- a) Разрыв Меллори - Вейсса
- b) Попадание инородного тела
- c) Послеоперационный анастомозит
- d) Аорто-энтеральная фистула
- e) Последствия желудочной/двенадцатиперстной полипэктомии

Опухоли

- a) Доброкачественные:
 - Лейомиома
 - Липома
 - Полипы (гиперпластические, аденоматозные, гамартоматозные)
- b) Злокачественные:
 - Аденокарцинома
 - Мезенхиальная неоплазма
 - Лимфома
 - Саркома Капоши
 - Карциноид
 - Меланома
 - Метастатическая опухоль
- c) Смешанные

II. По локализации источника кровотечения: пищеводные, желудочные, дуоденальные, тонкокишечные, толстокишечные кровотечения.

III. По клиническому течению: профузные, торпидные, продолжающиеся, остановившиеся кровотечения.

IV. По степени тяжести кровотечения (величине кровопотери): легкая, средняя, тяжелая кровопотеря.

V. По объему кровопотери различают кровотечение:

- обильное (профузное) – 1,5 -2 л;
- умеренное – 0,5-1,5 л;
- незначительное - до 0,5 л;
- микрочреватечение.

Классификация язвенной болезни желудка [44]:

- 1-й тип. Язвы малой кривизны тела желудка (медиагастральные язвы).
- 2-й тип. Язвы желудка с наличием язв в двенадцатиперстной кишке.
- 3-й тип. Язвы препилорического отдела желудка.
- 4-й тип. Кардиальные язвы.
- 5-й тип. Множественные язвы желудка.

5. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖКТ

Различают прямые (видимые) признаки кровотечений из верхних отделов ЖКТ и косвенные (симптомы анемии и шока вследствие кровопотери) (табл. 1).

Основными клиническими признаками кровотечений из верхних отделов ЖКТ (прямыми симптомами) являются рвота с кровью (гематемезис) и черный дегтеобразный стул (мелена) [1,2,43,77].

Таблица 1

Клинические проявления кровотечений из верхних отделов ЖКТ

ПРЯМЫЕ		НЕПРЯМЫЕ
Часто:	Редко:	
<ul style="list-style-type: none">➤ Рвота с кровью (гематемезис)➤ Черный дегтеобразный стул (мелена)	Выделение с калом алой крови (гематокезия)	<ul style="list-style-type: none">➤ Общая слабость;➤ Головокружение;➤ Потемнение в глазах;➤ Одышка;➤ Жажда;➤ Бледная кожа;➤ Тахикардия;➤ Падение артериального давления;➤ Уменьшение суточного диуреза.

Рвота с кровью отмечается обычно при значительной по объему кровопотере (более 500 мл) и, как правило, всегда сопровождается меленой. Артериальное пищеводное кровотечение характеризуется рвотой с примесью неизменной крови. Кровотечение из варикозных вен пищевода нередко бывает профузным и проявляется рвотой с кровью темно-вишневого цвета. При желудочном кровотечении в результате взаимодействия гемоглобина с соляной кислотой и образования хлорида гематина рвотные массы имеют вид кофейной гущи. При выраженной гипохлоргидрии, а также в тех случаях, когда желудочное кровотечение имеет профузный характер, рвотные массы сохраняют примесь неизменной крови [1,2].

Мелена (обильный жидкий дегтеобразный стул) нередко сопутствует рвоте с кровью, но может наблюдаться и без нее. Мелена характерна для кровотечений из двенадцатиперстной кишки, но нередко встречается и при более высоко расположенных источниках кровотечения, особенно, если оно происходит достаточно медленно. В большинстве случаев мелена обнаруживается не ранее чем через 8ч. после начала кровотечения, причем кровопотери объемом 500мл. может быть уже достаточным для ее появления. При менее обильном кровотечении, а также при замедлении пассажа кишечного содержимого, кал приобретает черную окраску, но остается оформленным.

При появлении темной окраски стула следует иметь в виду возможность *псевдомелены*, которая наблюдается при приеме препаратов железа, висмута, активированного угля, а также употреблении в пищу черники и черной смородины.

При ускоренном (менее 8ч.) транзите содержимого по кишечнику и кровопотере объемом свыше 1000мл. кровотечение из верхних отделов ЖКТ может проявляться выделением с калом алой крови (**гематохезия**), которое считается более характерным для кровотечений из нижних отделов ЖКТ. Примерно у 5% больных язвенной болезнью гематохезия может быть единственным клиническим симптомом язвенного кровотечения [91].

К **общим симптомам** (непрямым признакам) кровотечений из верхних отделов ЖКТ относятся: общая слабость, головокружение, ощущения шума в ушах и потемнения в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, одышка, сердцебиение, холодный пот. В ряде случаев не прямые симптомы желудочно-кишечных кровотечений могут предшествовать возникновению мелены и рвоты с кровью или же выступить на передний план в клинической картине. Если выделение алой крови с калом обусловлено кровотечением из нижних отделов ЖКТ, то не прямые симптомы (сердцебиение, головокружение, общая слабость и др.) возникают после гематохезии, а не предшествуют ее появлению. Утрата сознания, даже кратковременная, должна расцениваться как признак тяжелой кровопотери для данного больного независимо от относительного объема снижения ОЦК.

Кровопотеря до 500мл. может не сопровождаться никакими клиническими проявлениями. При кровопотере, превышающей 1000мл., обычно изменяются артериальное давление и пульс - в зависимости от положения тела пациента (постуральные изменения); переход из горизонтального в вертикальное положение сопровождается снижением систолического артериального давления, по крайней мере, на 10-20мм.рт.ст. и повышением частоты пульса на 20 ударов в мин. и более.

Острая кровопотеря объемом 2000мл. часто сопровождается развитием гемодинамического шока. Главными клиническими проявлениями **гемодинамического шока** являются стойкая гипотония на фоне учащения сердечных сокращений, частичная или полная утрата сознания, снижение периферических рефлексов до полной арефлексии, снижение почасового диуреза ниже 20 мл/ч., появление выраженной бледности с серовато-цианотичным оттенком, вторичное нарушение функции внешнего дыхания вследствие развития синдрома «шокового легкого».

6. ДИАГНОСТИКА

Язвенная болезнь является самой распространенной причиной обширного желудочно-кишечного кровотечения, угрожающего жизни (табл. 2). Геморрагия происходит из-за эрозии артериальной стенки. Степень кровотечения связана с размерами дефекта артерии и диаметром сосуда. Следовательно, **кровотечение** может быть особенно тяжелым из крупных язв нижнего отдела двенадцатиперстной кишки, которые эрозируют желудочно-двенадцатиперстно-кишечную артерию, и из верхней части желудка малой кривизны, включая ветви левой желудочной артерии. Большинство поступающих в клинику пациентов не имеют диспепсии в анамнезе.

Наиболее важной причиной пептической язвы в 80-95% случаев является *Helicobacter Pylori*-инфекция, в 5-20% - использование аспирина и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

Причины острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта по результатам экстренной эндоскопии [45,73,87]

Причина	Отн. частота (%)
Язвенная болезнь (двенадцатиперстной кишки, желудка)	44
Воспаление пищевода	28
Эрозивные гастриты	26
Эрозивные дуодениты	15
Варикозное расширение вен	13
Портальная гипертензивная гастропатия	7
Опухоли (доброкачественные и злокачественные)	5
Синдром Меллори–Вейсса	5
Пороки сосудов	3

Жалобы.

При ЖКК основными жалобами больных являются:

- Рвота алой кровью (гематомезис) или по типу «кофейной гущи»;
- Головокружение;
- Ощущения шума в ушах и мелькание «мушек» перед глазами;
- Обильный жидкий дегтеобразный стул (мелена);
- Одышка;
- Сердцебиение;
- Холодный пот;
- Общая слабость;
- Бледная кожа;
- Жажда;
- Уменьшение суточного диуреза.

Анамнез.

При остром кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, прежде всего, необходимо выяснить, имелись ли у пациента рвота кровью или содержимым типа кофейной гущи, дегтеобразный стул, кровь при пальцевом исследовании прямой кишки, симптомы хронической язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, принимал ли пациент нестероидные противовоспалительные (**Уровень доказательности В**). Также необходимо уточнить, страдает ли пациент хронической язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, были ли у него прежде эпизоды кровотечений, головокружения или обмороки, употребляет ли алкоголь и какие лекарственные препараты принимает в настоящее время. Следует обратить внимание на симптом Бергмана: усиление болей и диспептических явлений до кровотечения, снижение или полное исчезновение в момент и после кровотечения.

Осмотр больного.

Прежде всего, необходимо оценить гемодинамические показатели. Это осуществляется измерением центрального венозного давления, артериального давления и пульса (**Уровень доказательности В**), а также выявлением изменений, обусловленных переходом пациента из лежачего положения в вертикальное, стоя (так называемых

постуральных изменений). Пожилым больным обязательно снимают электрокардиограмму.

Имеет значение такой диагностический показатель как цвет конъюнктивы. Для определения его отводят нижнее веко, при легкой кровопотере цвет конъюнктивы светло-розовый, при кровопотере средней тяжести - бледно-оранжевый, если кровопотеря тяжелая, то конъюнктивa приобретает серый цвет.

Пальцевое исследование прямой кишки.

Цель – дифференциальная диагностика высоты уровня кровотечения (**Уровень доказательности В**). Прежде всего, необходимо обратить внимание на цвет кала, полученного при пальцевом исследовании прямой кишки. Он может быть обычным (коричневым), черным или красным. Мелена (дегтеобразный кал), как правило, указывает на то, что источник кровотечения находится проксимальнее тощей кишки и проявляется в тех случаях, когда объем кровопотери составляет не менее 200 мл. Иногда мелена возникает и при наличии источника кровотечения в правой половине ободочной кишки, если у пациентов увеличено время пассажа кала по кишечнику (более 72ч.), как, например, у пожилых, прикованных к постели пациентов. Наличие неизменной крови в кале (кروавый или кровянистый стул) означает, что источник кровотечения расположен либо в средних, либо в дистальных отделах желудочно-кишечного тракта, или является признаком массивного кровотечения (**Уровень доказательности С**).

Введение назогастрального зонда.

Введение назогастрального зонда производится с целью диагностики ЖКК и промывания желудка. В большинстве случаев, после того как желудок отмыт от оставшейся крови, повторные промывания желудка позволяют определить, продолжается ли кровотечение или уже остановилось (**Уровень доказательности В**). Поступление по зонду большого количества крови свидетельствует о наличии кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Всегда следует помнить, что приблизительно у 10% пациентов с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки при введении назогастрального зонда и эвакуации желудочного содержимого крови не обнаруживается. Из желудка кровь при отсутствии эпизодов свежего кровотечения проходит в кишку достаточно быстро, и при этом при введении назогастрального зонда также можно не обнаружить кровь.

Для удаления из желудка сгустков крови требуется желудочный зонд большого диаметра (24 Fr или более). Для проведения эндоскопического исследования необходимо, чтобы желудок как можно лучше был очищен от крови и сгустков. Промывание желудка рекомендуется осуществлять водопроводной водой комнатной температуры (**Уровень доказательности С**).

Экстренные лабораторные исследования

- Клинический анализ крови;
- Протромбиновый индекс;
- Время свертывания крови;
- Количество тромбоцитов;
- Концентрация электролитов сыворотки крови;
- Печеночные пробы;
- Креатинин, мочеви́на сыворотки крови;
- Группа крови и резус-фактор.

Общий анализ крови является ценным диагностическим методом. Падение уровня гемоглобина, уменьшение числа эритроцитов, снижение гематокрита, лейкоцитоз несомненно ориентируют в отношении тяжести кровопотери (**Уровень доказательности С**). Однако в первые часы от начала острого кровотечения все эти показатели могут меняться несущественно и, следовательно, имеют относительное значение. Истинная выраженность анемии становится ясной лишь по прошествии суток и более, когда уже разовьется гемодилуция вследствие восстановления внутрисосудистого объема за счет внесосудистой жидкости. Исследование ОЦК и его компонентов позволяет более точно определять объем кровопотери. Следует подчеркнуть, что для условий неотложной хирургии в ряде случаев могут быть приемлемыми простые методы с использованием номограмм, например, определение глобулярного объема (ГО) по данным гематокрита и уровня гемоглобина. Среди получаемых показателей ОЦК наибольшее значение при остром кровотечении имеет снижение ГО. Этот показатель является наиболее стойким. Так как восстановление дефицита ГО происходит медленно, в то время как снижение показателей ОЦП и ОЦК относительно быстро нивелируется благодаря гидремической реакции, когда интерстициальная жидкость поступает в кровяное русло. Важно помнить, что снижение показателя ГО при повторных исследованиях свидетельствует о продолжающемся кровотечении. Таким образом, данные клинического обследования больного и ряд лабораторных показателей позволяют определить объем (степень тяжести) кровопотери (табл. 3).

Таблица 3

**Ориентировочная оценка объема кровопотери и тяжести состояния
больного с кровотечением**

№	Показатель кровопотери	Степень кровопотери		
		1 степени (легкая)	2 степени (средней тяжести)	3 степени (тяжелая)
1.	Общее состояние	удовлетворительное	средней тяжести	тяжелое, шок
2.	Число эритроцитов	$>3,5 \times 10^{12}/л$	$3,5 \times 10^{12}/л - 2,5 \times 10^{12}/л$	$<2,5 \times 10^{12}/л$
3.	Уровень гемоглобина, г/л	>100	83-100	<83
4.	Частота пульса в 1 мин.	До 80	80-100	Выше 100
5.	Постуральная гипотензия и тахикардия	нет	выражена	выражена
6.	Систолическое АД, мм рт. ст.	>110	110-90	<90
7.	ЦВД (см.вод.ст.)	5 - 15	1 - 5	< 1
8.	Нарушение сознания	нет	тревога, испуг	возбуждение, дезориентация, кома
9.	Гематокритное число, %	>30	25-30	<25
10.	ОЦК потеря от нормы (%)	До 20	От 20 до 30	30 и больше
11.	Диурез (мл/сут)	> 1550	< 1000	< 300

№	Показатель кровопотери	Степень кровопотери		
		1 степени (легкая)	2 степени (средней тяжести)	3 степени (тяжелая)
12.	Предполагаемая кровопотеря (мл)	500	1000	> 1000

Примечание: следует подчеркнуть, что значение этих показателей возрастает при их повторном исследовании, ибо наряду с основным вопросом о степени тяжести кровопотери они могут дать важную ориентировку в отношении эффективной гемостатической терапии и рецидива кровотечения.

7. Оценка риска

Когда пациенты поступают с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, чрезвычайно важно определить прогностическое значение факторов риска. Приблизительно у 80% пациентов кровотечения останавливаются самостоятельно без развития в дальнейшем рецидива [52]. Летальность высока у оставшихся 20% пациентов с продолжающимися или рецидивирующими кровотечениями [52,55].

По данным Шотландского национального клинического руководства [78] следующие факторы связаны с неблагоприятным исходом у пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ:

Возраст – смертность от ЖКК увеличивается с возрастом во всех возрастных группах. Отношение шансов для смертности от 1,8 до 3 в возрасте >60 лет (по сравнению с пациентами в возрасте 45-59 лет) и от 4,5 до 12 в возрасте >75 лет (по сравнению с пациентами ≤75 лет);

Коморбидность – отсутствие существенных сопутствующих заболеваний связана со смертностью около 4% пациентов, тогда как наличие всего одного сопутствующего заболевания увеличивает смертность почти в 2 раза. Наличие сердечной недостаточности или онкологического заболевания значительно ухудшает прогноз;

Заболевания печени – цирроз печени связан с удвоением смертности и имеет гораздо более высокий риск вмешательств, таких как эндоскопический гемостаз, гемотрансфузии;

Стационарные больные имеют примерно в 3 раза увеличенный риск смертности по сравнению с пациентами с ЖКК только что госпитализированными. Это связано с наличием установленных сопутствующих заболеваний у стационарных больных, а не выраженностью кровотечения;

Первоначальный шок (гипотензия и тахикардия) ассоциируется с увеличением смертности и потребностью в неотложных вмешательствах;

Продолжающееся кровотечение в приемном отделении связано с высоким риском неотложных вмешательств и 50-кратным увеличением смертности.

Пациенты, имеющие высокий риск продолжительного или повторного кровотечения, требуют интенсивного наблюдения и раннего эндоскопического обследования и лечения. Пациенты с низким уровнем риска рецидива ЖКК подлежат ранней выписке под амбулаторное наблюдение после обследования и консультации о профилактике ЖКК. При язвенном кровотечении эрадикационная терапия проводится на амбулаторном уровне.

Таким образом, важной задачей является выделение пациентов с высоким риском рецидива кровотечения, что базируется на клинических [9,12,92], лабораторных [13,22] и эндоскопических данных [7,15,20,43, 59, 72].

В	Выделение групп риска по клиническим показателям (с низкой/высокой степенью риска рецидива кровотечения и летальности) имеет большое значение в выборе тактики ведения пациентов. Для принятия решений могут быть использованы прогностические шкалы
----------	---

Таблица 4.

Прогностическая шкала Rockall

<i>Переменная</i>		<i>Балл</i>			
		0	1	2	3
<i>Клиническая шкала</i>	Возраст (годы)	<60	60-79	≥80	
	Шок	"Нет шока": пульс<100, АДс≥100mmHg	"Тахикардия": пульс ≥100, АДс ≥100mmHg	"Гипотензия": АДс≤100mmHg	
	Сопутствующая патология	Нет или незначительные сопутствующие заболевания (например, изменения на ЭКГ без клинических проявлений)	Сопутствующая патология средней тяжести (например, артериальная гипертензия, стабилизированная медикаментозно)	Тяжелая сопутствующая патология (заболевания, требующие немедленного лечения: например сердечная недостаточность, ИБС, любая тяжелая патология)	Угрожающие жизни заболевания (например, почечная недостаточность, печеночная недостаточность, онкопатология в стадии диссеминации)
<i>Эндоскопическая шкала</i>	Диагноз	Синдром Меллори-Вейсса, источник неизвестен, нет СНК и крови в просвете ВЖКТ	Все остальные диагнозы	Злокачественное новообразование верхних отделов желудочно-кишечного тракта	
	СНК (стигматы недавнего кровотечения)	Нет или только "черное основание" (геморрагическое пропитывание дна язвы)		Кровь в просвете ВЖКТ, фиксированный сгусток, видимый сосуд или активное кровотечение	

Примечание: Максимальная сумма баллов клинической шкалы =7

Максимальная сумма баллов эндоскопической шкалы =11

Шкала оценки (табл. 4) является эффективным инструментом оценки степени риска. Она была разработана на основе большого контингента больных, госпитализированных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ [73].

D	Все пациенты с острым кровотечением из верхних отделов ЖКТ должны быть оценены по клинической шкале Rockall. Пациенты, оцененные в балл =0, имеют очень низкий риск летальности или рецидива кровотечения, могут рассматриваться как не нуждающиеся в госпитализации или подлежат ранней выписке под амбулаторное наблюдение
D	Всем пациентам со шкалой >0 рекомендуется эндоскопия для полной оценки риска кровотечения
D	Пациенты с суммарной оценкой по шкале Rockall ≤ 2 имеют низкий риск рецидива кровотечения или летальности и должны быть рассмотрены для ранней выписки под амбулаторное наблюдение

Таблица 5.

**Корреляция между показателями по Rockall,
повторными кровотечениями и больничной смертностью [36]**

Оценка риска	Повторное кровотечение (%)	Смертность (%)
0	5	0
1	3	0
2	5	0,2
3	11	3
4	14	5
5	24	11
6	33	17
7	44	27
>8	42	41

Таблица 6.

Шкала оценки по Blatchford [12]

Параметр	Показатель
Мочевина (ммоль/л)	
>6,5<8,0	2
>8<10	3
>10< 25	4
>25	6
Гемоглобин (г/дл)	
Мужчины	
>12 <13	1
>10< 12	3
<10	6

Женщины	
>12< 13	1
<10	6
Систолическое артериальное давление (мм. рт. ст.)	
100-109	1
90-99	2
<90	3
Пульс >100	1
Мелена	1
Обморок	2
Заболевание печени	2
Сердечная недостаточность	2

Мультивариантный анализ определяет возраст, шок, сопутствующие заболевания и результаты специального эндоскопического обследования, как независимые параметры, по которым можно прогнозировать повторное кровотечение и летальный исход (табл. 5) [75,76]. Недостатком системы оценки Rockall в клинической практике является необходимость проводить эндоскопию до того, как завершено определение показателей. Показатели Blatchford [12] (табл. 6) прогнозируют исход на основе клинических и лабораторных данных, без необходимости проведения эндоскопии, и, следовательно, более эффективны при начальной оценке.

А	Раннее выделение групп с высоким и низким риском рецидива кровотечения, базирующееся на клинических и эндоскопических критериях, играет важную роль в дальнейшем ведении пациентов [7,15,20,43, 59, 72].
----------	---

Эндоскопия дает важную прогностическую информацию (табл. 7). Наличие крови в верхних отделах ЖКТ, активное фонтанирующее кровотечение и «некровоточащий видимый сосуд» являются признаками плохого прогноза. Активное язвенное кровотечение подразумевает риск 80-90% постоянного кровотечения или повторного кровотечения. Кровеносный сосуд с образовавшимся тромбом в 50% случаев связан с риском повторного кровотечения [13]. Некоторые авторы выделяют дополнительные эндоскопические признаки: размер язвы >1–2 см [16,51,60,91], локализация источника кровотечения (задняя стенка желудка и двенадцатиперстной кишки) [17,91].

Таблица 7.

Эндоскопические стигматы и риск повторного кровотечения

Результаты эндоскопии	Риск повторного кровотечения (%)
Чистое основание	3
Плоские пятна	7
Только кровоточивость	10
Образовавшийся тромб	33
Некровоточащие видимые сосуды	50
Активное кровотечение	90

Пациенты с заболеваниями печени

Некоторые из этих соображений (включая применимость системы оценки Rockall) относятся к пациентам с кровотечением из варикозно-расширенных вен; большинство из них имеют хронические заболевания печени. Исход кровотечения тесно связан с тяжестью основного заболевания печени. Общая смертность при первом случае кровотечения составляет 30-50%, но этот показатель меняется от менее 10% у пациентов со степенью тяжести заболевания А по шкале Чайлда, до 50% у пациентов со степенью С [36,85].

В таблице 8 приведены факторы, которые определяют степень тяжести заболевания и прогнозируют исход. Кроме того, установлено, что размер варикозно-расширенных вен и наличие красных пятен на венах связаны с тяжестью кровотечения и смертностью.

Таблица 8.

Прогностические факторы для пациентов с варикозным расширением вен

Тяжесть заболевания печени	А	В	С
Энцефалопатия (степень)	0	1-2	3-4
Асцит	Нет	Умеренный	Тяжелый
Билирубин (мкмоль/л)	<34	34-51	>51
Альбумин (г/л)	>35	28-35	<28
Выживаемость за год (%)	95	50	25

8. Эндоскопическое исследование

Эндоскопия является основным диагностическим исследованием и выполняется после стабилизации жизненных показателей пациента (пульс, АД, диурез). В большинстве случаев ее лучше всего проводить в течение 24 часов после поступления, при первой возможности, в соответствии с планом обследования и лечения. В некоторых случаях для пациентов с острым кровотечением, находящихся в состоянии гиповолемического шока, необходима экстренная эндоскопия в течение часа.

Три цели эндоскопического исследования:

1. Обеспечить постановку точного диагноза. Точный диагноз существенно влияет на дальнейшую терапию; например, варикоз вен пищевода и интенсивное кровотечение из язв желудка и двенадцатиперстной кишки требует специфического эндоскопического и фармакологического воздействия.

2. Прогностическая информация. Стигматы недавнего кровотечения (табл. 4) и признаки варикозного расширения (или их отсутствие) помогают определить, направить ли пациента в палату интенсивной терапии, отделение общей терапии, или, в некоторых случаях очень низкого риска, - сразу выписать из больницы. Более важным является тот факт, что эндоскопия облегчает применение специальных методов лечения опасных кровотечений.

3. Эндоскопическая терапия. Как минимум 80% пациентов, поступивших в больницу с кровавой рвотой и меленой, имеют благоприятный прогноз; кровотечение прекращается самопроизвольно и необходима только поддерживающая терапия. Эндоскопическая терапия показана в следующих случаях:

- кровотечение при варикозном расширении вен пищевода;
- язва желудка и двенадцатиперстной кишки с большими стигматами недавнего кровотечения (интенсивное фонтанирующее кровотечение, не кровоточащий видимый сосуд и оторвавшийся тромб);
- сосудистые патологии, включая интенсивно кровоточащие артериовенозные соустья, диффузную сосудистую эктазию антрального отдела желудка и язвы Дъелафуа;
- интенсивное кровотечение из разрывов слизистой оболочки при синдроме Меллори-Вейсса (редко).

А	Раннее выполнение эндоскопического исследования (в первые 24 часа) с определением степени риска по клиническим и эндоскопическим критериям позволяет осуществить быструю выписку пациентов группы с низким риском развития рецидива
С	улучшить результаты лечения в группе высокого риска рецидива
А	уменьшить расходы на стационарное лечение и диагностику

Понятие «ранняя эндоскопия», по мнению различных авторов, подразумевает ее выполнение в сроки 2–24 часа с момента поступления в стационар [19,22,24,42,56,60,86]. По данным RUGBE, первичное эндоскопическое исследование в течение 24 часов с момента поступления в действительности выполняется 76% пациентам [9].

По данным РКИ в группе высокого риска (поступление чистой крови по назогастральному зонду) раннее выполнение диагностической эндоскопии и соответствующее лечение позволило уменьшить потребность в трансфузионной терапии и достоверно сократило длительность госпитализации [14,18,60]. Сроки стационарного

лечения достоверно уменьшаются при любой степени риска [22,24,39,49,74,56,60,82]. У пациентов с низкой степенью риска в двух рандомизированных исследованиях было показано, что при использовании ранней эндоскопии экономические затраты на лечение уменьшаются на 43–91% [22,39].

А	Выявление индикаторов низкой степени риска рецидива кровотечения (чистое дно язвы или невыступающий тромбированный сосуд в виде окрашенного пятна на дне язвы) не является показанием к проведению эндоскопического гемостаза
А	При наличии тромба в дне язвы нужно попытаться удалить его гемостатическим препаратом при помощи прицельного орошения, с соответствующей последующей обработкой повреждения
А	Наличие признаков высокого риска (активное кровотечение или кровоточащий сосуд в дне язвы) является показанием к немедленному эндоскопическому гемостазу

Для остановки язвенного кровотечения и профилактики его рецидива могут применяться инъекционные методики, термокоагуляция, клипирование сосудов, аргоноплазменная коагуляция (табл.9). Их сочетание нередко бывает более эффективным (**Уровень доказательности В**).

Однако, в Кыргызстане в большинстве лечебных учреждений нет подготовленных специалистов и соответствующего оснащения, вследствие чего не всем пациентам выполняется эффективная экстренная эндоскопия и эндоскопические вмешательства, что требует неотложных изменений в организации медицинской помощи..

С	В каждом стационаре необходимо разработать мультидисциплинарный протокол с обязательным участием специалистов, владеющих техникой эндоскопической остановки кровотечений
----------	---

Таблица 9.

Варианты эндоскопического гемостаза

Метод	Тип	Основной механизм действия
Термические	Электрокоагуляция Термокоагуляция Лазерная фотокоагуляция Аргоноплазменная коагуляция	Стимуляция тромбообразования в кровоточащем сосуде
Инъекционные	Эпинефрин	Вазоконстрикция
	Алкоголь Склерозанты	Химическая коагуляция+дегидратация
	Цианакрилаты Фибриновый клей	Пломбировка
Механические	Клипирование, лигирование	Сдавление сосуда

А	Ни один из растворов, применяемых для эндоскопической инъекционной терапии, не имеет преимуществ перед другими [7]
----------	---

В мета–анализе Bardou с соавт. [7], включавшем данные 38 РКИ исследований было показано, что ни один из препаратов для инъекционной терапии не имеет преимуществ перед другими. Никакой существенной разницы при сравнении эффективности эпинефрина, дистиллированной воды, цианоакрилата, эпинефрина в комбинации с этаноламином или полидоканолом, тромбина, тетрадецил сульфата, этанола не было выявлено.

Повторные кровотечения после эндоскопической терапии

При эндоскопической терапии можно достичь основного гемостаза почти у всех пациентов с кровоточащей язвой. Однако в 15-20% случаев в первые 24 часа возникают повторные кровотечения. Чаще всего, если первичное кровотечение было тяжелым из крупных язв нижних отделов двенадцатиперстной кишки и пациент в состоянии гиповолемического шока - риск повторного кровотечения у него более высокий. Терапия повторного кровотечения часто более сложная и основывается большей частью на врачебном решении и знании конкретного случая.

Признаки рецидива язвенного кровотечения:

- Клинические данные: 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.
- Эндоскопические данные.

А	В случае рецидива кровотечения рекомендуется повторная попытка эндоскопического гемостаза
В	При неудаче эндоскопического гемостаза необходима консультация хирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве

9. ЛЕЧЕНИЕ

Лечение острых ЖКК до настоящего времени остается сложной проблемой. В идеале оно предусматривает не только достижение гемостаза, но и устранение заболевания, приведшего к кровотечению. Однако реализация этого принципа в полном объеме не всегда возможна, и в этих случаях главной целью является остановка кровотечения для сохранения жизни больного [9,11,65,88].

9.1. ПЕРВИЧНЫЙ УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Лечение ЖКК необходимо начинать на догоспитальном этапе, при этом одновременно осуществляя комплекс организационных мероприятий по срочной госпитализации больного в стационар.

При остром ЖКК следует произвести первичную оценку состояния пациента по ABC

Международные рекомендации по первичной оценке ABC:

- А: Дыхательные пути: при выраженной рвоте с кровью или измененном респираторном или ментальном статусе, необходимо обезопасить интубацией.
- В: Дыхание: каждый пациент в шоковом состоянии должен получить кислород.
- С: Кровообращение: контроль ЧСС и АД. Два периферических катетера большого калибра (16 G или больше) или центральный венозный катетер должны быть установлены для внутривенного доступа.

Больного транспортируют на носилках. При тяжёлом кровотечении и коллапсе приподнимают ножной конец носилок. Состояние облегчается при вдыхании кислорода через маску или назальные зонды. Первая врачебная помощь состоит в запрещении приема пищи и воды, в помещении пузыря со льдом или холодной водой на живот [1,4,5,8].

В/в инфузию начинают с растворов кристаллоидов: Sol. NaCl 0,9% - по 20-40 мл/кг (около 2 л для взрослого) (**Уровень доказательности А**) [70].

9.2. ВТОРИЧНЫЙ УРОВЕНЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

На вторичном уровне оказания медицинской помощи общие принципы лечения больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ сочетают в себе активный характер диагностических и лечебных мероприятий с дифференцированным подходом при определении показаний к неотложному оперативному вмешательству. Наряду с экстренной диагностикой источника и степени тяжести кровотечения они предусматривают обеспечение надежного гемостаза адекватным способом и полноценную коррекцию кровопотери и обусловленных ею системных нарушений.

Примерно у 80% пациентов к моменту осмотра кровотечение уже останавливается, однако, к любым кровотечениям из верхних отделов ЖКТ следует относиться серьезно, поскольку риск их возобновления в стационаре велик, а смертность в результате рецидивов достаточно высока (**Уровень доказательности А**).

Пациенты с легким кровотечением могут быть помещены в обычную палату. К ним относятся лица в возрасте до 65 лет при наличии стабильных показателей функций жизненно важных органов, при отсутствии признаков хронических заболеваний печени или других серьезных сопутствующих заболеваний, при отсутствии поступления из желудка свежей крови (после его отмывания и удаления старой крови и сгустков), т. е. пациенты небольшого риска, к которым не следует применять неотложную диагностическую и лечебную тактику, принятую для пациентов с признаками более тяжелого желудочно-кишечного кровотечения [15,16,24].

Пациенты с умеренным и тяжелым кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта должны быть помещены в отделение интенсивной терапии. Обследованием и лечением таких пациентов должны совместно заниматься реаниматологи и хирурги [2,67,70].

С	Для адекватного лечения абсолютно необходима незамедлительная оценка состояния пациента при поступлении и проведение соответствующей интенсивной терапии
----------	---

При остром кровотечении перед любыми вмешательствами и обследованиями необходимо проведение мероприятий по стабилизации артериального давления и восстановлению объема циркулирующей крови [15,20,23,53,67].

9.2.1. Протоколы лечебной тактики при тяжелых язвенных кровотечениях в условиях ОРИТ

- Первые мероприятия направлены на проведение общей реанимации, т.е., на обеспечение свободного доступа воздуха и стабилизацию гемодинамики (**первичная оценка по АВС**).
- Подача кислорода.
- Интубация должна рассматриваться у пациентов с выраженным кровотечением для предупреждения аспирации.
- Внутривенный доступ: для начального восстановления ОЦК используются иглы крупного калибра (16G и более). Если периферический венозный доступ затруднен, может потребоваться катетеризация яремной, подключичной или бедренной вены. Мониторинг ЦВД позволяет вовремя выявить рецидив кровотечения и, особенное значение, имеет у пожилых пациентов и пациентов с массивной кровопотерей. Падение ЦВД на 5 см водного ст. в течение менее чем 2 часа указывает на рецидив кровотечения.
- Установка мочевого катетера у пациентов с гипотензией, продолжать мониторинг ЧСС и АД, ЦВД.
- Установка назогастрального зонда для контроля кровотечения и подготовки на эндоскопическое исследование.
- Инфузионно-трансфузионная терапия. ИТТ необходимо начинать с растворов кристаллоидов:
 - 0.9 % раствор NaCl 20-40 мл/кг в течение 20 минут (около 2 л для взрослого).

Кристаллоиды (главным образом изотонический физиологический раствор) используются для нормализации артериального давления и диуреза; коллоиды часто используются при сильной гипотонии, однако не имеется данных относительно их преимущества по сравнению с кристаллоидами [6,71].

- СЗП рекомендуется при повышении протромбинового времени, по крайней мере, в 1,5 раза по сравнению с нормой [30].
- Переливание крови проводится пациентам, которые находятся в состоянии шока и имеют активное кровотечение.

Показания для гемотранфузии пациентам с ЖКК [25,83]

1. Систолическое АД <110 мм.рт.ст.;
2. Постуральная гипотензия;
3. Пульс > 110 уд/мин;
4. Hb < 80 г/л.

- Коррекция коагуляционных расстройств (системная гемостатическая терапия).
- В международной эффективной практике не рекомендуется применять гемостатики и антифибринолитики [34]. Так, нет доказательств эффективности применения этамзилата, викасола при лечении ЖКК. По использованию аминокaproновой кислоты также нет убедительных доказательств. Были проведены исследования с подобным веществом: транексамовая кислота (4-(аминометил) циклогексанокарбоксилловая кислота). В клинических испытаниях транексамовой кислоты у пациентов с кровотечением из верхних отделов ЖКТ также были получены противоречивые результаты [41,64,89,90].

9.2.2. Ранняя фармакотерапия. Неварикозные кровотечения

Большинство исследователей считают, что наилучшие результаты могут быть получены при начальном болюсном введении 80 мг омепразола или пантопразола с последующей инфузией 8 мг/ч в течение 72 ч. после эндоскопического гемостаза.

Принцип терапии основывается на низкой стойкости тромба в кислотной среде. Чрезвычайно важно, чтобы рН в желудке не опускался ниже 6, и единственным способом для достижения этого является постоянная инфузия ингибитора протонного насоса.

Мета-анализ показал, что такая тактика значительно сокращает риск повторных кровотечений и необходимости неотложного хирургического вмешательства, хотя не показано, что омепразол значительно сокращает смертность [54,57,58].

А	Внутривенный болюс с последующей постоянной инфузией ИПП после эндоскопической остановки кровотечения с высокой вероятностью позволяет предотвратить рецидив кровотечения
А	Для пациентов с неустановленным источником кровотечения (до эндоскопии) назначать ингибиторы протонной помпы не рекомендуется

Пациенты с высоким риском рецидива нуждаются в инфузии ингибиторов протонной помпы, тогда как при низком риске достаточно перорального приема этих препаратов. Применение ингибиторов протонной помпы ни в коем случае не может заменить экстренную диагностическую эндоскопию и эндоскопическую остановку кровотечения.

С 4-5 суток осуществляется переход на пероральный прием омепразола в дозах 80-120 мг/в сут.

При отсутствии препаратов или ограниченном доступе, возможно применение фамотидина в монорежиме.

Применение соматостатина или октреотида.

Соматостатин или октреотид могут использоваться как дополнительная терапия при язвенном кровотечении перед эндоскопией или, когда эндоскопия не удалась, противопоказана, или недоступна. Клиническое преимущество было описано при язвенном кровотечении, но из-за эффективности эндоскопической терапии ее роль вообще ограничена до условий, в которых эндоскопия недоступна, или, как средство помочь стабилизировать пациентов до определения окончательного лечения. Таким образом, большинство рекомендаций не советует применение соматостатина или октреотида при язвенном кровотечении [10,21,33].

А	После эндоскопического гемостаза пациенты с низким риском рецидива кровотечения могут принимать пищу уже в течение первых суток
----------	--

В серии рандомизированных исследований было показано, что при низком риске рецидива кровотечения время начала питания пациентов не влияет на ближайшие и отдаленные результаты лечения [52].

Пациенты с выраженным кровотечением и эндоскопической картиной синдрома Меллори–Вейсса или язвой с низким риском рецидива кровотечения могут начинать питаться и могут быть выписаны на амбулаторный этап после стабилизации состояния.

А	Все пациенты с кровотечениями из верхних отделов желудочно–кишечного тракта должны быть обследованы на наличие <i>Helicobacter pylori</i> и при положительном результате получить эрадикационную терапию
----------	---

H. pylori является неспецифическим предиктором рецидива кровотечения [38,50].

Эрадикация *H. pylori*, как показано в серии мета–анализов и ряде рандомизированных исследований, достоверно снижает риск повторного образования язвы и рецидива желудочно–кишечного кровотечения, как осложнения язвенной болезни [31,37,80].

Оптимальной тактикой является тестирование на *H. pylori* в остром периоде; при отрицательном результате исследование необходимо повторить после купирования острого периода кровотечения. Смысла в экстренной эрадикационной терапии внутривенным способом нет – оптимальным подходом после лабораторного подтверждения инфицирования будет пероральный прием препаратов

С другой стороны, нет необходимости рутинного использования теста на выявление *H. pylori*, поскольку установлено, что в 80% язвы желудка и в 95% язвы ДПК вызываются *H. pylori*.

9.2.3. Протокол лечения варикозных кровотечений

1. Лечение острого кровотечения при синдроме портальной гипертензии должно включать:

а) восстановление показателей гемодинамики с использованием плазмозамещающих растворов до достижения устойчивой гемодинамики, минимально достигнув уровня Hb не ниже 80 г/л, а также с учетом других показателей: возраста больного, предшествующего кровотечению артериального давления, сопутствующей патологии;

б) нет убедительных данных о пользе мероприятий по устранению коагулопатии и тромбоцитопении (**Уровень доказательности С**);

д) применение антибактериальной профилактики препаратами широкого спектра действия оправданно в комплексе терапии при активном кровотечении (**Уровень доказательности А**) [29,81]:

норфлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в день

или

ципрофлоксацин 500 мг/100 мл в/в капельно 2 раза/сут.

или

цефтриаксон 1 г/сут внутривенно

е) рекомендованы мероприятия профилактики печеночной энцефалопатии с применением препаратов на основе лактулозы/лакцитола, хотя нет убедительных данных об их безусловной пользе [87].

2. У больных этой группы с целью прогноза дальнейшего риска кровотечения целесообразно ориентироваться на показатели, представленные в шкале Чайлд, а также на эндоскопические признаки кровотечения, риск развития инфекции, признаки почечной недостаточности и признаки тромбоза вен портальной системы, а также уровень АлАТ. При этом отмечено, что не существует достоверной индивидуальной модели прогноза рецидива кровотечения у больных с синдромом портальной гипертензии. Главным способом прогнозирования возможного риска рецидива кровотечения является эндоскопический метод оценки состояния слизистой пищевода и характеристик варикозных узлов - их размера, наполненности и цвета стенки. Исходя из этих данных, с целью контроля эффективности лечения и прогнозирования риска рецидива, рекомендовано осуществлять эндоскопическое исследование у больных, которым проводится консервативное лечение не реже чем через 12 ч. с момента его начала.

3. При неконтролируемом кровотечении из ВРВП показано выполнение TIPS или оперативное лечение – прошивание варикозных вен (операция М.Пациора) или наложение хирургического шунта.

4. Баллонная тампонада целесообразна только у больных с массивным кровотечением и только как временная мера, но не более чем в течение 24 часов, пока не будет определена адекватная медикаментозная тактика.

5. Для лечения острого кровотечения эффективны вазопрессин и его аналоги (терлипрессин), комбинация вазопрессин + нитроглицерин, соматостатин и его аналоги (октреотид) [35,68,78].

А

Пациентам с подозрением на варикозное кровотечение до эндоскопии должен быть назначен один из нижеследующих препаратов:

**терлипрессин 2 мг внутривенно струйно,
затем по 1 мг каждые 4 ч в течение 48 ч.**

ИЛИ

**соматостатин 250 мкг внутривенно болюсно,
затем по 250 мкг/ч максимально в течение 5 дней**

ИЛИ

октреотид 50мкг в/в болюсно, затем по 50 мкг/ч в течение 5 дней.

6. Эндоскопические способы остановки активного кровотечения более предпочтительны, чем только медикаментозное лечение. При этом при кровотечении из варикозных вен пищевода целесообразно выполнять лигирование варикозных узлов. При кровотечении из варикозных вен верхних отделов желудка получены данные эффективного применения адгезивных тканей на основе N-бутилцианоакрилата [61].
7. У пациентов с кровотечением при портальной гастропатии, которым применение неселективных бета-блокаторов противопоказано, должны быть применены методики раннего хирургического шунтирования или TIPS [48].

TIPS является методом выбора для больных с высоким риском хирургического вмешательства, а также единственным паллиативным методом лечения больных с циррозом печени, находящихся в очереди на трансплантацию печени и имеющих инкурабельный асцит и высокий риск пищеодно-желудочного кровотечения.

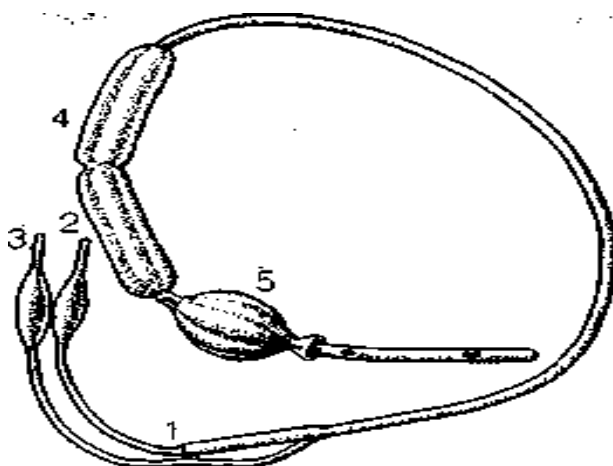


Рис. 4 Зонд-обтуратор (Sengstaken-Blakemore).

1, 2, 3 - каналы зонда, сообщающиеся с просветом желудка, пищевода и желудочным баллонами; 4 - пищеводный баллон; 5 - желудочный баллон.

При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода с высокой степенью эффективности применяется зонд Sengstaken-Blakemore (рис. 4).

Методика постановки зонда Sengstaken-Blakemore.

Премедикация - 1мл 2% раствора промедола. Зонд смазывают вазелином, после чего проводят через носовой ход в желудок. Желудочный баллон с интервалом 3-5мин. постепенно раздувают до 100-120 см³. Затем зонд подтягивают до упора, фиксируют и опорожняют содержимое желудка. После этого надувают пищеводный баллон. Воздух также вводят порциями по 30-40 см³ затем по 10-15 см³ с интервалом 3-5 мин. Общий объем вводимого воздуха в пищеводный баллон не должен превышать 100-150 см³. Каждый час следует проверять натяжение зонда и давление в пищеводном баллоне. Через 4-6 часов пищеводный баллон распускают и при отсутствии кровотечения манжетку оставляют спущенной. Желудочную манжетку распускают спустя 1,5-2 часа (**Уровень доказательности В**) (рис. 5).

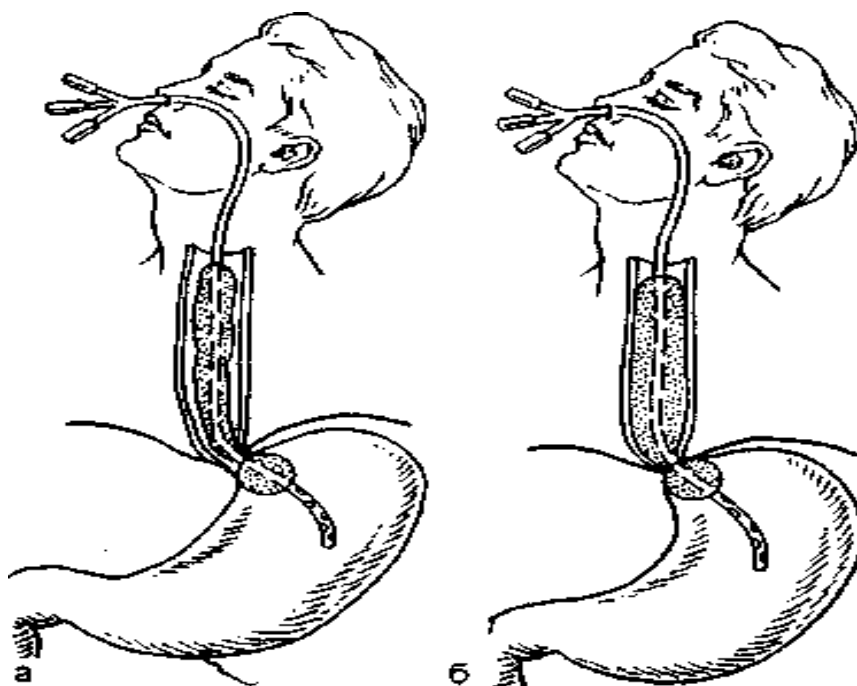


Рис. 5. Положение зонда Sengstaken-Blakemore.
а - раздут желудочный баллон; б - раздут пищеводный баллон.

9.2.4. Профилактика кровотечения

Профилактика первого кровотечения. При наличии риска варикозного кровотечения рассматривается вопрос о профилактике, в основе которой лежит лекарственная терапия. Неселективные бета-адреноблокаторы применяются с этой целью с 1981 г., их эффективность установлена в 9 контролируемых исследованиях и оценена тремя метаанализами [27,84]. Пропранолол высокоэффективен и применяется в максимально переносимых дозах. Не установлено, насколько должно быть снижено портальное давление для предупреждения кровотечения, однако известно, что кровотечение не наблюдается при снижении градиента порто-кавального давления менее 12 мм.рт.ст. Доза пропранолола, уменьшающая частоту сердечных сокращений на 25% через 12 ч., снижает давление в портальной системе на 30%, хотя это соотношение непостоянно. Бета-блокаторы снижают риск кровотечения на 45%. Пропранолол является безопасным средством - фатальные осложнения при его применении отсутствуют, а возникающие обратимы. С профилактической целью бета-блокаторы принимают пожизненно.

Противопоказания для использования бета-блокаторов: выраженная недостаточность кровообращения, атриовентрикулярная блокада, нарушения ритма, тяжелые обструктивные заболевания легких, психоз, инсулин-зависимый сахарный диабет.

Альтернативные средства - пролонгированные нитраты, прежде всего при плохой переносимости бета-блокаторов. Используется и комбинированное лечение: бета-блокаторы (например, надолол 40-60 мг/сут) + нитраты (изосорбида мононитрат 10-20 мг 2 раза в сутки) [66].

Профилактика повторных кровотечений имеет большое значение в лечении больных циррозом печени. Основана на использовании фармакологических средств, снижающих портальное давление, эндоскопической склеротерапии и хирургических методов (шунтирование). Если избрана фармакологическая терапия, то средством выбора являются неселективные бета-блокаторы - пропранолол и надолол. Применяются в максимально переносимых дозах. Снижение портального давления умеренное. Известно 10 контролируемых исследований эффективности бета-блокаторов для профилактики рецидивов кровотечений [63].

Результаты профилактики рецидивов хуже, чем профилактики первого эпизода кровотечения. Вместе с тем в настоящее время считается, что бета-блокаторы снижают риск рецидивов кровотечения на 40% и летальность на 20% [63]. У 20-30% больных препараты не снижают или недостаточно снижают портальное давление. Результаты лучше у больных циррозом классов А и В по Чайлду. Пролонгированные нитраты применяются отдельно или с бета-блокаторами - такая комбинация более эффективна и позволяет увеличить толерантность к последним.

Эндоскопия. Длительный эндоскопический контроль и лигирование или склеротерапия рецидивирующих варикозных узлов каждые 3-6 месяцев. Если эндоскопическое лигирование варикозных узлов недоступно или противопоказано, рекомендуется назначение некардиоселективных β -блокаторов (пропранолол или надолол) в начальной дозе 20 мг дважды в день, и, если необходимо, постепенно увеличивать дозу до снижения частоты сердечных сокращений на 25%, но не ниже 55 ударов в минуту.

У больных функциональной группы А и В по Чайлду продолжает оставаться актуальным хирургический способ портосистемного шунтирования в различных модификациях. Основная тенденция развития гепатохирургии связана с использованием принципов дозированной декомпрессии. У больных функционального класса А по Чайлду методом выбора является формирование селективного дистального спленоренального анастомоза.

При невозможности выполнить данный вид шунтирования производится любой вид парциальной портальной декомпрессии. У пациентов класса В по Чайлду при наличии асцитического синдрома предпочтение отдается парциальным анастомозам (спленоренальный «бок в бок», мезентерикокавальный, Н-образные анастомозы). У больных функциональной группы В по Чайлду без асцитического синдрома целесообразно основываться на результатах оценки портального кровотока. При удовлетворительных показателях портального кровотока обосновано проведение селективного шунтирования, а при его снижении — парциальной портальной декомпрессии [40]. У больных функциональной группы С по Чайлду, резистентных к эндоскопическому лечению, методом выбора является процедура TIPS.

10. ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.

В	Учитывая развитие постгеморрагического и послеоперационного иммунодефицита при тяжелой кровопотере и рецидивных ЯК целесообразно проведение в ходе оперативного вмешательства антибиотикопрофилактики цефалоспоридами 2 поколения или фторхинолонами + метронидазол
----------	---

Показания для оперативного вмешательства [46]:

- Безуспешность эндоскопической терапии;
- Нестабильность гемодинамики, несмотря на интенсивные вмешательства (больше 3 единиц гемотрансфузии). 1 ед = 250 мл;
- Рецидив кровотечения после начальной консервативной или эндоскопической остановки (до двух попыток эндоскопического гемостаза);
- Шок, связанный с повторным кровотечением;
- Продолжающееся медленное кровотечение с необходимостью переливания крови, превышающим три единицы в день.

Вторичные или относительные показания включают:

- редкую группу крови, сложную перекрестную совместимость, отказ от переливания;
- проявления шока;
- пожилой возраст;
- тяжелое сопутствующее заболевание;
- хроническая язва желудка или ДПК.

Эти критерии также относятся к пожилым пациентам, которые плохо переносят длительные реанимационные вмешательства, переливание большого объема крови и периоды гипотензии [69].

Интраоперационная диагностика

Полноценной ревизии двенадцатиперстной кишки для выявления низкой язвы или дивертикула может помочь мобилизация кишки по Кохеру (рис. 1).

Если во время операции источник кровотечения не находят, то целесообразно прибегнуть к интраоперационной эндоскопии или осуществить гастротомию. Она обычно сводится к широкому разрезу передней стенки желудка, содержащей меньшее количество сосудов. Хорошим доступом к дистальной части желудка и двенадцатиперстной кишки является продольный разрез (длиной около 6см.) через привратник (рис. 2а), а к проксимальной - продольный или поперечный разрез в верхней трети желудка. При этом отдельные хирурги для более детального осмотра слизистой оболочки предлагают воспользоваться цистоскопом, введя его через гастротомическое отверстие. Пилородуоденальный разрез зашивают по типу пилоропластики по Гейнеке-Микуличу (рис. 2б), остальные разрезы - обычным путем с применением двух рядов швов (**Уровень доказательности С**) [3].

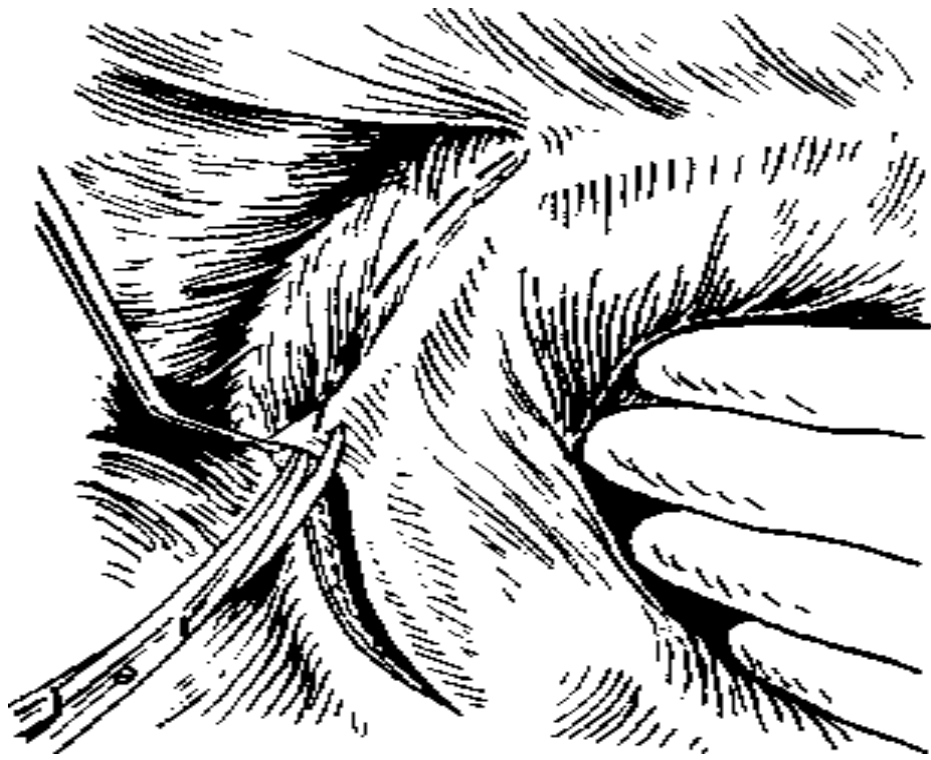


Рис. 1. Мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру.

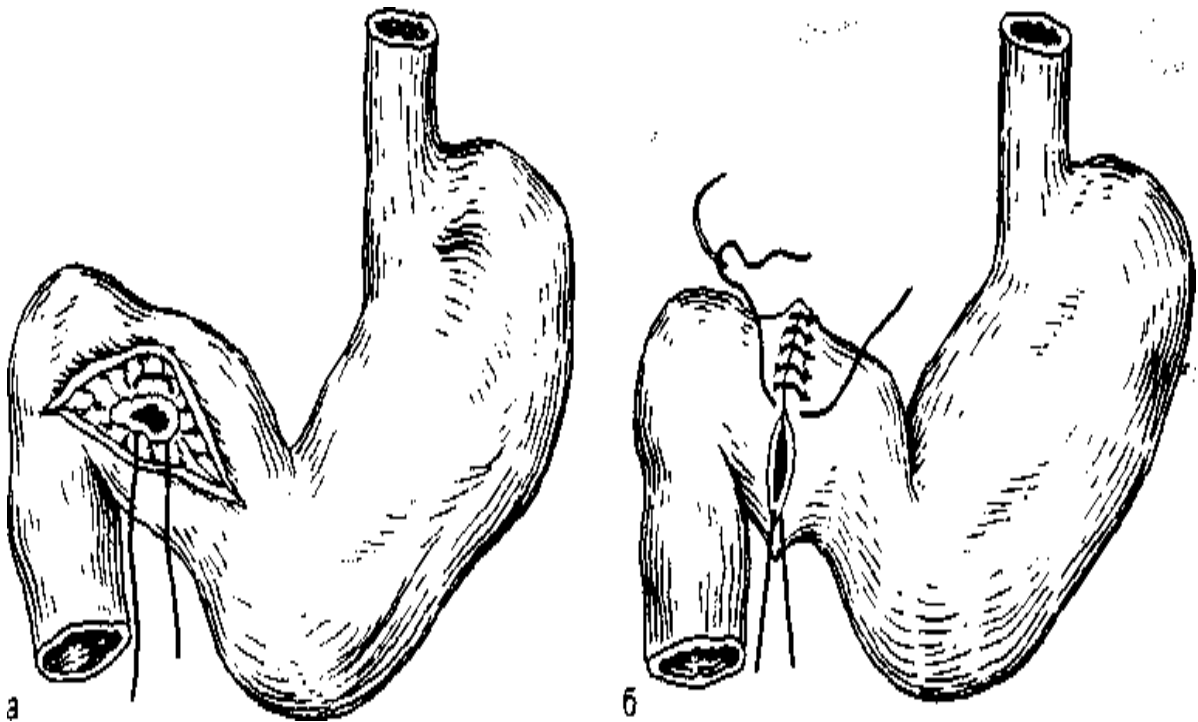


Рис. 2. Рассечение пилорического жома (а - видна язва двенадцатиперстной кишки); разрез в пилородуоденальной зоне зашивают в поперечном направлении (б).

Обнаружение расширенных вен желудка и большого сальника при наличии или отсутствии характерного для цирроза вида печени, как правило, свидетельствует о существовании портальной гипертензии с внутрипеченочной или внепеченочной блокадой, соответственно, и, следовательно, указывает на возможный источник кровотечения - расширенные вены пищевода (**Уровень доказательности В**).

Интраоперационная тактика.

При кровоточащей язве желудка:

Для 1 типа по Johnson: операция выбора - резекция 2/3 желудка по Бильрот-I.

Для 2 типа по Johnson: операция выбора - резекция 2/3 желудка по Бильрот- II.

Для 3 типа по Johnson: операции выбора - пилоросохраняющие резекции по Бильрот-I или резекция 2/3 желудка по Бильрот- II.

Для 4 типа по Johnson: операции выбора - проксимальная резекция желудка, лестничная резекция желудка, субтотальная резекция желудка, гастротомия (выбор этих операций зависит от расстояния локализации язвы от пищевода).

Для 5 типа по Johnson: здесь чаще острые язвы, поэтому лечение чаще консервативное. Но если не удалось остановить кровотечение эндоскопически, то показано: гастротомия, прошивание или иссечение кровоточащих язв и одновременно задняя стволовая и передняя проксимальная селективная ваготомия с пилоропластикой.

Наиболее целесообразным является дифференцированный подход к выбору оперативного вмешательства. Резекция желудка - патогенетически оправданная операция, как при хронической язве желудка, так и при язве ДПК. Кровоточащая язва должна «уйти» в препарат вместе с гастринпродуцирующей зоной при язве желудка или вместе с удаленной частью желудка в пределах 2/3 этого органа при язве ДПК. При подозрении на злокачественный характер язвы желудка резекцию желудка производят с соблюдением онкологических принципов (**Уровень доказательности А**).

У больных с высокой степенью риска, находящихся в крайне тяжелом состоянии, допустимы паллиативные операции в виде иссечения или прошивания язвы. Иссечение язвы следует производить дугообразным разрезом в продольном направлении, чтобы избежать функционально невыгодной деформации желудка при зашивании дефекта [3].

При технических затруднениях в случае иссечения язвы (локализация большой каллезной язвы на задней стенке желудка или высоко в проксимальном его отделе) рекомендуют прошивать кровоточащий сосуд с дополнительной тампонадой пористой гемостатической губкой. Иногда для тампонады язвенного кратера используют часть сальника или мышцы.

Кровотечение может быть из краев язвы или из магистрального сосуда в язве. Его останавливают применением различных швов с использованием нитей из нерассасывающегося материала (**Уровень доказательности В**) (рис. 3).

При прошивании язвы целесообразно накладывать Z-образный шов. С его помощью можно надежно остановить кровотечение при наличии плотного язвенного инфильтрата. Следует отметить, что паллиативные операции при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях дают плохие отдаленные результаты. Почти у половины из них возникает необходимость в повторных оперативных вмешательствах. Следовательно, такие операции широко применять не следует [11,70,62].

Рекомендуемая интраоперационная тактика при кровоточащей язве ДПК: Операция выбора - иссечение кровоточащей язвы с пилоро- или дуоденопластикой и селективной проксимальной ваготомией (СПВ). Также применяется резекция 2/3 желудка по Бильрот-II. А если язва ДПК локализована на задней стенке и удалима свободно - то резекция 2/3 желудка по Бильрот-I; если низкая язва ДПК - то резекция 2/3 желудка на выключение по Бильрот-II (**Уровень доказательности В**).

Прошивание кровоточащей язвы ДПК или желудка делать только у ослабленных больных с выраженной сопутствующей патологией или крайне нестабильной гемодинамикой. После прошивания язвы рецидив кровотечения в стационаре около 30% и повторное оперативное вмешательство выполняется потом чаще на декомпенсированном больном, что приводит к высокой послеоперационной летальности [3].

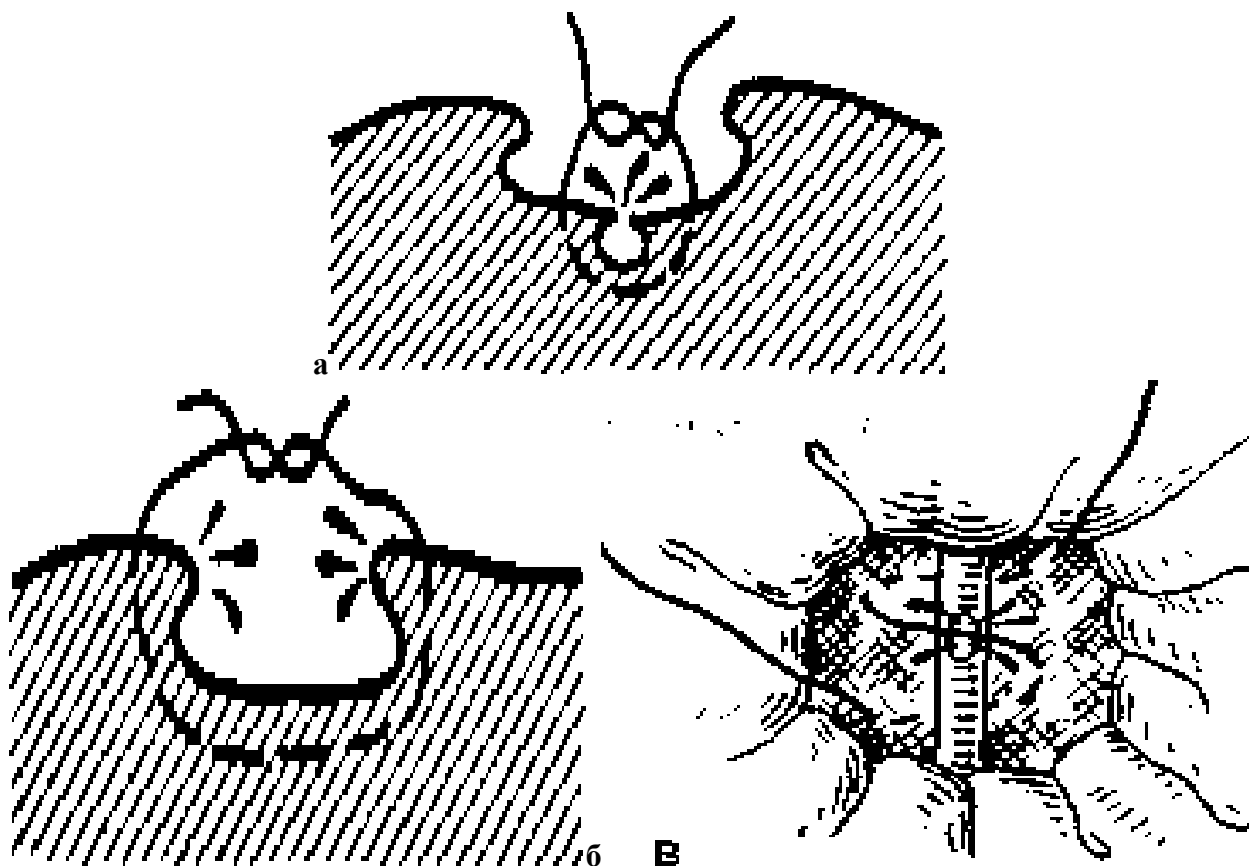


Рис. 3. Прошивание кровоточащей язвы (а - при кровотечении из ее краев; б - при кровотечении из магистрального сосуда; в - наложение Z-образного шва.)

Лечение сочетанных язв (язвы ДПК и желудка) осуществляют, как правило, так же, как и лечение язвы ДПК. Предпочтение отдают задней стволовой и передней СПВ с дренирующей желудок операцией (поперечная пилоропластика). Кровоточащую язву желудка при этом иссекают или зашивают. Она является вторичной по отношению к язве ДПК и очень редко малигнизируется. Тем не менее, если ее не иссекали, то такой больной подлежит динамическому наблюдению с эндоскопическим (при необходимости с биопсией) контролем в последующем (**Уровень доказательности В**).

Остановку кровотечения из пептической язвы желудочно-кишечного анастомоза, развившейся после резекции желудка, осуществляют прошиванием кровоточащего сосуда. Стволовая ваготомия в этих случаях также является предпочтительной операцией. Она позволяет избежать более травматичной резекции желудка при недостаточной по объему первичной резекции желудка. Отличительной особенностью такого вмешательства является отсутствие необходимости в дренирующей операции.

Если причиной пептической язвы оказывается оставленный во время резекции желудка участок слизистой оболочки антрального отдела желудка, то стволовую ваготомию дополняют удалением остатка антрального отдела.

Положение значительно сложнее, если пептическая язва вызвана гастриномой (синдром Золлингера-Эллисона). Это патологическое состояние встречается редко и диагностика его трудна. Общепринятой хирургической тактики при нем в условиях острого язвенного кровотечения не выработано. Нет сомнения в необходимости остановки кровотечения путем обшивания сосудов и удаления опухоли при ее обнаружении. Вызывает возражение рекомендация производить гастрэктомию (патогенетически оправданную) как

при выявленной, так и при необнаруженной гастриноме. Более целесообразным представляется предложение ограничить хирургическое вмешательство остановкой кровотечения, дополнив ее стволовой ваготомией с дренирующей желудок операцией, чтобы в последующем осуществить специальное обследование и произвести радикальную операцию в плановом порядке (**Уровень доказательности С**).

При разрывах слизистой оболочки пищевно-желудочного перехода (синдром Меллори-Вейсса) остановка кровотечения достигается зашиванием трещин 8-образными швами (рис. 6).

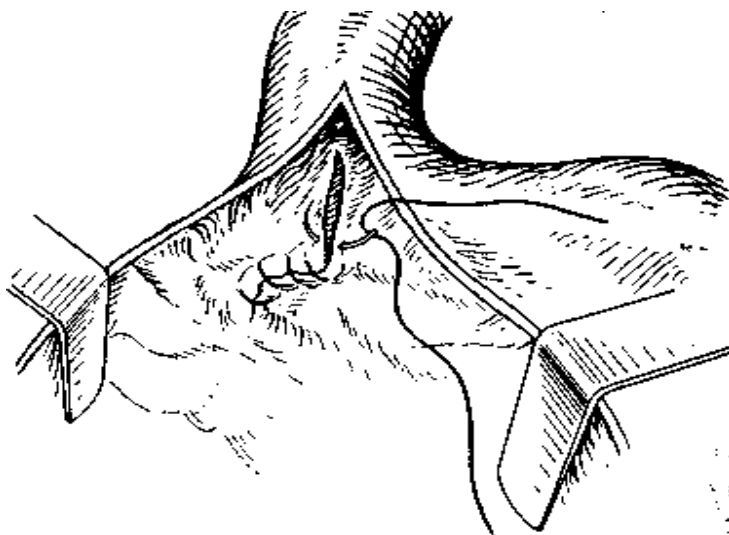


Рис. 6. Зашивание трещин при синдроме Меллори-Вейсса.

Операция М.Д.Пациора есть прямое вмешательство на варикозно расширенных венах пищевода и желудка, что является единственным способом гемостаза, снижения риска кровотечения, улучшения качества и продолжительности жизни. Сущность операции состоит в прошивании и перевязке отдельными лигатурами варикозных вен кардиального отдела желудка и пищевода со стороны слизистой оболочки, перевязке венечной вены желудка и левых желудочных сосудов, иногда в сочетании со спленэктомией (рис. 7).

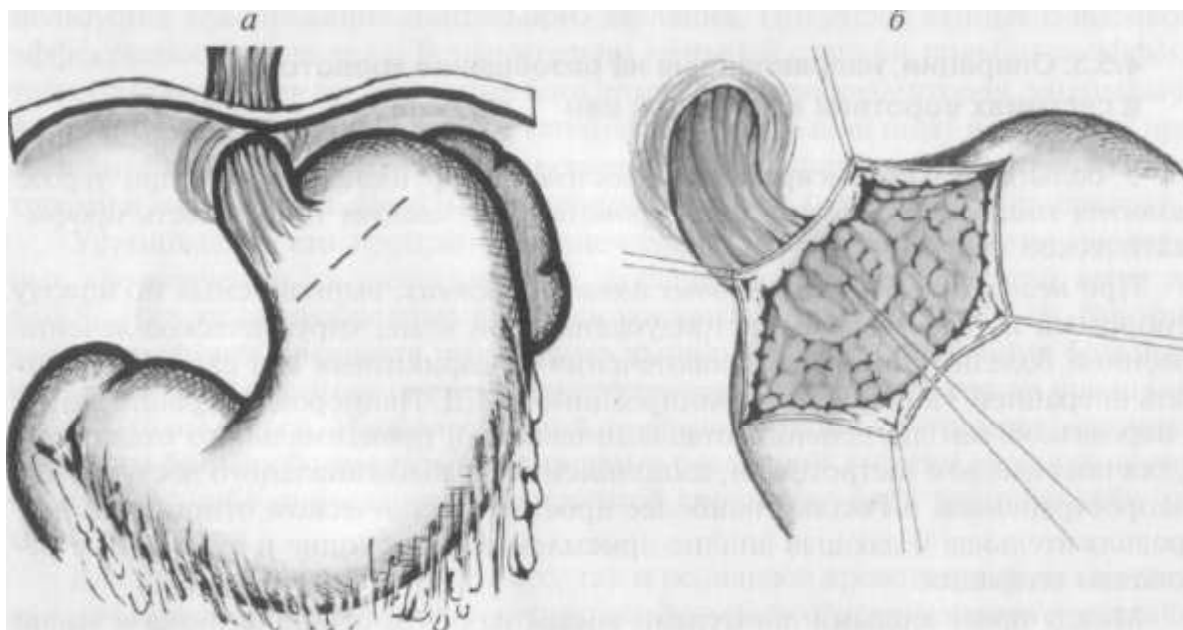


Рис. 7. Операция М.Д. Пациоры

11. АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖКК ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

11.1. Протокол диагностики для первичного уровня оказания медицинской помощи при ЖКК из верхних отделов ЖКТ

1.	Жалобы	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Рвота алой кровью (гематомезис) или по типу «кофейной гущи»; ➤ Головокружение; ➤ Ощущение шума в ушах и мелькание «мушек» перед глазами; ➤ Обильный жидкий дегтеобразный стул (мелена); ➤ Одышка; ➤ Сердцебиение; ➤ Холодный пот; ➤ Общая слабость; ➤ Жажда ➤ Бледная кожа ➤ Уменьшение суточного диуреза.
2.	Анамнез	<p style="text-align: center;">Наличие в анамнезе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки; ➤ цирроза печени; ➤ неукротимой рвоты; ➤ рвоты с кровью (гематомезис); ➤ черного дегтеобразного стула (мелена).
3.	Осмотр больного	<ul style="list-style-type: none"> ➤ окраска кожи и видимых слизистых оболочек; ➤ артериальное давление; ➤ пульс.
4.	Введение назогастрального зонда	Поступление по зонду крови свидетельствует о наличии кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
5.	Пальцевое исследование прямой кишки	На перчатке следы черного дегтеобразного стула (мелена).
6.	Общий анализ крови	Необходимо провести общий анализ крови с целью первичной диагностики постгеморрагической анемии, характерными признаками которой являются: снижение эритроцитов, Hb, Tr, Ht и повышение СОЭ
7.	Определение гематокритного числа при острой кровопотере	Ht – выражает массу эритроцитов в процентах от общего объема крови. Уменьшение Ht происходит только с уменьшением Hb. У мужчин в норме гематокритное число составляет 49-54%, у женщин 39-49%.
8.	Постановка предварительного диагноза.	
9.	Направление на госпитализацию в стационар.	

11.2. Протокол диагностики для вторичного уровня оказания медицинской помощи

1.	Жалобы	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Рвота алой кровью (гематомезис) или по типу «кофейной гущи»; ➤ Головокружение; ➤ Ощущение шума в ушах и мелькание «мушек» перед глазами; ➤ Обильный жидкий дегтеобразный стул (мелена); ➤ Одышка; ➤ Сердцебиение; ➤ Холодный пот; ➤ Общая слабость; ➤ Жажда; ➤ Бледная кожа; ➤ Уменьшение суточного диуреза.
2.	Анамнез	<p>Наличие в анамнезе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки; ➤ цирроза печени; ➤ неукротимой рвоты; ➤ рвоты с кровью (гематомезис); ➤ черного дегтеобразного стула (мелена).
3.	Осмотр больного	<ul style="list-style-type: none"> ➤ окраска кожи и видимых слизистых оболочек; ➤ артериальное давление; ➤ пульс.
4.	Введение назогастрального зонда	Поступление по зонду крови свидетельствует о наличии кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
5.	Пальцевое исследование прямой кишки	На перчатке следы черного дегтеобразного стула (мелена).
6.	Общий анализ крови	Необходимо провести общий анализ крови с целью первичной диагностики постгеморрагической анемии, характерными признаками которой являются: снижение эритроцитов, Hb, Tr, Ht и повышение СОЭ
7.	Определение гематокритного числа при острой кровопотере	Ht – выражает массу эритроцитов в процентах от общего объема крови. Уменьшение Ht происходит только с уменьшением Hb. У мужчин в норме гематокритное число составляет 49-54%, у женщин 39-49%.
8.	Экстренные лабораторные исследования	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Клинический анализ крови; ➤ Протромбиновый индекс; ➤ Время свертывания крови; ➤ Количество тромбоцитов; ➤ Концентрация электролитов сыворотки крови; ➤ Печеночные пробы; ➤ Креатинин; ➤ Группа крови и резус-фактор.
9.	Эндоскопическое исследование	Точное определение причины кровоизлияния помогает лечению и улучшает прогноз в лечении пациентов.
10.	Оформление клинического диагноза.	
11.	Лечение.	

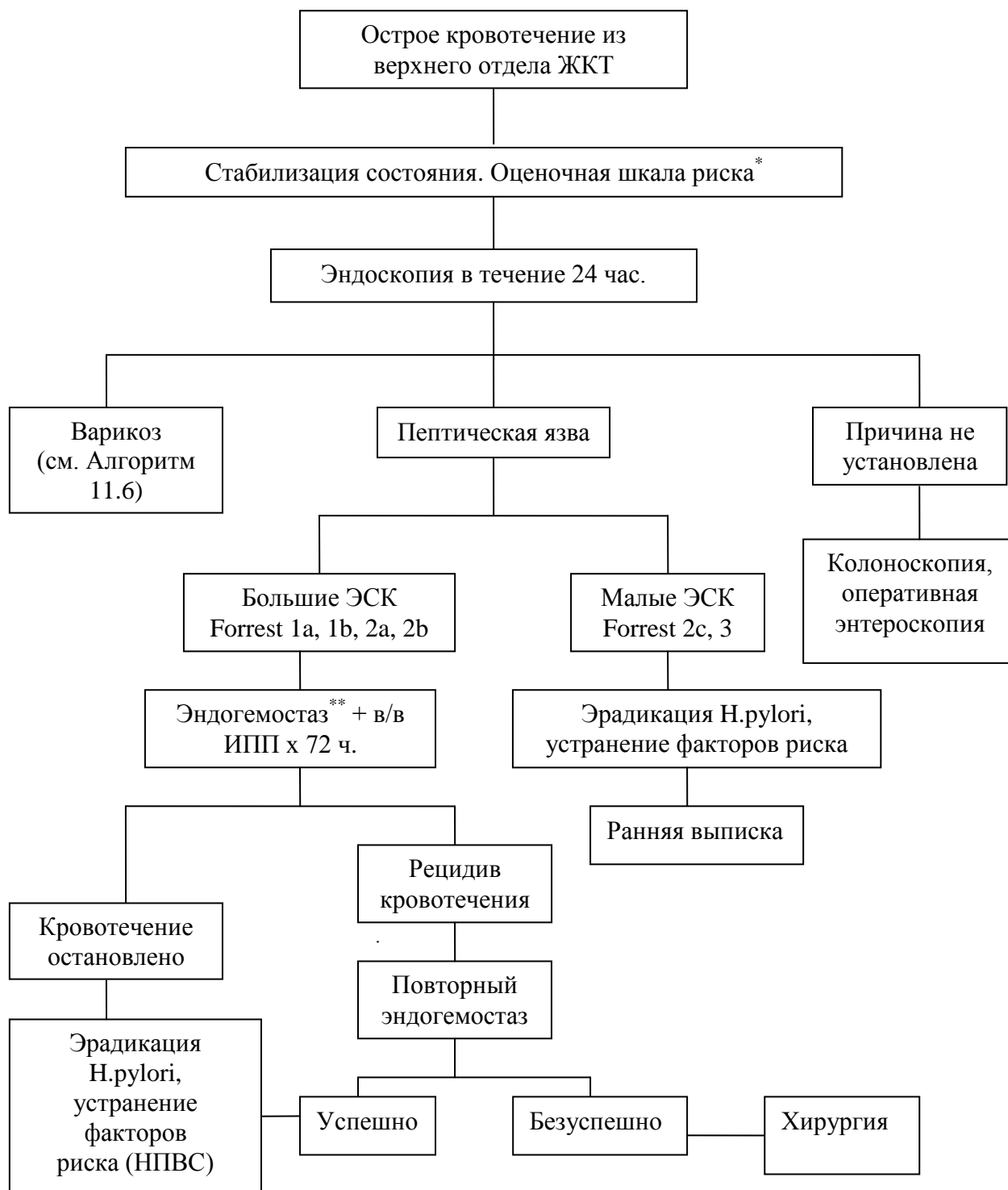
11.3. Протокол лечения для первичного уровня оказания медицинской помощи

1.	Первая врачебная помощь	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Первичная оценка состояния по системе ABC; ➤ Запрещение приема пищи и воды; ➤ Помещение пузыря со льдом или холодной водой на живот; ➤ При тяжёлом кровотечении и коллапсе приподнимают ножной конец носилок; ➤ Больного транспортируют на носилках.
2.	Схема в/в инъекций	Sol. NaCl 0,9% - по 20-40 мл/кг (около 2л. для взрослого)
3.	Направление больного на госпитализацию в стационар.	

11.4. Протокол лечения для вторичного уровня оказания медицинской помощи

№	Слабое или умеренное кровотечение	Выраженное кровотечение
	Мероприятия по экстренной госпитализации	
1.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Оценочная шкала состояния по ABC; ➤ Запрещение приема пищи и воды; ➤ Помещение пузыря со льдом или холодной водой на живот; ➤ Вдыхание кислорода через маску или назальные зонды; ➤ При тяжёлом кровотечении и коллапсе приподнимают ножной конец носилок; ➤ Больного транспортируют на носилках. 	
	Протокол лечебной тактики в условиях ОРИТ	
2.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внутривенный доступ в обе локтевые вены иглами крупного калибра (16G и более). При необходимости катетеризация яремной, подключичной или бедренной вены. Мониторинг ЦВД, АД, пульса; 2. Установка мочевого катетера у пациентов с гипотензией, продолжать мониторинг ЧСС и АД, ЦВД; 3. Установка назогастрального зонда для контроля кровотечения и подготовки на эндоскопическое исследование; 4. Инфузионно-трансфузионная терапия. ИТТ необходимо начинать с кристаллоидных растворов: 0.9 % раствор NaCl 20-40 мл/кг в течение 20 минут (около 2 л. для взрослого); 5. В течении первых 24 ч. провести эндоскопическое лечение; <p>Ранняя фармакотерапия: болюсное введение 80 мг омепразола или пантопразола с последующей инфузией 8 мг/ч в течение 72 ч. после эндоскопического гемостаза.</p>	
	Протокол лечебной тактики в хирургическом отделении	
3.	<ol style="list-style-type: none"> 1. щадящая диета с первых суток; 2. инфузионная терапия и коррекция коагуляционных расстройств; 3. антисекреторная терапия: болюсно 80мг. омепразола в/в, далее пероральный прием омепразола по 80-120 мг/сут. в течение пребывания в стационаре; при положительном тесте на наличие H. pylori целесообразно начать курс эрадикационной терапии: в дополнение к омепразолу (80 мг/сут) - кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки. 	

11.5. Алгоритм действия при неварикозных кровотечениях из верхнего отдела ЖКТ

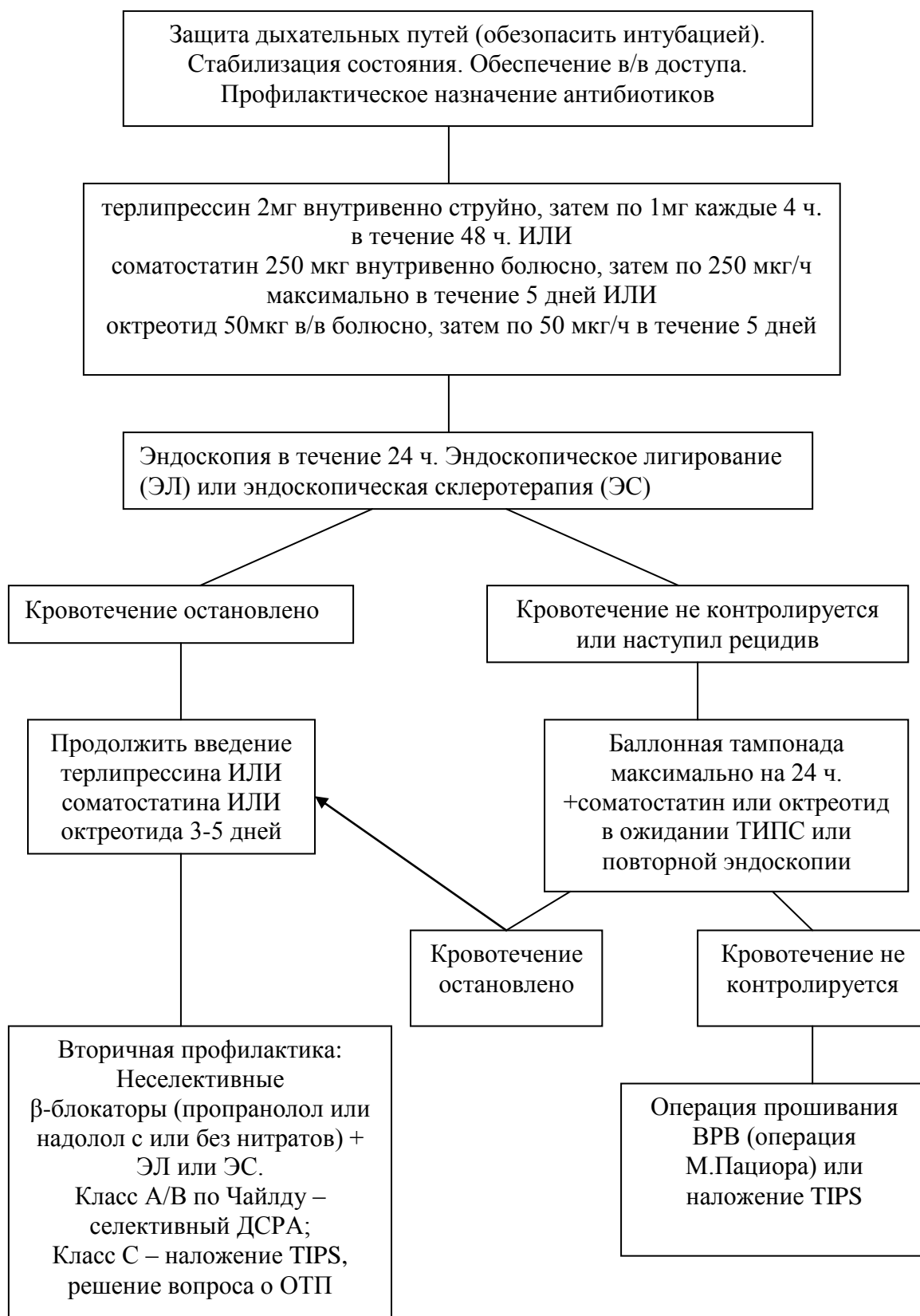


Примечание:

* Эмпирически назначается на этом уровне в/в введение ИПП. Рекомендуется использовать оценочную шкалу риска Rockall. Пациенты со шкалой риска ≤ 2 могут быть рассмотрены для ранней выписки под амбулаторное наблюдение. При шкале ≥ 6 пациенты должны находиться в отделении интенсивной терапии.

** Рекомендованы инъекции эпинефрина с термическими или механическими способами эндоскопического гемостаза.

11.6. Алгоритм ведения пациентов с острым варикозным кровотечением



Показатели крови у здоровых людей

Показатели	Единицы СИ
Гемоглобин: М	130,0-160,0 г/л
Ж	120,0-140,0 г/л
Эритроциты: М	$4,0-5,08 \cdot 10^{12}/л$
Ж	$3,9-4,7 \cdot 10^{12}/л$
Цветовой показатель	0,85-1,05
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците	30-35 пг
Ретикулоциты	2-10‰
Тромбоциты	$180,0-320,0 \cdot 10^9/л$
Лейкоциты	$4,0-9,0 \cdot 10^9/л$
Нейтрофилы: палочкоядерные	1-6%
сегментоядерные	47-72%
эозинофилы	0,5-5%
базофилы	0-1%
лимфоциты	19-37%
моноциты	3-11%

Шкала уровней доказательности

A	<ul style="list-style-type: none"> • Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Высококачественный систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или • Высококачественное когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или • РКИ с невысоким риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	<ul style="list-style-type: none"> ○ Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или ○ РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию
D	<ul style="list-style-type: none"> • Описания серии случаев или • Неконтролируемое исследование или • Мнения экспертов • Рекомендации, основанные на клиническом опыте членов мультидисциплинарной группы

Систематический поиск, оценка и обобщение доказательств

Поскольку объем биомедицинской литературы, посвященный проблеме кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта достаточно велик, а также в связи с тем, что не существует единого источника, в котором были бы собраны все имеющиеся доказательства по данной проблеме, рабочей группой был проведен систематический обзор публикаций, позволивший достигнуть оптимального баланса чувствительности и специфичности поискового процесса.

Рабочей группой использовалась общая схема поэтапного библиографического ретроспективного поиска:

1. Разработка поискового образа;
2. Поиск источников литературы, соответствующих поисковому образу;
3. Изучение источников литературы с оценкой их соответствия поисковому образу и уточнением перечня источников.

Разработка поискового образа позволила определить ключевые разделы проблемы, по которым осуществлялся поиск публикаций. Это помогло значительно сузить круг статей, попавших в поле зрения разработчиков руководства. Выбранные разделы включали в себя: а) клиническую эпидемиологию, б) клинические практические рекомендации по диагностике, профилактике, лечению ЖКК, в) исследование эффективности диагностических и лечебных вмешательств при ЖКК.

Источники поиска клинических рекомендаций

Поиск доброкачественных клинических практических рекомендаций осуществлялся в национальных и международных реестрах клинических руководств (табл.7), а также в других базах данных клинических рекомендаций, размещенных в Интернет (табл.8). Все документы, опубликованные на этих ресурсах, подготовлены, одобрены, регулярно пересматриваются и обновляются советами экспертов государственных здравоохранительных организаций и профессиональных медицинских ассоциаций экономически развитых стран.

Таблица 7

Крупнейшие национальные базы данных клинических практических рекомендаций

Страна и название ресурса	Интернет - адрес
Соединенные Штаты Америки	
US National Guideline Clearinghouse (NGC)	http://www.guideline.gov
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	http://www.phppo.cdc.gov/CDCRecomends/AdvSearchV.asp
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm
Health Services Technology Assessment Text (HSTAT) and National Library of Medicine (NLM)	http://hstat.nlm.nih.gov
Канада	
Canadian Medical Association (CMA)	http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp
Health Canada-Population and Public Health Branch (PPHB)	http://www.hc-sc.gc.ca/pphbdgspsp/dpg_e.html

Великобритания	
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	http://www.nicw.org.uk
Guidelines	http://www.eguidelines.co.uk
Sheffield Evidence for Effectiveness and Knowledge (SEEK)	http://www.shef.ac.uk/seek/guidelines.ht
National electronic Library for Health (NeLH)	http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder
PRODIGY Clinical Guidance	http://www.prodigy.nhs.uk/ClinicalGuidance
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk
Германия	
German Guideline Information Network (SIGN)	http://www.leitlinien.de/english/english/view;
Австралия	
Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC)	http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/cp-home.htm
Новая Зеландия	
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	http://www.nzgg.org.nz/library.cfm
Россия	
Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины (ОСДМ)	http://www.osdm.org

Таблица 8

Избранные Интернет – ресурсы, для врачей общей практики и специалистов, на которых размещены клинические рекомендации по ЖКК

Страна и название ресурса	Интернет - адрес
Соединенные Штаты Америки	
American Society of Health – System Pharmacists (ASHP)	http://www.ashp.org
American College of Physicians (ACP)	http://www.acpoline.org/scipolicy/ guidelines/?in
Финляндия	
Evidence – Based Medicine (EBM) Guidelines	http://www.ebm- guidelines.com/home.html
Россия	
Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины (ОСДМ)	http://www.osdm.org

Дополнительные источники и способы поиска клинических руководств и доказательств

Дальнейший поиск клинических рекомендаций, доказательств по кровотечению из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта по эффективности диагностических, профилактических и лечебных процедур при ЖКК проводился в англоязычных электронных библиографических базах медицинских данных «Медлайн» (MEDLINE) и «Эмбейз». Параллельный поиск в этих интернет-ресурсах, индексирующих в общей сложности более 6000 реферируемых журналов и книг, обеспечил выявление большей части существующих релевантных статей, поскольку перекрытие информации, содержащейся в указанных базах данных, невелико (у «Медлайн» и «Эмбейз» всего 20%) [46].

«Медлайн» (MEDLINE – MEDLARS ON – LINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System On - line) – электронная библиографическая база медицинских данных, созданная и поддерживаемая Национальной медицинской библиотекой Соединенных Штатов Америки. «Медлайн» содержит в основном публикации в медицинских журналах США за 1966 – 2004 г.г., ориентированные большей частью на освещение результатов клинических исследований. Для работы с этой базой данных нами использовалась интернет-система PubMed (Publications in Medicine), специально созданная для оптимизации поиска информации в «Медлайн».

Библиографическая база данных "Эмбейз" (расширенная электронная версия реферативного журнала Excerpta Medical), содержит публикации из европейских медицинских журналов за период с 1974 г. по 2004 г. и ориентирована в основном на фармакологическую литературу.

Поиск доказательств по темам, не освещенных или недостаточно полно описанных в найденных и отобранных клинических руководствах, осуществлялся в базе данных The Cochrane Library 2003, Issue 4. Данный выпуск включает в себя крупнейший реестр систематических обзоров (3181), рефератов обзоров эффективности медицинских вмешательств (4284), центральный регистр контролируемых испытаний (378160) и т.д.

Ключевые поисковые слова

Термин "кровотечение" (*bleeding*) и словосочетание желудочно-кишечное кровотечение (*gastrointestinal bleeding*) служили основными ключевыми словами поиска. По ним осуществлялся прямой поиск – только по одному ключевому слову или словосочетанию. Также был проведен перекрестный поиск – по нескольким ключевым словам одновременно. В этом случае использовались как основные, так и второстепенные ключевые слова: диагностика (*diagnostics*), лечение (*treatment*), систематический обзор (*systematic review*), когортное исследование (*cohort study*), рандомизированное – контролируемое исследование (*randomized, controlled trials*), хирургическое лечение (*surgical treatment*), специфичность (*specificity*), мета-анализ (*meta-analysis*), клинические рекомендации (*clinical guidance*), уровень доказательности (*level of evidence*), ингибиторы протонной помпы (*proton-pump inhibitors*). Методика прямого и перекрестного поиска применялась с целью максимально возможного количества публикаций, относящихся к теме работы.

Способы построения поисковых запросов

Запросы в перечисленных базах данных строятся по указанным ключевым словам, описывающим содержание статьи. Для уточнения формулировок ключевых слов и словосочетаний использовался контролируемый словарь медицинских терминов MESH (Medical Subject Headings), насчитывающий более 20000 предметных рубрик. Поиск по ключевым словам в базу данных MEDLINE и EMBASE проводился с использованием дополнительных фильтров-полей базы данных. Для задания более точных критериев поиска идентификатор поля указывался вслед за ключевым словом или словосочетанием в квадратных скобках, при этом поиск осуществляется только в указанном поле, другие же поля игнорировались. Для фильтрации информационного потока в соответствии с

созданным поисковым образом и повышения эффективности (точности и полноты) поиска нами использовался ряд полей. Так в поле «Дата публикации» [CD] была установлена глубина поиска - 10 лет, другими словами, в обзор включались только публикации, вышедшие из печати в период с 2000 по 2010 гг. В поле «Текстовое слово» [TW] поиск ключевого слова проводился по всем словам и цифрам, встречающимся в заголовке, резюме и в самой статье. Поле «Тип публикации» [PT] использовалось в качестве методологического фильтра для выявления публикаций, описывающих исследования, сходные по дизайну и методологии с нашей работой. Языковые ограничения не устанавливались.

Запросы формировались с учетом правил Булевой алгебры, в частности использовались три ее оператора: «И» (AND), «или» (OR) и «NOT» (или BUTNOT). С их помощью комбинировались ключевые слова запросов и поля, что позволяло создавать заявки практически неограниченной сложности.

С учетом всех правил, запросы в поисковой системе PubMed выявляли следующим образом: (Gastrointestinal Bleeding [MH] AND Guidelines [PT] AND Treatment[TW] AND 2000-2010 гг.), хранящиеся в Национальной медицинской библиотеке США, посвященные лечению ЖКК.

После формирования запроса осуществляется контроль полученной библиографической информации. Если в списке найденной литературы менее 33% статей было релевантными, то условия поиска пересматривались. Дублирующий материал отбрасывался.

Чтобы не пропустить существенной информации, посвященной изучаемым вопросам, была предпринята следующая тактика. После анализа в полнотекстовых публикациях библиографических ссылок на другие статьи, были выбраны дополнительные источники, имеющие отношение к изучаемым категориям.

Также был проведен дополнительный поиск в сети Интернет на англоязычных (Yahoo, AltaVista, Google, DoctorGuide) и русскоязычных (Yandex, Rambler) поисковых сайтах с использованием указанных ключевых слов. Вся новая информация подвергалась отбору, описанному выше. В случаях, когда электронный поиск публикаций был невозможен, проводился ручной отбор.

Критерии включения / исключения публикаций

В обзор включались статьи, посвященные только диагностике, клинике и лечению ЖКК. При этом в анализ включались рефераты и полнотекстовые варианты публикаций, описывающих следующие дизайны исследований:

- 1) одномоментные, когортные исследования (изучение эпидемиологии ЖКК);
- 2) изучение надежности диагностических тестов (диагностика ЖКК), при этом, если для предполагаемого диагностического метода не были предоставлены данные о его чувствительности и специфичности (наличии золотого стандарта), то эта диагностическая процедура из обзора исключалась;
- 3) рандомизированные контролируемые исследования, систематические обзоры, мета-анализы (изучение эффективности различных способов диагностики и лечения ЖКК);
- 4) клинические практические рекомендации, разработанные другими рабочими группами (в т.ч. иностранными).

Глубина поиска. При подготовке руководства изучались документы, опубликованные в период с 2000 по 2010 гг. Языковые ограничения не устанавливались.

Каждая из полученных статей была проанализирована ответственным исполнителем проекта. Целью независимого анализа публикаций было оценить их соответствие избранным ключевым разделам проблемы, а также критериям включения/исключения в систематический обзор. Статьи, не отвечавшим поисковым задачам, а также некачественные, с методологической точки зрения, отбрасывались. При этом в качестве критериев качества использовались рекомендации канадской группы Доказательной медицины университета Мак-Мастер (McMaster University), Торонто.

В результате проведенного поиска и критического анализа более 1500 релевантных рефератов и полнотекстовых статей, было отобрано 23 источников, которые стали основой создания данного руководства.

Процесс формулировки рекомендаций

Параллельно с систематическим поиском, оценкой и обобщением литературных данных, рабочая группа разрабатывала рекомендации, основанные на найденных фактах. Однако, поскольку некоторые разделы руководства формулировались в разное время, то существовала высокая вероятность, что отдельные части разработанного документа не объединены логической связью. С целью создания окончательного варианта руководства, который бы отвечал следующим требованиям:

- текст руководства должен представлять единое целое,
- в руководстве мнения всех участников рабочей группы были бы учтены,
- в руководстве должны учитываться особенности оказания медицинской помощи с ЖКК на всех этапах здравоохранения в Кыргызской Республике, рабочей группой был использован формализованный метод достижения консенсуса – проведение совещания согласительной комиссии.

Членами комиссии были избраны представители следующих специальностей:

1. Ниязов Б.С. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой КГМИПиПК.
2. Бейшенкулов М.Т. д.м.н., профессор, заведующий отделением реанимации НЦКиТ им. Миррахимова.
3. Белеков Ж.О. д.м.н., заведующий отделением гнойной хирургии НГ МЗ КР.
4. Бейшенбаев М.И. д.м.н., заведующий отделением НЦО МЗ КР.

Порядок работы согласительной комиссии:

1 этап. Предварительное голосование.

Черновые варианты рекомендаций и обосновывающие их доказательства были разосланы членам рабочей группы с тем, чтобы каждый участник согласительного совещания, независимо от других членов авторского коллектива, заполнил форму для голосования, обосновав в письменной форме свою позицию.

Каждая рекомендация оценивалась по следующим пунктам:

1. Полнота, правильность и ясность формулировки;
2. Соответствие рекомендации доказательствам, на которых она основана;
3. Применимость рекомендации к местным условиям.

Для количественной оценки суждений использовалась визуально-аналоговая шкала (Likert scale) от 1 до 10, где 1 означало – полностью не согласен, 10 – полностью согласен. Полученные результаты предварительного голосования были получены и обобщены с использованием статистического пакета для эпидемиологических исследований STATA 6,0 [STATA Corporation. Stata reference manual, release 3.1,6th ed. – College Station. Texas: Stata Corp, 1993].

2 этап. Повторное тайное голосование.

На однодневном совещании согласительной комиссии были сформированы следующие группы рекомендаций:

- a) Рекомендации, по которым разногласий не было выявлено;
- b) Рекомендации, применимость которых к условиям Кыргызской Республики нуждается в дополнительном обсуждении;
- c) Рекомендации, вызывающие разногласия в интерпретации;
- d) Рекомендации, для которых не существует доказательств, но которые адресованы важным аспектам диагностики и лечения ЖКК.

Если разногласий по тексту рекомендации выявлено не было, то она автоматически принималась, и на повторном голосовании больше не обсуждалась. Если результаты предварительного голосования свидетельствовали о разногласиях, то проводилось повторное тайное голосование с учетом предложенных изменений. Голосования

продолжались до тех пор, пока не принималась окончательная формулировка рекомендации.

Процесс обсуждения и голосования стенографировался, при этом регистрировались все изменения.

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы в проекте по созданию данного клинического руководства (01 октября 2008 г.), а также на рабочем совещании согласительной комиссии, проведенном 21 июня 2010 г., все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями.

Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или других конфликтных интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики и лечения кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Апробация клинического руководства по кровотечениям из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта

Цель апробации: оценка приемлемости использования клинического руководства на тему: «Кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта» разработанного ассоциацией хирургических обществ Кыргызской Республики и Национальным хирургическим центром. Утвержденного Министерством здравоохранения Кыргызской Республики.

Дата проведения апробации:

Участники апробации: пре-тест был проведен среди врачей хирургов НХЦ. (табл. 8)

Таблица 8

№	Фамилия Имя	Должность
1.	Абдуллаев Д.С.	Зав. сектором НХЦ., к.м.н.
2.	Иманов Б.М.	Зав. сектором НХЦ., к.м.н.
3.	Калжикеев А.М.	Зав. отделением НХЦ., к.м.н.
4.	Салибаев О.А.	Зав. отделением НХЦ., д.м.н.

При оценке клинических рекомендаций использовались соответствие клинических рекомендаций практическим условиям работы врачей хирургов, степень удовлетворенности данным руководством, ясность и четкость изложения рекомендаций, их эффективность и безопасность, наличие материала для практического использования. Таким образом, экспертиза клинических рекомендаций по ЖКК включала в себя оценку методов, использованных при разработке, содержания окончательного варианта рекомендаций, и факторов, связанных с их внедрением.

Методология:

Анкета для проведения **апробации** данного клинического руководства разработана на основе AGREE опросника.

На основании результатов апробации, проведенной среди врачей хирургов, были сделаны следующие выводы:

1. 80,4% опрошенных врачей-хирургов признают приемлемость использования клинического руководства «Кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта» в условиях ЦСМ и отсутствие различий между данными рекомендациями и существующими условиями работы. Кроме того, все врачи-хирурги отмечают, что данное руководство содержит рекомендации, алгоритм и дополнительные материалы, описывающие различные варианты помощи больным с ЖКК, что облегчает проведение диагностики и лечения больных с ЖКК.

2. По мнению отдельных хирургов возможно дополнение клинического руководства информацией об оказании медицинской помощи больным с ЖКК и хроническими или другими сопутствующими заболеваниями.

3. Согласно мнению врачей хирургов, внедрение руководства в практическую деятельность будет способствовать повышению качества оказываемой помощи больным с ЖКК.

4. Степень удовлетворенности: большинство опрошенных хирургов (80,4%) полностью удовлетворены содержанием и качеством руководства, и 14,1% удовлетворены отчасти.

Приложение 3

Индикаторы оценки степени изменения тактики лечения пациентов согласно новым КП/КР «Диагностика и лечение ЖКК из верхних отделов ЖКТ»

Индикаторы вложения

1. % ЛПО первичного уровня, оснащенных назогастральными зондами больших размеров (24 Fr или более) среди всех ЛПО первичного уровня.;
2. % ЛПО областного и третичного уровня, оснащенных оборудованием для эндоскопической диагностики ЖКК среди всех ЛПО областного и третичного уровня.;
3. % ЛПО областного и третичного уровня, оснащенных оборудованием для эндоскопического лечения (инъекторы, лигаторы, коагуляторы) ЖКК среди всех ЛПО областного и третичного уровня.;
4. % хирургов ЛПО, прошедших обучение технике эндоскопического обследования и гемостаза.;
5. % хирургов ЛПО, владеющих техникой эндоскопического гемостаза.

Индикаторы процесса

1. % амбулаторных карт пациентов, поступивших с ЖКК на первичный уровень, где есть запись о проведении обследования и промывания желудка при помощи назогастрального зонда среди всех поступивших с ЖКК на первичный уровень.;
2. % историй болезней пациентов с ЖКК, в которых есть запись о проведении оценки состояния по шкале Rockall.;
3. % историй болезни пациентов с ЖКК, где есть запись о проведении первичной оценки состояния по ABC при остром ЖКК.;
4. % историй болезней пациентов с ЖКК без язвы в анамнезе, которым до эндоскопии были назначены ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол) среди всех пациентов, поступивших с ЖКК.;
5. % историй болезней пациентов с ЖКК с подозрением на варикозное кровотечение, которым до эндоскопии (или эндоскопия невозможна) были назначены терлипрессин, или соматостатин, или октреотид.;
6. % пациентов с ЖКК, которым в/в инфузия начата с растворов кристаллоидов: Sol. NaCl 0,9% - по 20-40 мл/кг (не менее 2 л для взрослого).;
7. % историй болезней пациентов с ЖКК, которым было проведено эндоскопическое исследование в течение 24 ч. среди всех больных, поступивших с ЖКК.;
8. % историй болезни пациентов с ЖКК, в которых были учтены эндоскопические стигматы для прогноза рецидива среди всех историй болезни, поступивших с ЖКК.;
9. % историй болезней пациентов с ЖКК, обследованных на *Helicobacter pylori* среди всех пациентов, поступивших с ЖКК.;
10. % историй болезней пациентов с ЖКК, у которых после подтверждения *Helicobacter pylori*, была проведена эрадикационная терапия.;
11. % историй болезни, где есть запись о проведении обучения пациентов профилактике ЖКК во время пребывания в стационаре.

Список литературы:

1. Вовк Е.И. Фармакотерапия кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. - МГМСУ им. Н.А. Семашко. – www.medlincs.ru. – 2010.
2. Елагин Р.И. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. – www.medlincs.ru. – 2010.
3. Змушко М.Н. Основные моменты тактики лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) Опубликовано 23-05-2007. – www.gastrosite.ru.
4. Ткач С.М. Перспективы парентерального применения ингибиторов протонной помпы в клинической практике. НМУ им. А.А. Богомольца, г. Киев. - www.gastrosite.ru. – 2010.
5. Alan Barkun, Marc Bardou and John K. Marshall for the Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding // Lancet. – 2005. - №6. – P.350-358.
6. Baradarian R, Ramdhany S, Chapalamadugu R, Skoczylas L, Wang K, Rivilis S, et al. Early Intensive Resuscitation of Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding Decreases Mortality. Am j Gastroenterol 2004;99(4):619-22.
7. Bardou M, Youssef M, Toubouti Y, Benhaberou-Brun D, Rahme E, Barkun A. Newer endoscopic therapies decrease both re-bleeding and mortality in high risk patients with acute peptic ulcer bleeding: a series of meta-analyses [Abstract]. Gastroenterology. 2003;123:A239.
8. Bardou M., Toubouti Y., Benhaberou-Brun D., Rahme E., Barkun A. High dose proton pump inhibition decrease both re-bleeding and mortality in high-risk patients with acute peptic ulcer bleeding. A series of meta-analyses. // Gastroenterology. – 2009. - №123. – P.625-625.
9. Barkun A., Bardou M., Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. // Ann. Intern. Med. – 2009. - №139. – P.843-857.
10. Barkun A.N. et al. Review article: acid suppression in non-variceal acute upper gastrointestinal bleeding. // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. - №13. – P.1565–1584.
11. Beales I.L.P. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage School of Health Policy and Practice, University of East Anglia, Norwich, Norfolk NR4 7TJ, UK. by BMJ Publishing Group & British Society of Gastroenterology. – 2009. - № 52. – P.609-615.
12. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M (2000) A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. Lancet, 356, 1319.
13. Bornman PC, Theodorou N, Shuttleworth RD et al. (1985) Importance of hypovolaemic shock and endoscopic signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration: a prospective evaluation. Brit Med J, 291, 245–247.
14. Branicki FJ, Coleman SY, Fok PJ, Pritchett CJ, Fan ST, Lai EC, et al. Bleeding peptic ulcer: a prospective evaluation of risk factors for rebleeding and mortality. World J Surg. 1990;14:262-9; discussion 269-70. [PMID: 2327100]
15. Brennan M. R. Spiegel, Nimish B. Vakil, Joshua J. Ofman. Endoscopy for Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Tract Hemorrhage: Is Sooner Better? A Systematic Review. // Arch. Intern. Med. – 2007. - №161. – P.1393-1404.
16. Brullet E, Calvet X, Campo R, Rue M, Catot L, Donoso L. Factors predicting failure of endoscopic injection therapy in bleeding duodenal ulcer. Gastrointest Endosc. 1996;43:111-6. [PMID: 8635702]
17. Brullet E, Campo R, Calvet X, Coroleu D, Rivero E, Simo Deu J. Factors related to the failure of endoscopic injection therapy for bleeding gastric ulcer. Gut. 1996;39:155-8. [PMID: 8977333]
18. Cameron EA, Pratap jN, Sims Tj, Inman S, Boyd D, Ward M, et al. Three-year prospective validation of a pre-endoscopic risk stratification in patients with acute upper-gastrointestinal haemorrhage. Eur J Gastroenterol Hepatol 2002;14(5):497-501.
19. Chak A, Cooper GS, Lloyd LE, Kolz CS, Barnhart BA, Wong RC. Effectiveness of endoscopy in patients admitted to the intensive care unit with upper GI hemorrhage. Gastrointest Endosc. 2001;53:6-13. [PMID: 11154481]
20. Cheng CL, Liu NJ, Lee CS et al. Endoscopic management of Dieulafoy lesions in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. // Division of Gastroenterology/Hepatology. – 2008. - №49(7-8). - P.1139-1144.
21. Choudari CP, Rajgopal C, Elton RA, Palmer KR. Недостатки эндоскопической терапии при кровоточащей пептической язве: анализ факторов риска. Am J Gastroenterol. 1994;89(11):1968-72)
22. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, Marmo R, Piscopo R. Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial. Gastrointest Endosc. 2002;55:1-5. [PMID: 11756905]
23. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Alan Barkun, Marc Bardou, John Marshall et al. Annals of Internal Medicine, 2003; Vol. 139, 10; 843–857.
24. Cooper GS, Chak A, Connors AF Jr, Harper DL, Rosenthal GE. The effectiveness of early endoscopy for upper gastrointestinal hemorrhage: a community-based analysis. Med Care. 1998;36:462-74. [PMID: 9544587]
25. Dallal H.J., Palmer K.R. Upper gastrointestinal hemorrhage // BMJ. 2002: vol. 323: 1115-1117.
26. de Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. j Hepatol 2005;43(1):167-76.
27. de la Pena j, Brullet E, Sanchez-Hernandez E, Rivero M, Vergara M, Martin-Lorente jL, et al. Variceal ligation plus nadolol compared with ligation for prophylaxis of variceal rebleeding: a multicenter trial. Hepatology 2005;41(3):572-8.
28. Dorward S, Sreedharan A, Leontiadis GI, Howden CW, Moayyedi P, Forman D. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2006. London: john Wiley & Sons Ltd.
29. Fernandez j, del Arbol LR, Gomez C, Durandez R, Serradilla R, Guarner C, et al. Norfloxacin vs Ceftriaxone in the Prophylaxis of Infections in Patients With Advanced Cirrhosis and Hemorrhage. Gastroenterology 2006;131(4):1049-56.
30. Finfer S, Bellomo R, Boyce N, French j, Myburgh j, Norton R, et al. A comparison of albumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit. N Engl j Med 2004;350(22):2247-56.
31. Ford AC, Delaney BC, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2006. London: john Wiley & Sons Ltd.
32. Gisbert jP, Abaira V. Accuracy of Helicobacter pylori diagnostic tests in patients with bleeding peptic ulcer: A systematic review and meta-analysis. Am j Gastroenterol 2006;101(4):848-63.

33. Gisbert JP, Khorrani S, Carballo F, Calvet X, Gene E, Dominguez-Munoz JE. H. pylori eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy (with or without long-term maintenance antisecretory therapy) for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2005. London: John Wiley & Sons Ltd.
34. Gluud LL, Klingenberg SL, Langholz SE. Systematic review: tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27(9):752-8.
35. Gotzsche PC, Hrobjartsson A. Somatostatin analogues for acute bleeding oesophageal varices (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2008. London: John Wiley & Sons.
36. Goulis J, Burroughs AK (2004) Portal hypertensive bleeding. In McDonald JWD, Burroughs AK, Feagan BG (eds) Evidence-based Gastroenterology and Hepatology, 2nd ed. Blackwell Publications, 453–485.
37. Graham DY, Hepps KS, Ramirez FC, Lew GM, Saeed ZA. Treatment of Helicobacter pylori reduces the rate of rebleeding in peptic ulcer disease. *Scand J Gastroenterol.* 1993;28:939-42. [PMID: 8284627]
38. Guell M, Artigau E, Esteve V, Sanchez-Delgado J, Junquera F, Calvet X. Usefulness of a delayed test for the diagnosis of Helicobacter pylori infection in bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23(1):53-9.
39. Hay JA, Maldonado L, Weingarten SR, Ellrodt AG. Prospective evaluation of a clinical guideline recommending hospital length of stay in upper gastrointestinal tract hemorrhage. *JAMA.* 1997;278:2151-6. [PMID: 9417008]
40. Henderson JM, Boyer TD, Kutner MH, Galloway JR, Rikkers LF, Jeffers LJ, et al. Distal splenorenal shunt versus transjugular intrahepatic portal systematic shunt for variceal bleeding: a randomized trial. *Gastroenterology* 2006;130(6):1643-51.
41. Henry DA, O'Connell DL. Effects of fibrinolytic inhibitors on mortality from upper gastrointestinal haemorrhage. *BMJ* 1989;298(6681):1142-6.
42. Hsu PI, Lin XZ, Chan SH, Lin CY, Chang TT, Shin JS, et al. Bleeding peptic ulcer - risk factors for rebleeding and sequential changes in endoscopic findings. *Gut.* 1994;35:746-9. [PMID: 8020797]
43. Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology* 1988;95(6):1569-74.
44. Johnson H.D. Gastric ulcer: classification, blood group characteristics, secretion patterns and pathogenesis // *Annals of surgery.* – 1965, 162 (6): 996-1004.
45. Jutabha R, Jensen DM. Major causes of upper gastrointestinal bleeding in adults, UpToDate 18.3, August 2009.
46. Jutabha R, Jensen DM. Treatment of bleeding peptic ulcers, UpToDate 18.3: October 2010.
47. Karsan HA, Morton SC, Shekelle PG, Spiegel BMR, Suttrop Mj, Edelstein MA, et al. Combination endoscopic band ligation and sclerotherapy compared with endoscopic band ligation alone for the secondary prophylaxis of esophageal variceal hemorrhage: A meta-analysis. *Dig Dis Sci* 2005;50(2):399-406.
48. Khan S, Tudur SC, Williamson P, Sutton R. Portosystemic shunts versus endoscopic therapy for variceal rebleeding in patients with cirrhosis (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2006. London: John Wiley & Sons Ltd.
49. Klebl FH, Bregenzer N, Schofer L, Tamme W, Langgartner J, Scholmerich J, et al. Comparison of inpatient and outpatient upper gastrointestinal haemorrhage. *Int J Colorectal Dis* 2005;20(4):368-75.
50. Lai KC, Hui WM, Wong WM, Wong BC, Hu WH, Ching CK, et al. Treatment of Helicobacter pylori in patients with duodenal ulcer hemorrhage—a long-term randomized, controlled study. *Am J Gastroenterol.* 2000;95:2225-32. [PMID: 11007222]
51. Lai KH, Peng SN, Guo WS, Lee FY, Chang FY, Malik U, et al. Endoscopic injection for the treatment of bleeding ulcers: local tamponade or drug effect? *Endoscopy.* 1994;26:338-41. [PMID: 8076564]
52. Laine L, Cohen H, Brodhead J, Cantor D, Garcia F, Mosquera M. Prospective evaluation of immediate versus delayed refeeding and prognostic value of endoscopy in patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology.* 1992;102:314-6. [PMID: 1727765]
53. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med.* 1994;331:717-27. [PMID: 8058080]
54. Lau jy, Leung WK, Wu jC, Chan FK, Wong VW, Chiu PW, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2007;356(16):1631-40.
55. Lecleire S, Di Fiore F, Merle V, Herve S, Duhamel C, Rudelli A, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis and in noncirrhotic patients: epidemiology and predictive factors of mortality in a prospective multicenter population-based study. *J Clin Gastroenterol* 2005;39(4):321-7.
56. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, Vigil H, Azari R, Melnikoff N, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc.* 1999;50:755-61. [PMID: 10570332]
57. Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CW (2006) Proton pump inhibitor treatment for acute peptic ulcer bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 1. K. Palmer 324 *British Medical Bulletin* 2007; 83
58. Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CW. Proton pump inhibitor therapy for peptic ulcer bleeding: Cochrane collaboration meta-analysis of randomized controlled trials. *Mayo Clin Proc* 2007;82(3):286-96.
59. Lin HJ, Perng CL, Lee FY, Lee CH, Lee SD. Clinical courses and predictors for rebleeding in patients with peptic ulcers and non-bleeding visible vessels: a prospective study. *Gut.* 1994;35:1389-93. [PMID: 7959193]
60. Lin HJ, Wang K, Perng CL, Chua RT, Lee FY, Lee CH, et al. Early or delayed endoscopy for patients with peptic ulcer bleeding. A prospective randomized study. *J Clin Gastroenterol.* 1996;22:267-71. [PMID: 8771420]
61. Lo GH, Liang HL, Chen WC, Chen MH, Lai KH, Hsu PI, et al. A prospective, randomized controlled trial of transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus cyanoacrylate injection in the prevention of gastric variceal rebleeding. *Endoscopy* 2007;39(8):679-85.
62. Loren Laine, Walter L. Peterson. Bleeding Peptic Ulcer. // Volume 331:717-727. - September 15 1999. - № 11. - www.nicw.org.uk.
63. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Edinburgh (Scotland): 2008 Sep. 57 p.
64. Mannucci PM. Hemostatic drugs, *N Engl J Med*, 1998: 339, 245-53.
65. Maribel Salas, Alexandra Ward and Jaime Caro. Are proton pump inhibitors the first choice for acute treatment of gastric

- ulcers? A meta analysis of randomized clinical trials. Caro Research Institute, 336 Baker Avenue, Concord, MA, 01742, USA Division of General Internal Medicine, McGill University, Montreal, Canada BMC Gastroenterology 2007, 2:17 doi:10.1186/1471-230X-2-17
66. Merkel C., Marin R., Enzo E. et al. and the Gruppo Triveneto per LTpertensione portale (GTIP) // Lancet. – 1996. – V. 348. – P. 1677–1681.
 67. Mohammed S. Khuroo, Mehnaaz S. Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. // 6 July 2008. - Volume 141 Issue 1. – P.79-80. - www.ebm- guidelines.com/home.html.
 68. Morales GF, Pereira Lima jC, Hornos AP, Marques DL, Costa CSD, Pereira Lima L, et al. Octreotide for esophageal variceal bleeding treated with endoscopic sclerotherapy: A randomized, placebo-controlled trial. Hepatogastroenterology 2007;54(73):195-200.
 69. Otvin M, Gagner M, Pomp A. Laparoscopic transgastric suturing for bleeding peptic ulcers. Surg Endosc 1996; 10:400.
 70. Palmer K R. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. // British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. – 2006. - №51. – P.123-128.
 71. Perel P, Roberts I. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. London: John Wiley & Sons Ltd.
 72. Peterson WL. Therapeutic endoscopy and bleeding ulcers. Clinical risk factors. Gastrointest Endosc. 1990;36:S14-5. [PMID: 2242801]
 73. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. BMJ 1995;311(6999):222-6.
 74. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Lancet. 1996; 347:1138-40. [PMID: 8609747]
 75. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC (1996) Risk assessment following acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut, 38, 316–321.
 76. Sanders DS, Perry MJ, Jones SGW, McFarlane E, Johnson AG, Gleeson DC, et al. Effectiveness of an upper-gastrointestinal haemorrhage unit: A prospective analysis of 900 consecutive cases using the Rockall score as a method of risk standardisation. Eur j Gastroenterol Hepatol 2004;16(5):487-94.
 77. Schiller KF, Truelove SC, Williams DG. Haematemesis and melaena, with special reference to factors influencing the outcome. Br Med J. 1970;2:7-14. [PMID: 5440587]
 78. Scottish intercollegiate guidelines network. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline. September, 2008.
 79. Shah HA, Mumtaz K, Jafri W, Abid S, Hamid S, Ahmad A, et al. Sclerotherapy plus octreotide versus sclerotherapy alone in the management of gastro-oesophageal variceal hemorrhage. j Ayub Med Coll Abbottabad 2005;17(1):10-4.
 80. Sharma VK, Sahai AV, Corder FA, Howden CW. Helicobacter pylori eradication is superior to ulcer healing with or without maintenance therapy to prevent further ulcer haemorrhage. Aliment Pharmacol Ther. 2001;15:1939-47. [PMID: 11736725]
 81. Soares-Weiser K, Brezis M, Tur-Kaspa R, Leibovici L. Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2005. London: John Wiley & Sons Ltd.
 82. Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review. Arch Intern Med. 2001;161:1393-404. [PMID: 11386888]
 83. Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton P. British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on the management of massive blood loss. Br. J. Haematol 2006;135(5):634-41.
 84. Stanley A. J., Hayes P.C. // Lancet. – 1997. – V. 350. – P. 1235–1239.
 85. Stokkeland K, Brandt L, Ekbohm A, Hultcrantz R. Improved prognosis for patients hospitalized with esophageal varices in Sweden 1969-2002. Hepatology 2006;43(3):500-5.
 86. Therapeutic endoscopy and bleeding ulcers. Natl Inst Health Consens Dev Conf Consens Statement. 1989;7:1-7. [PMID: 2677688].
 87. Thomopoulos K, Theocharis G, Mimidis K, Lampropoulou-Karatzas C, Alexandridis E, Nikolopoulou V. Improved survival of patients presenting with acute variceal bleeding. Prognostic indicators of short- and long-term mortality. Dig Liver Dis 2006;38(12):899-904.
 88. UK comparative audit of upper gastrointestinal bleeding and the use of blood. London: British Society of Gastroenterology; 2007. Available from http://www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/blood_audit_report_07.pdf. [Accessed. 19 August 2008.
 89. Verstraete M. Clinical application of inhibitors of fibrinolysis. Drugs 1985;29:236-61.).
 90. Verstraete M. Haemostatic drugs. In: Bloom AL, Forbes CD, Thomas DP, Tuddenham EGD, eds. Haemostasis and thrombosis. 3rd ed. Vol. 2. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone, 1994:1057-73.
 91. Villanueva C, Balanzo J, Espinos JC, Domenech JM, Sainz S, Call J, et al. Prediction of therapeutic failure in patients with bleeding peptic ulcer treated with endoscopic injection. Dig Dis Sci. 1993;38:2062-70. [PMID: 8223082]
 92. Wilcox CM, Alexander LN, Cotsonis G. A prospective characterization of upper gastrointestinal hemorrhage presenting with hematochezia. Am j Gastroenterol 1997;92(2):231-5.
 93. Zimmerman J, Siguencia J, Tsvang E, Beeri R, Arnon R. Predictors of mortality in patients admitted to hospital for acute upper gastrointestinal hemorrhage. Scand J Gastroenterol. 1995;30:327-31. [PMID: 7610347].