

**СБОРНИК  
МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ  
«ШКОЛЫ ХИРУРГИИ РОХ»**

---

**ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ  
КРОВОТЕЧЕНИЯ**

---

Редакция 1

2015

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ  
АССОЦИАЦИЯ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ  
ХИРУРГОВ СТРАН СНГ**

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ЛЕЧЕНИЮ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН  
ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

Приняты на Общероссийской согласительной  
конференции по принятию Национальных  
клинических рекомендаций «Кровотечение из верхних  
отделов желудочно-кишечного тракта»

(г. Воронеж, 5-6 июня 2014 г.)

# ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

## MANAGEMENT

### CLINICAL GUIDELINE

METHODS, EVIDENCE AND RECOMMENDATIONS

JUNE 2012

COMMISSIONED BY THE NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE



322

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

IV

## MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ULCER BLEEDING

338

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Loren Laine, MD<sup>1,2</sup> and Dennis M. Jensen, MD<sup>3</sup>

V

## THE ROLE OF ENDOSCOPY IN THE MANAGEMENT OF ACUTE NON-VARICEAL UPPER GI BLEEDING



GUIDELINE





# Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



## Authors

Ian M. Gralnek<sup>1,2</sup>, Jean-Marc Dumonceau<sup>3</sup>, Ernst J. Kuipers<sup>4</sup>, Angel Lanas<sup>5</sup>, David S. Sanders<sup>6</sup>, Matthew Kurien<sup>6</sup>, Gianluca Rotondano<sup>7</sup>, Tomas Huc<sup>8</sup>, Mario Dinis-Ribeiro<sup>9</sup>, Riccardo Marmo<sup>10</sup>, Istvan Racz<sup>11</sup>, Alberto Arezzo<sup>12</sup>, Ralf-Thorsten Hoffmann<sup>13</sup>, Gilles Lesur<sup>14</sup>, Roberto de Franchis<sup>15</sup>, Lars Aabakken<sup>16</sup>, Andrew Veitch<sup>17</sup>, Franco Radaelli<sup>18</sup>, Paulo Salgueiro<sup>19</sup>, Ricardo Cardoso<sup>20</sup>, Luis Maia<sup>19</sup>, Angelo Zullo<sup>21</sup>, Livio Cipolletta<sup>22</sup>, Cesare Hassan<sup>23</sup>

## Institutions

Institutions listed at end of article.

# Язвенные кровотечения

Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NV UGIH) : Europe an Societ y of Gastrointestinal Endoscopy ( ESGE )  
Guideline

Gralnek Ian M et al. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: ESGE Guideline ... Endoscopy 2015; 47: a1 –a46

## *Основные рекомендации:*

*Диагностика и управление неварикозными верхними гастроинтестинальными кровотечениями (NV UGIH) – Европейское Общество гастроинтестинальной эндоскопии, 2015*



MR1. ESGE рекомендует немедленную оценку гемодинамического статуса у пациентов с острыми верхними желудочно-кишечными кровотечениями (UGIH) с быстрым восполнением внутрисосудистого объема, первоначально используя кристаллоидные жидкости, если существует гемодинамическая нестабильность (сильная рекомендация, доказательства умеренного качества).

- MR2. ESGE рекомендует ограничивать трансфузию эритроцитов, которая направлена на достижение целевого гемоглобина между 7 г / дл и 9 г / дл. Более высокие показатели гемоглобина следует рассматривать у пациентов со значительной сопутствующей патологией (например, ишемическим сердечно-сосудистым заболеванием) (сильная рекомендация, умеренные доказательства качества).



- Мрз. ESGE рекомендует использовать показатель шкалы Glasgow-Blatchford (GBS) для стратификации риска до эндоскопии. Амбулаторные больные с низким риском, основанным на показателе GBS 0 - 1, не требует ранней эндоскопии или госпитализации. Выписанные пациенты должны быть проинформированы о возможности повторных кровотечений и им рекомендуется поддерживать контакт с больницей выписки (сильная рекомендация, доказательство умеренного качества)



# Шкала Glasgow-Blatchford

Показатель	Баллы
Систолическое кровяное давление mm Hg	
100 – 109	1
90 – 99	2
< 90	3
Азот мочевины крови mmol / L	
6.5 – 7.9	2
8.0 – 9.9	3
10.0 – 24.9	4
≥ 25.0	6
Гемоглобин – для мужчин g/dL	
12.0 – 12.9	1
10.0 – 11.9	3
< 10.0	6

# Шкала Glasgow-Blatchford

Показатель	Баллы
Гемоглобин – для женщин g/dL	
10.0 – 11.9	1
< 10.0	6
Другие переменные риска	
Пульс $\geq$ 100	1
Мелена	1
Синкопе	2
Заболевания печени	2
Сердечная недостаточность	2

*GBS ограничено использованием только у не госпитализированных, амбулаторных пациентов*

*Показатели факторов риска определяются во время обследования пациента*

*GBS = 0 - 1 означает "низкий риск"*

- MR4. ESGE рекомендует вводить высокие дозы ингибиторов протонной помпы (ИПП) - внутривенно болюсно - с последующей непрерывной инфузией (80 мг, затем - 8 мг / час) у пациентов с острыми верхними желудочно-кишечными кровотечениями UG1H, ожидающими верхнюю эндоскопию. Тем не менее, инфузия ИПП не должна замедлять выполнение ранней эндоскопии (высокая рекомендация, высокое качество доказательства).



- MR5. ESGE не рекомендует рутинное использование назогастральной или орогастральной аспирации / лаважа у пациентов с острым UGIH (сильная рекомендация, доказательство умеренного качества).

- MR6. ESGE рекомендует внутривенное введение эритромицина (разовая доза, 250 мг) за 30 - 120 минут до эндоскопии желудочно-кишечного тракта у пациентов с клинически тяжелыми или постоянными острыми верхними желудочно-кишечными кровотечениями .
- У пациентов предварительная инфузия эритромицина значительно улучшает эндоскопическую визуализацию, уменьшает потребность в эндоскопии «второго взгляда», уменьшает количество единиц переливания крови и сокращает продолжительность пребывания в больнице (сильная рекомендация, доказательство высокого качества).



- MR7. После гемодинамической реанимации ESGE рекомендует **раннюю ( $\leq 24$  часа)** верхнюю GI-эндоскопию. Очень ранняя ( $<12$  часов) верхняя эндоскопия GI могут быть рассмотрены у пациентов с клиническими особенностями высокого риска, а именно: гемодинамическая нестабильность (тахикардия, гипотония), которая сохраняется, несмотря на постоянные попытки реанимации ; внутрибольничная кровотоочащая рвота или назогастральный аспират; или противопоказание к прерыванию антикоагуляции (сильная рекомендация, доказательства умеренного качества).



● Эффективность эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта в течение 24 часов после госпитализации с подозрением на NVUGIH и отсутствие противопоказаний к эндоскопии была предложена в качестве ключевого показателя качества в управлении кровотоком из верхних отделов ЖКТ [78]. В большом европейском наблюдательном исследовании, которое включало 123 центра в 7 странах, была широко распространена на практике, где от 70% до 93% из 2660 пациентов, страдающих неспецифическими заболеваниями с UGIH, прошли верхнюю эндоскопию в течение 24 часов после госпитализации [79].

● Два систематических обзора, оценивающих время проведения эндоскопии верхней GI, продемонстрировали улучшение оценки и длительности больничного пребывания, если эндоскопия была выполнена в течение 24 часов после поступления пациента, однако влияние на необходимость проведения операции и внутрибольничную смертность была переменной [80, 81]. Совсем недавно ретроспективный анализ факторов риска смертности в более чем 400 000 пациентов с NV UGIH **обнаружили повышенную смертность в пациентов, которые не смогли получить верхнюю эндоскопию в течение 1 дня госпитализации (ОР 1,32, 95% ДИ 1,26 - 1,38)**

- MR8. ESGE рекомендует, чтобы пептические язвы с активным кровотечением или просачиванием (классификация Форреста Ia и Ib соответственно) или с некровоточащим видимым сосудом (классификация Forrest IIa) должны получать эндоскопический гемостаз, потому что эти поражения несут высокий риск постоянных кровотечений или повторного кровотечения (сильная рекомендация, доказательство высокого качества).



- MR9. ESGE рекомендует при пептических язвах с фиксированным сгустком (классификация Forrest IIb) рассматривать эндоскопическое удаление сгустка. Как только сгусток удален, любые идентифицированные основные стигматы активного кровотечения (классификация Forrest Ia или Ib) или некровотокающий видимый сосуд (классификация Forrest IIa) должен получить эндоскопический гемостаз (слабая рекомендация, данные умеренного качества).



- MR10. У пациентов с язвенной болезнью, имеющей плоское пигментное пятно (классификация Forrest IIc) или чистую язву (классификация Форреста III), ESGE не рекомендует эндоскопический гемостаз, поскольку эти стигматы представляют низкий риск рецидивирующего кровотечения. В отдельных клинических условиях эти пациенты могут быть выписаны на дом для стандартной терапии, например, перорального приема ингибиторов протонной помпы ИПП один раз в день (сильная рекомендация, умеренные доказательства качества).

- MR11. ESGE рекомендует, чтобы терапия инъекцией адреналина не должна быть эндоскопической монотерапией. Ее следует объединить со вторым методом эндоскопического гемостаза (сильная рекомендация, доказательство высокого качества).



- MR12. ESGE рекомендует ИПП для пациентов, которые получают эндоскопический гемостаз и пациентов с адгезивным сгустком, не получающих эндоскопический гемостаз.

ИПП-терапия должна быть высокодозной и в виде внутривенного болюса с последующей непрерывной инфузией (80 мг, затем 8 мг / час) в течение 72 часов после эндоскопии

(сильная рекомендация, доказательство высокого качества)



- MR13. ESGE не рекомендует рутинную эндоскопию «второго взгляда» как часть управления неварикозным кровотечением из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (NVUGIH). Однако у пациентов с клиническими проявлениями повторного кровотечения после успешного начального эндоскопического гемостаза ESGE рекомендует повторить верхнюю эндоскопию с гемостазом, если это показано. В случае неудачи этой второй попытки гемостаза следует рассмотреть транскатетерную ангиографическую эмболизацию (ТАЕ) или операцию (сильная рекомендация, высокое качество доказательства).

- MR14. У пациентов с неварикозным кровотечением из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (NVUGIH), вторичным по отношению к язвенной болезни, ESGE рекомендует исследовать присутствие *Helicobacter pylori* при экстренном обследовании с началом соответствующей антибактериальной терапии (если обнаружено *H. Pylori*).
- Повторное тестирование на *H. pylori* должно проводиться у пациентов с отрицательным тестом в остром состоянии.
- Рекомендуется документировать успешную эрадикацию *H. pylori* (сильная рекомендация, доказательство высокого качества).



- MR15. У пациентов, получающих аспирин низкой дозы для вторичной сердечно-сосудистой профилактики, у которых развивается кровотечение из язвенной болезни, ESGE рекомендует **возобновить аспирин сразу после эндоскопии**, если риск повторного кровотечения является низким (например, FIIc, FIII).
- У пациентов с язвенной болезнью высокого риска (FIa, FIb, FIIa, FIIb), **ранняя реинтродукция аспирина на 3-й день после эндоскопии** рекомендуется при условии, что был установлен адекватный гемостаз (сильная рекомендация, доказательство умеренного качества).



- Краткое изложение руководящих указаний и рекомендаций по диагностике и лечению неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта:  
Руководство европейского общества по эндоскопии желудочно-кишечного тракта (ESGE).

# Первоначальная оценка пациента и гемодинамическая реанимация

1. ESGE рекомендует немедленную оценку состояния гемодинамики у пациентов с острым верхним желудочно-кишечным кровотечением (UGIH), с немедленным замещением внутрисосудистого объема первоначально с использованием кристаллоидных жидкостей, если существует гемодинамическая нестабильность (сильная рекомендация, умеренное качество доказательства).
2. ESGE рекомендует ограничительную стратегию трансфузии эритроцитов, которая нацелена на целевой гемоглобин между 7 г / дл и 9 г / дл. Более высокий целевой гемоглобин следует рассматривать у пациентов со значительной сопутствующей болезнью (например, ишемической сердечно-сосудистой патологией) (сильная рекомендация, доказательство умеренного качества).



# Стратификация риска

3. ESGE рекомендует использовать проверенный инструмент стратификации риска для стратификации пациентов в группы высокого и низкого риска. Стратификация риска может помочь в принятии клинических решений относительно сроков эндоскопии и выписки из больницы (сильная рекомендация, доказательство умеренного качества).

4. ESGE рекомендует использовать показатель Glasgow-Blatchford (GBS) для стратификации преэндоскопии риска. У амбулаторных пациентов установлено, что они подвергаются очень низкому риску, основанному на баллах GBS 0 - 1, не требуют ранней эндоскопии или госпитализации. Выписанные пациенты должны быть проинформированы о риске рецидивов кровотечения и рекомендуется поддерживать контакт с больницей для выписки (сильная рекомендация, доказательства умеренного качества).



# Предэндоскопическое управление

- 5. Для пациентов, принимающих антагонисты витамина К (VKA), ESGE рекомендует удерживать VKA и корректировать коагулопатию, принимая во внимание сердечно-сосудистый риск пациента в консультации с кардиологом. У пациентов с гемодинамической нестабильностью рекомендуется введение витамина К, дополненное внутривенным протромбиновым комплексным концентратом (PCC) или свежзамороженной плазмой (FFP), если PCC недоступен (сильная рекомендация, низкое качество доказательства).
- 6. Если клиническая ситуация позволяет, ESGE предлагает достичь значение международного нормализованного отношения (MHO) <2,5 до проведения эндоскопии с эндоскопическим гемостазом или без него (слабая рекомендация, доказательство умеренного качества).
- 7. ESGE рекомендует временно отменить новые прямые пероральные антикоагулянты (DOAC) у пациентов с подозрением на острое верхнее кровотечение NVUGIH в координации / консультации с гематологом / кардиологом (сильная рекомендация, данные с очень низким качеством).
- 8. Для пациентов, использующих антиагрегантные средства, ESGE рекомендует алгоритм управления, подробно описанный в Таблице № 1 (сильная рекомендация, умеренное качество доказательства).

# Оптимальные сроки отмены антикоагулянтов перед операцией

Drugs	Mechanism of action	Hold time
Heparin	Promote antithrombin	6–12 hours
Low molecular weight heparin	Factor Xa inhibitor	12–24 hours
Warfarin	Vitamin K antagonist	5 days
Argatroban	Direct thrombin inhibitors	3–9 hours
Bivalirudin	Direct thrombin inhibitors	1.5–3 hours
Dabigatran	Direct thrombin inhibitors	24–96 hours (more if patient has renal impairment)
Rivaroxaban	Factor Xa inhibitor	24–48 hours
Apixaban	Factor Xa inhibitor	24–48 hours
Edoxaban	Factor Xa inhibitor	48 hours
Aspirin	Cyclooxygenase inhibitor	Unnecessary (7–10 days for reversal of effect)
Clopidogrel	Platelet P2Y12 receptor inhibitor	5 days
Prasugrel	Platelet P2Y12 receptor inhibitor	5 days
Ticagrelor	Platelet P2Y12 receptor inhibitor	5 days
Ticlopidine	Platelet P2Y12 receptor inhibitor	5 days



# Предэндоскопическое управление

- 9. ESGE рекомендует вводить высокие дозы ингибиторов протонной помпы (ИПП), внутривенный болюс с последующей непрерывной инфузией (80 мг, затем 8 мг /час) у пациентов с острым UGIH, ожидающим верхней эндоскопии. Однако инфузия PPI не должна задерживать эффективность ранней эндоскопии (сильная рекомендация, доказательство высокого качества).
- 10. ESGE не рекомендует использовать транексамовую кислоту у пациентов с NVUGIH (сильная рекомендация, данные низкого качества).
- 11. ESGE не рекомендует использовать соматостатин или его аналог октреотид у пациентов с NVUGIH (сильная рекомендация, доказательство низкого качества).
- 12. ESGE рекомендует внутривенный эритромицин (разовая доза, 250 мг, назначаемая за 30-120 минут до эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта) у пациентов с клинически тяжелым или постоянным активным UGIH. У отдельных пациентов доэндоскопическая инфузия эритромицина значительно улучшает эндоскопическую визуализацию, уменьшает необходимость в эндоскопии второго взгляда, уменьшает количество переливаемых единиц крови и сокращает продолжительность пребывания в больнице (высокая рекомендация, высокая качество доказательства)



- Транексамовая кислота уменьшает сгусток, ингибируя фибринолитическое действие плазмина. Кокрановский метаанализ, оценивающий использование транексамовой кислоты в лечении 1654 пациентов с UGIH показал положительный эффект транексамовой кислоты на показатели смертности по сравнению с плацебо, но не выявил влияния на объем гемотрансфузий, частоту кровотечений и хирургических вмешательств [61].

- 13. ESGE не рекомендует рутинное использование назогастральной или орогастральной аспирации / лаважа у пациентов с острым UGIH (сильная рекомендация, доказательство умеренного качества).
- 14. В целях защиты дыхательных путей пациента от потенциальной аспирации содержимого желудка ESGE предлагает эндотрахеальную интубацию до эндоскопии в пациентов с продолжающимся гематемезисом (кровавой рвотой), энцефалопатией или агитацией (возбуждением) (слабая рекомендация, доказательство низкого качества).
- 15. ESGE рекомендует принять следующие определения относительно сроков проведения верхней эндоскопии при UGIH :очень раннее <12 часов, раннее  $\leq$  24 часа и отсроченное > 24 часа (сильная рекомендация, данные о умеренном качестве).



16. После гемодинамической реанимации ESGE рекомендует раннюю ( $\leq 24$  часа) верхнюю гастроинтестинальную эндоскопию. Очень ранняя ( $<12$  часов) верхняя эндоскопия может рассматриваться у пациентов с клиническими особенностями высокого риска, а именно: гемодинамическая нестабильность (тахикардия, гипотония), которая сохраняется, несмотря на постоянные попытки объемной реанимации; внутрибольничная кровоточащая рвота / назогастральный аспират; или противопоказание к прерыванию антикоагуляции (сильная рекомендация, доказательства умеренного качества).

17. ESGE рекомендует наличие гастроинтестинального эндоскописта, работающего по вызову (on-call), в области эндоскопического гемостаза, так и персонального медперсонала по вызову с техническими знаниями в области использования эндоскопических устройств для обеспечения эндоскопии по принципу 24/7 (сильная рекомендация, доказательства умеренного качества)

## Эндоскопическая терапия (кровотечение из язвы)

- 18. ESGE рекомендует использовать классификацию Forrest (F) у всех пациентов с язвенными кровотечениями, чтобы дифференцировать эндоскопические стигматы низкого и высокого риска (сильная рекомендация, доказательство высокого качества).
- 19. ESGE рекомендует, чтобы пептические язвы с активным или просачивающимся кровотечением (классификация Forrest Ia и Ib соответственно) или с некровоточащим видимым сосудом (классификация Forrest IIa) получали эндоскопический гемостаз, потому что эти поражения подвержены высокому риску постоянных или повторных кровотечений (сильная рекомендация, доказательство высокого качества).
- 20. ESGE рекомендует при пептических язвах с прилегающим фиксированным сгустком (Forrest IIb) производить эндоскопическое удаление сгустка. После удаления сгустка любое идентифицированное основное активное кровотечение (классификация Forrest Ia или Ib) или некровоточащий видимый сосуд (классификация Forrest IIa) должны получать эндоскопический гемостаз (слабая рекомендация, доказательство умеренного качества).



## Эндоскопическая терапия (кровотечение из язвы)

- 21. У пациентов с пептическими язвами, имеющими плоское пигментированное пятно (Forrest IIc) или чистым основанием (классификация Forrest III), ESGE не рекомендует проводить эндоскопический гемостаз, поскольку эти стигматы представляют низкий риск рецидивирующего кровотечения. В отдельных клинических условиях эти пациенты могут быть выписаны домой для проведения стандартной терапии, например, оральная прием ИПП один раз в день (сильная рекомендация, доказательство умеренного качества).
- 22. ESGE не рекомендует рутинное использование доплеровской ультразвуковой или увеличительной эндоскопии при оценке эндоскопических стигматов кровотечения пептической язвы (сильная рекомендация, доказательство низкого качества).
- 23. Для пациентов с активно кровоточащими язвами (FIa, FIb) ESGE рекомендует комбинировать инъекцию адреналина со вторым способом гемостаза (контактный, тепловой, механическая терапия или инъекция склерозирующего агента). ESGE рекомендует, чтобы инъекционная терапия эпинефрином не использовалась в качестве эндоскопической монотерапии (сильная рекомендация, доказательство высокого качества)

# Первоначальная оценка пациента и гемодинамическая реанимация

- 24. Для пациентов с некровоточащим видимым сосудом (FIIa) ESGE рекомендует проводить механическую терапию, термическую терапию или инъекцию склерозирующего агента как монотерапии или в сочетании с инъекцией адреналина. ESGE рекомендует, чтобы инъекционная терапия эпинефрином не использовалась в качестве эндоскопической монотерапии (сильная рекомендация, доказательство высокого качества).
- 25. Для пациентов с активным неварикозным кровотечением, не контролируемым стандартными эндоскопическими методами гемостаза, ESGE предлагает использование местного гемостаза гемоспреем или клипсами с чрезмерным охватом (over-the-scope clip) в качестве вспомогательной эндоскопической методики (слабая рекомендация, доказательство низкого качества).



● Новые эндоскопические способы гемостаза (местные гемостатические спреи и обхватывающие клипсы) становятся возможными альтернативными способами гемостаза при стойких кровотечениях, не поддающихся стандартному эндоскопическому гемостазу. Роль спасительной терапии могут выполнять клипсы с широким захватом (OVESCO). Инертный нанопорошок (Nemospray), который вызывает немедленный гемостаз при распылении на активное кровотечение, был недавно использован как агент первичного гемостаза или как способ спасения второй линии при рецидивах кровотечения. Другие актуальные средства, такие как гематологическая система с полисахаридом на основе крахмала (EndoClot) требуют дальнейшего изучения эффективности и безопасности.

# Эндоскопическая терапия (другие причины неварикозных верхних ЖК кровотечений)

- 26. Для пациентов с кислотозависимыми причинами кровотечений, отличных от пептических язв (например, эрозивный эзофагит, гастрит, дуоденит), ESE рекомендует высокодозное лечение ИПП. Эндоскопический гемостаз обычно не требуется и отобранные пациенты могут быть выписаны раньше (сильная рекомендация, низкая доказательство качества).
- 27. ESGE рекомендует пациентам с поражением Мэллори - Вейса, которое активно кровоточит, выполнять эндоскопический гемостаз. В настоящее время недостаточно данных, чтобы рекомендовать конкретный метод эндоскопического гемостаза. Пациенты с поражением Мэллори - Вейса и без активного кровотечения могут получать одну высокодозную терапию ИПП (сильная рекомендация, доказательства умеренного качества).
- 28. ESGE рекомендует, чтобы при болезни Дъелафуа производили эндоскопический гемостаз с использованием термического, механического (гемоклипсы или латексное лигирования) или комбинации
- (разбавленная инъекция адреналина в сочетании с контактной термической или механической терапией) (сильная рекомендация, доказательства умеренного качества).
- Транскатетерную ангиографическую эмболизацию (ТАЕ) или хирургию следует рассматривать, если эндоскопическое лечение терпит неудачу или технически невозможно (сильная рекомендация, данные низкого качества).



## Эндоскопическая терапия (другие причины неварикозных верхних ЖК кровотечений)

- 29. У пациентов с кровотечением из ангиоэктазий верхних отделов желудочно-кишечного тракта ESGE рекомендует использовать эндоскопический гемостаз. Однако в настоящее время отсутствуют достаточные доказательства, чтобы рекомендовать конкретный метод эндоскопического гемостаза (сильная рекомендация, доказательство низкого качества).
- 30. У пациентов с кровотечением из неоплазии верхних отделов желудочно-кишечного тракта ESGE рекомендует использовать эндоскопический гемостаз, чтобы предотвратить неотложную хирургию и уменьшить объемы переливания крови. Однако в настоящее время нет доступных эндоскопических методов лечения, которые имеют долгосрочную эффективность (слабая рекомендация, низкое качество доказательства)

## Ведение больных после эндоскопии и эндоскопического гемостаза

- 31. ESGE рекомендует ИПП-терапию для пациентов, которые получили эндоскопический гемостаз и для пациентов с фиксированным сгустком, не получающим эндоскопический гемостаз. Терапия ИПП должна быть высокодозной и вводиться в виде внутривенного болюса с последующей непрерывной инфузией (80 мг, затем 8 мг / час) в течение 72 часов после эндоскопии (сильная рекомендация, доказательство высокого качества).
- 32. ESGE предлагает рассматривать терапию ИПП в качестве прерывистого внутривенного введения болюса (не реже двух раз в день) в течение 72 часов после эндоскопии у пациентов, которые получают эндоскопический гемостаз и для пациентов с фиксированным сгустком, не получающим эндоскопический гемостаз. Если состояние пациента позволяет, высокая доза оральных ИПП также может быть вариантом для тех, кто способен переносить пероральные препараты (слабая рекомендация, доказательства умеренного качества).



## Ведение больных после эндоскопии и эндоскопического гемостаза

- 33. У пациентов с клиническими проявлениями повторного кровотечения после успешного начального эндоскопического гемостаза ESGE рекомендует повторить верхнюю эндоскопию с гемостазом, если показано. В случае неудачи этой второй попытки гемостаза показана транскатетерная ангиографическая эмболия (ТАЕ) или операция (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).
- 34. ESGE не рекомендует рутинную эндоскопию второго взгляда как часть управления кровотечениями из верхних отделов ЖКТ. Тем не менее, эндоскопия второго взгляда может быть рассмотрена у отдельных пациентов с высоким риском повторного кровотечения (сильная рекомендация, доказательство высокого качества).
- 35 У пациентов с NVUGIH, вторичным по отношению к язвенной болезни, ESGE рекомендует исследовать присутствие *Helicobacter pylori* в остром состоянии с проведением соответствующей антибактериальной терапии при обнаружении *H. pylori*. Повторное тестирование на *H. pylori* должно проводиться у пациентов с отрицательным тестом при неотложном обследовании. Рекомендуется оформлять документацию об успешной эрадикации *H. pylori* (сильная рекомендация, доказательства высокого качества)

# Ведение больных после эндоскопии и эндоскопического гемостаза

- 36. ESGE рекомендует возобновить антикоагулянтную терапию после NVUGIH у пациентов с показанием к долгосрочной антикоагуляции. Сроки для возобновления антикоагуляции следует оценивать на основе состояния пациента. Возобновление варфарина между 7 и 15 днями после развития кровотечения кажется безопасным и эффективным в предотвращении тромбоэмболических осложнений для большинства пациентов. Раннее возобновление антикоагулянтов в течение первых 7 дней может быть указано для пациентов с высоким тромботическим риском (сильная рекомендация, доказательство умеренного качества).
- 37. У пациентов, получающих аспирин низкой дозы для первичной сердечно-сосудистой профилактики, у которых развивается кровотечение из язвенной болезни, ESGE рекомендует прекратить прием аспирина, переоценивая риски / преимущества продолжающегося использования аспирина в консультации с кардиологом и возобновляя аспирин низкой дозы после заживления язвы или ранее, если это клинически возможно (сильная рекомендация, данные низкого качества).



# Ведение больных после эндоскопии и эндоскопического гемостаза

- 38. У пациентов, получающих аспирин низкой дозы для вторичной сердечно-сосудистой профилактики, у которых развивается кровотечение из язвенной болезни, ESGE рекомендует, чтобы аспирин возобновлялся сразу после эндоскопии, если риск повторного кровопускания является низким (например, FIIc, FIII). У пациентов с высокой степенью риска язвенная болезнь (FIa, FIb, FIIa, FIIb), ранняя реинтродукция аспирина на 3-й день после эндоскопии индекса рекомендуется при условии, что был установлен адекватный гемостаз (сильная рекомендация, доказательство умеренного качества).
- 39. У пациентов, получающих двойную антитромбоцитарную терапию (DAPT), у которых развивается кровотечение из язвенной болезни, ESGE рекомендует продолжать терапию аспирином с низкой дозой. Необходима ранняя консультация по кардиологии относительно сроков возобновления второго антиагрегантного агента (сильная рекомендация, доказательства низкого качества).
- 40. У пациентов, которым требуется двойная антитромбоцитарная терапия (DAPT) и у которых была NVUGIH, ESGE рекомендует использовать ИПП в качестве совместной терапии (сильная рекомендация, доказательство умеренного качества).

# Язвенные кровотечения: эффективность эндоскопии

Стигматы высокого риска  
F Ia (active spurting)  
F Ib (active oozing)  
F IIa (nonbleeding visible vessel)

Выполнять эндоскопический гемостаз

Для стигматов F Ia и F Ib  
Комбинированный эндоскопический гемостаз - инъекция адреналина плюс второй способ гемостаза

Внутривенное болюсное высокодозное введение ИПП + непрерывная инфузия; можно прерывистое внутривенное введение болюса (минимум дважды в день) в течение 72 часов;

- можно чистые жидкости вскоре после эндоскопии
- Тест на *H. pylori*, лечить и документировать уничтожение *H. pylori*

F IIb (adherent clot)

Рассмотрите возможность удаления сгустка – эндоскопический гемостаз при стигматах высокого риска или высокие дозы ИПП

Для стигматов F IIa- контакт, термо, мех или склеротерапия как монотерапия или в комбинации с инъекцией

Если рецидив кровотечения – повторная эндоскопия, при повторной неудаче гемостаза – гемоспрей, широкая клипса, эмболизация или

Стигматы низкого риска  
F IIc (flat pigmented spot)  
F III (clean base)

Не требуется эндоскопический гемостаз, в определенных клинических условиях эти пациенты могут выписаны из больницы

Ежедневный оральный прием ИПП, диета, тест и эрадикация *H. pylori*

Если эндоскопический гемостаз выполнен:

- инъекции адреналин по окружности основания сгустка с последующим удалением сгустка с использованием метода холодной петли
- после удаления сгустка, применять эндоскопический гемостаз, как описано для F Ia, F Ib, F IIa stigmata



# Язвенные кровотечения: эффективность ЭНДСКОПИИ

- Рекомендуется использовать большой одноканальный или двухканальный терапевтический верхний гастроинтестинальный эндоскоп .
- При F IIb преимущество отдается эндоскопическому гемостазу у пациентов с более высоким риском повторного кровотечения, например, старшего возраста, сопутствующих заболеваний, внутрибольничных острых кровотечениях.
- Для контактного термального гемостаза рекомендуется зонд большого размера 10-Fr.
- Для склеротерапии используется абсолютный спирт, полидоканол или этаноламин

# Острые верхние желудочно-кишечные кровотечения у пациентов, принимающих антиагрегантные препараты antiplatelet agent (APA)

Верхняя эндоскопия выявляет неварикозный источник кровотечения

Эндоскопические стигматы высокого риска (F1a, F1b, F1a, F1b)

APA используются для первичной профилактики:

- Удерживать ацетилсалициловую кислоту ASA с низкой дозой
- Пересмотреть риски и преимущества постоянного использования низких доз ASA
- Возобновить низкую дозу ASA после заживления язвы или раньше, если клинически показано

Эндоскопические стигматы низкого риска (F1c, F1d)

APA для первичной профилактики:

- Удерживать ASA с низкой дозой
- Пересмотреть риски и преимущества постоянного использования низких доз ASA
- Возобновить низкую дозу ASA после выписки из больницы, если клинически показано

APA используется для вторичной профилактики (известное сердечно-сосудистое заболевание)

1. Пациенты только с низкой дозой ASA:
    - возобновить ASA с низкой дозой на 3-й день после эндоскопии
  2. Пациенты с двойной антиагрегантной терапией:
    - непрерывное продолжение ASA с низкой дозой
    - ранняя кардиологическая консультация для по возобновлению /продолжение второго препарата
- вторичная эндоскопия по усмотрению эндоскописта

APA используется для вторичной профилактики (известное сердечно-сосудистое заболевание)

- 1 Пациенты только с низкой дозой ASA:
  - непрерывное продолжение ASA с низкой дозой
- 2 Пациенты с двойной антиагрегантной терапией (DAPT)
  - продолжить DAPT без перерыва