

NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Acute gastrointestinal bleeding in over 16s: management. Clinical guideline [CG141]

Published date: June 2012 Last updated: August 2016

Національний інститут здоров'я і клінічної досконалості. Гостри кровотечі з верхніх відділів ШКТ у пацієнтів віком старше 16 років. Клінічні настанови (NICE), 2016.

Клінічні настанови.

Автори перекладу: Нікішаєв В.І., Болотских М.О.

Зміст

- 1.1 Оцінка ризику
- 1.2 Реанімаційні заходи та первинне лікування
- 1.3 Час виконання ендоскопії
- 1.4 Ведення неварикозних кровотеч
 - Ендоскопічне лікування
 - Інгібітори протонної помпи
 - Лікування після первинного чи безуспішного ендоскопічного втручання
- 1.5 Ведення варикозних кровотеч
 - Варикозне розширення вен стравоходу
 - Варикозне розширення вен шлунка
- 1.6 Зупинка кровотечі та попередження рецидиву у пацієнтів, що приймають НПЗП, аспірин чи клопидогрель
- 1.7 Первинна профілактика ускладнень у важкохворих у відділеннях інтенсивної терапії
- 1.8 Інформація та підтримка пацієнтів і осіб, які здійснюють догляд

Перелік умовних скорочень

GBS	Шкала Glasgow-Blatchford
RS	Шкала Rockall
TIPS	Трансюгулярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування
АЧТЧ	Активованій частковий тромбопластиновий час
ІПП	Інгібітори протонної помпи
ІР	Інтервенційна радіологія
MNV	Міжнародне нормалізоване відношення
НПЗП	Нестероїдні протизапальні препарати
ПТ	Протромбіновий час
СЗП	Свіжозаморожена плазма
ШКК	Шлунково-кишкова кровотеча
ШКТ	Шлунково-кишковий тракт

1.1 Оцінка ризику

1.1.1 Використовуйте наступні шкали для усіх пацієнтів з гострими кровотечами з верхніх відділів ШКТ:

- Шкалу Blatchford для первинної оцінки
- Повну шкалу Rockall після ендоскопії

1.1.2 Потрібно розглядати ранню виписку для пацієнтів з передендоскопічною оцінкою за шкалою Blatchford при 0 балів.

1.2 Реанімаційні заходи та первинне лікування

1.2.1 Проводити переливання крові, тромбоцитів і факторів згортання крові для лікування пацієнтів із масивною кровотечею.

1.2.2 Рішення щодо переливання крові необхідно базувати на повній клінічній картині, тому що надмірне переливання крові може бути таке ж шкідливе, як і його недостатність.

1.2.3 Не проводити переливання тромбоцитів пацієнтам з неактивною кровотечею і стабільною гемодинамікою.

1.2.4 Проводити переливання тромбоцитів пацієнтам з активною кровотечею і рівнем тромбоцитів нижчим за 50×10^9 /літр.

- Проводити переливання свіжозамороженої плазми (СЗП) пацієнтам з активною кровотечею і тим, у кого протромбіновий час (ПТ) (чи МНВ) чи АЧТЧ більше в 1,5 рази за норму. Якщо у пацієнтів фібриноген залишається нижчим за 1,5 г/літр, крім СЗП, проводити переливання кріопреципиту.

1.2.5 Проводити лікування концентратом протромбінового комплексу пацієнтам, які приймають варфарин і мають активну кровотечу.

1.2.6 Пацієнти, які приймають варфарин із зупиненою кровотечею з верхніх відділів ШКТ лікуються відповідно до локальних протоколів.

1.2.7 Не використовуйте рекомбінантний фактор VIIa за винятком випадків, коли інші методи не діють.

1.3 Час виконання ендоскопії

1.3.1 Проводити ендоскопічне дослідження у нестабільних пацієнтів з масивною кровотечею з верхніх відділів ШКТ відразу після стабілізації стану.

1.3.2 Проводити ендоскопічне дослідження протягом 24 годин усім пацієнтам з кровотечею з верхніх відділів ШКТ.

1.3.3 Відділення, у яких більше 330 випадків ШКК за рік, повинні заповнювати щоденні листки обліку. Відділення, у яких менше 330 випадків ШКК за рік, повинні організувати свою роботу згідно з місцевими умовами.

1.4 Лікування неварикозних кровотеч

Ендоскопічне лікування

1.4.1 Не використовуйте розчин адреналіну в якості монотерапії для ендоскопічного лікування неварикозних кровотеч з верхніх відділів ШКТ.

1.4.2 Для лікування неварикозних кровотеч з верхніх відділів ШКТ використовуйте одне з нижченаведеного:

- механічний метод (наприклад, кліпси) з, чи без, адреналіну;
- коагуляцію з розчином адреналіну;
- фібрин чи тромбін з розчином адреналіну.

Інгібітори протонної помпи

1.4.3 Не проводити лікування препаратами, що пригнічують кислото продукуючу функцію шлунка (ІПП чи антагоністи H_2 -рецепторів) до ендоскопічного дослідження пацієнтам з підозрою на неварикозну кровотечу з верхніх відділів ШКТ.

1.4.4 Проводити лікування ІІІ пацієнтам з неварикозними кровотечами з верхніх відділів ШКТ і стигматами кровотечі, що відбулася, виявленими при ендоскопічному дослідженні.

Лікування після первинного чи неуспішного ендоскопічного втручання

1.4.5 Розглядати повторну ендоскопію у разі необхідності усім пацієнтам з високим ризиком рецидиву кровотечі, особливо у випадку, коли є сумніви щодо успішності гемостазу при первинній ендоскопії.

1.4.6 Проводити повторне ендоскопічне дослідження пацієнтам з рецидивом кровотечі з метою подальшого ендоскопічного лікування чи екстреного хірургічного лікування.

1.4.7 Проводити інтервенційну радіологію (ІР) у нестабільних пацієнтів із рецидивом кровотечі після ендоскопічного лікування. У випадку, коли ІР провести неможливо необхідно екстрене хірургічне лікування.

1.5 Лікування варикозних кровотеч

1.5.1 Проводити лікування терліприсином пацієнтів з підозрою на варикозну кровотечу при поступленні. Припинити лікування після досягнення гемостазу чи через 5 днів, якщо не буде інших показів для його використання.⁽¹⁾

1.5.2 Проводити лікування антибіотиками при поступленні пацієнтів з підозрою чи підтвердженою варикозною кровотечею.

Варикозне розширення вен стравоходу

1.5.3 Використовуйте лікування у пацієнтів з кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу.

1.5.4 Використовуйте трансюгулярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування (TIPS) у випадках, коли лікування вен виявилось безуспішним.

Варикозне розширення вен шлунка

1.5.5 Використовуйте ін'єкційну терапію N-бутилом-2-ціанокрилатом у пацієнтів з кровотечею з варикозно розширених вен шлунка.

1.5.6 Використовуйте TIPS у випадках, коли ін'єкційна терапія N-бутилом-2-ціанокрилатом у пацієнтів з кровотечею з варикозно розширених вен шлунка виявилась безуспішною.

1.6 Контроль кровотечі і попередження рецидивів у пацієнтів, що приймають НІЗП, аспірин чи клопідогрель

1.6.1 Продовжувати лікування низькими дозами аспірину для вторинної профілактики васкулярних ускладнень у пацієнтів з кровотечами з верхніх відділів ШКТ після досягнення гемостазу.

1.6.2 Припинити прийом інших нестероїдних протизапальних препаратів (включаючи інгібітори циклооксигенази-2 (ЦОГ-2)) протягом гострої фази у пацієнтів з кровотечею з верхніх відділів ШКТ.

1.6.3 Розглядати ризики чи переваги продовження лікування клопідогрелем у пацієнтів з гострими кровотечами з верхніх відділів сумісно з відповідним спеціалістом (наприклад, кардіологом) і пацієнтом.

1.7 Первинна профілактика ускладнень у важкохворих у відділеннях інтенсивної терапії

1.7.1 Проводити антисекреторну терапію (антагоністами H₂-рецепторів чи ІІІ) для первинної профілактики кровотеч з верхніх відділів ШКТ пацієнтам у гострому стані, які

госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії. При можливості, використовувати оральні форми препаратів.⁽²⁾

1.7.2 Розглядати необхідність продовження антисекреторної терапії для первинної профілактики кровотеч з верхніх відділів ШКТ пацієнтам у гострому стані, коли вони видужують чи виписуються з відділення інтенсивної терапії.

1.8 Інформація та підтримка пацієнтів і осіб, які здійснюють догляд

1.8.1 Встановити ефективні зв'язки між медичним персоналом і пацієнтами та їх родинами та особами, які здійснюють догляд під час поступлення, під час їх перебування в стаціонарі і після виписки. Це повинно включати:

- надання усної інформації, яка записується в медичній документації;
- різні члени клінічних груп представляють послідовну інформацію;
- підписання інформованої згоди, при можливості;
- забезпечення пацієнтам і членам їх сімей та особам, які здійснюють догляд, отримання послідовної інформації.

[1] На момент публікації (червень 2012 року) терліпресин був рекомендован для лікування кровотечі з вен стравоходу з максимальною тривалістю лікування 72 години (3 дні). Лікарі повинні ознайомитися з інструкцією препарату. Інформовану згоду на незаконне використання терліпресину слід отримати та задокументувати.

[2] Станом на серпень 2016 р. лише антагоністи H₂-рецепторів ранітидин та циметидин ліцензовані для профілактики гострих шлунково-кишкових кровотеч. Інгібітори протонного насоса омепразол, езомепразол, лансопразол, пантопразол та рабепразол не ліцензовані для профілактики гострих шлунково-кишкових кровотеч. Використання інгібіторів протонної помпи або антагоністів H₂-рецепторів, крім ранітидину та циметидину, не показані при ШКК.