
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
і патентно-ліцензійної роботи



«УЗГОДЖЕНО»

Начальник лікувально -
організаційного Управління НАМН
України, д-тор. НАМНУ, професор
В.В. Лазоришинець
2012 р.



«УЗГОДЖЕНО»

Директор департаменту
лікувально-профілактичної допомоги
МОЗ України
М.К.Хобзей
19.07.2012 р.

**УДОСКОНАЛЕНІ АЛГОРИТМИ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ
ШЛУНКОВО-КИШКОВОЇ
КРОВОТЕЧІ
(методичні рекомендації)**

Київ – 2012

Установи – розробники:

1. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
2. «Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України»
3. ДЗ «Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького»
4. ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України»
5. ДЗ «Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
6. ДЗ «Одеський національний медичний університет МОЗ України»
7. ДЗ «Донецький національний медичний університет МОЗ України»
8. ДЗ «Харківський національний медичний університет МОЗ України»
9. ДВНЗ «Ужгородський національний університет МОНМС України»
10. Департамент стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр» МОЗ України
11. Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Автори розробники:

Керівник робочої групи:

Фомін П.Д.

д.мед.наук, професор, акад. НАМН України (Київ), тел. роб.: 0(44) 529-38-43

Секретар робочої групи:

Березницький Я.С.

д.мед.наук, професор (Дніпропетровськ), тел. роб.: 0(562)34-41-88

Члени робочої групи:

Бойко В.В.

д.мед.наук, професор (Харків), тел. роб.: 0(57)715-33-48

Велигоцький М.М.

д.мед.наук, професор (Харків), тел. роб.: 0(57)343-07-55

Гапонов В.В.

д.мед.наук, професор (Дніпропетровськ), тел. роб.: 0(562)34-41-88

Запорожченко Б.С.

д.мед.наук, професор (Одеса), тел. роб.: 0(48)734-27-62

Клигуненко О.М.

д.мед.наук, професор (Дніпропетровськ), тел. роб.: 0(562)27-17-85

Кондратенко П.Г.

д.мед.наук, професор (Донецьк), тел. роб.: 0(62)223-27-38

Ліщишина О.М.

канд.мед.наук (Київ), тел. роб.: 0(44)223-27-38

Матвійчук Б.О.

д.мед.наук, професор (Львів), тел. роб.: 0(44)536-13-40

Нікішаєв В.І.

д.мед.наук, ст.н.співр. (Київ), тел. роб.: 0(44)544-66-46

Новицька-Усенко Л.В.

д.мед.наук, проф. член-кор.НАН
та НАМН України (Дніпропетровськ) тел. роб.: 0(56)713-50-69

Рачкевич С.Л.

канд.мед.наук, доцент (Львів), тел. роб.: 0(32)258-72-71

Русін В.І.

д.мед.наук, професор (Ужгород), тел. роб.: 0(32)252-96-68

РЕЦЕНЗЕНТ: доктор мед.наук, проф., завідувач кафедри загальної хірургії з доглядом за хворими ДЗ «Запорізький медичний університет МОЗ України» **В.В. Ганжий**

Рекомендовано до видання Проблемною комісією
за спеціальністю «Хірургія»

(Протокол № 5 від « 07 » 06 2012 р.

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	6
ВСТУП	8
1. Загальні питання розвитку, термінології та розподілу хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами	11
1.1. Клінічні прояви гострої шлунково-кишкової кровотечі	18
1.2. Організація діагностичної та лікувальної допомоги на догоспітальному етапі	20
2. Алгоритм діагностичної та лікувальної допомоги при надходженні хворого до стаціонару	21
2.1. Діагностично-лабораторні тести та їх інтерпретація у пацієнтів з кровотечею	25
2.2. Попередній розподіл хворих із гострою ШКК при надходженні до стаціонару	26
2.3. Діагностична та лікувальна ендоскопія при гострій шлунково-кишковій кровотечі	29
2.4. Диференційована лікувальна тактика при гострій шлунково-кишковій кровотечі після проведення МЕВ	35
2.5. Ендоскопічний моніторинг у хворих із ШКК	36
2.6. Клініко-інструментальна оцінка стійкості гемостазу	38
3. Інтенсивна терапія при гострій кровотечі в просвіт ШКТ	39
3.1. Окремі питання складових інтенсивної терапії	39
3.2. Алгоритм корекції крововтрати при кровотечі в просвіт ШКТ	41
3.3. Характеристика інфузійно-трансфузійних середовищ та принципи їх використання	45
3.4. Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності	49
4. Хірургічна тактика при гострих ШКК	52

5. Клінічні прояви, діагностика та лікувальна тактика при гострих кровотечах із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту	54
5.1. Код МКХ–K22.6 Шлунково-стравохідний розривно-геморагічний синдром (синдром Меллорі-Вейсса).....	54
5.2. Код МКХ– K25.4 Виразка шлунка, ускладнена гострою кровотечею.....	58
5.3. Код МКХ –K26.4 Виразка дванадцятипалої кишки, ускладнена гострою кровотечею.....	62
5.4. Код МКХ – K27.4 Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ, ускладнена кровотечею.....	66
5.5. Код МКХ – K28.4 Пептична виразка анастомозу, ускладнена кровотечею.....	69
5.6. Код МКХ- K 74 Кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу	72
6. Клінічні прояви, діагностика та лікувальна тактика при гострих кровотечах із нижніх відділів шлунково-кишкового тракту	86
6.1. Код МКХ–K57 Дивертикульоз ободової кишки, ускладнений кровотечею	86
6.2. Код МКХ– K51 Виразковий коліт.....	90
6.3. Код МКХ– K50. Хвороба Крона (термінальний ілеїт).....	93
6.4. Код МКХ– I84 Хронічний геморой, ускладнений кровотечею.....	97
ДОДАТКИ.....	100
ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ.....	102

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АПК	Аргоноплазмова коагуляція
АТ	Артеріальний тиск
АЧТЧ	Активований частковий тромбoplastиновий час
ГВШКК	Гостра шлунково-кишкова кровотеча виразкової етіології
ГНН	Гостра ниркова недостатність
ГО	Глобулярний об'єм
ДПК	Дванадцятипала кишка
ЕГДС	Езофагогастродуоденоскопія
ЕІТ	Ендоскопічна ін'єкційна терапія
ЕК	Електрокоагуляція
ЕКл	Ендоскопічне кліпування
ІТТ	Інфузійно-трансфузійна терапія
ІПП	Інгібітори протонної помпи
МЕВ	Мініінвазивне ендохірургічне втручання
МНВ	Міжнародне нормалізоване відношення
ОЦК	Об'єм циркулюючої крові
ПЧ	Протромбіновий час
РК	Рецидив кровотечі
РЧК	Радіочастотна коагуляція
СЗП	Свіжозаморожена плазма
СМВ	Синдром Меллорі-Вейсса
СПВ	Селективна проксимальна ваготомія
ЧСС	Частота серцевих скорочень
ШВЛ	Штучна вентиляція легень
ШІ	Шоковий індекс
ШКК	Шлунково-кишкова кровотеча
ШКТ	Шлунково-кишковий тракт
FiO₂	Концентрація кисню у дихальній суміші

Hb	Гемоглобин
Ht	Гематокрит
rFVIIa	Штучний фактор зсідання крові
Tr	Тромбоцити
PaO₂	Парціальний тиск O ₂ в артеріальній крові
paCO₂	Парціальний тиск вуглекислоти

ВСТУП

Організація охорони здоров'я та оцінка її якості в нових соціально-економічних умовах та при наявності реформування галузі потребує нових підходів до процесів управління лікувально-діагностичним процесом та оцінки його якості. Особливо це важливо при наданні медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією, коли медичні працівники повинні у стислий термін часу через тяжкість стану хворого та наявність патологічних змін в організмі, що нерідко загрожують його життю, прийняти найбільш обґрунтоване рішення про оптимальний алгоритм діагностичної і лікувальної допомоги.

Одним із таких патологічних станів є гостра ШКК, яка ускладнює понад 100 різних захворювань та синдромів. Тому стандартизація діагностики та лікування усіх форм шлунково-кишкових кровотеч утруднена, але найбільш розповсюджені стани (серед яких є гострі та хронічні виразки шлунка, дванадцятипалої кишки та анастомозу, портальна гіпертензія, гострий геморагічний гастрит, синдром Меллорі-Вейсса, злаякісні та доброякісні пухлини шлунка та кишок) повинні стати об'єктом уніфікації та стандартизації медичної допомоги. У цілому, перелічені патологічні стани складають до 80% захворювань, об'єднаних проявами гострої ШКК.

Гостру ШКК відносять до одного із найтяжчих невідкладних захворювань органів черевної порожнини, яке за частотою звернення займає провідне місце серед гострих захворювань органів черевної порожнини.

За останні декілька років світова хірургічна спільнота переглянула ключові моменти діагностики та лікування гострої кровотечі. Удосконалено методи діагностичної та лікувальної ендоскопії, яка зайняла провідне місце в наданні ефективної допомоги хворим цієї групи, що відобразилось на результатах лікування та змінило принципи хірургічного лікування.

Окреслено основні завдання медичної допомоги при ШКК, які включають: виявлення джерела та оцінка активності кровотечі і вплив на її припинення, оцінку ступеня тяжкості крововтрати та принципи адекватного її поповнення, а також патогенетичний вплив на захворювання, ускладненням якого стала кровотеча.

Виконання перших двох завдань в обсягах невідкладної допомоги є обов'язковим, а третє завдання, в умовах великого хірургічного та анестезіологічного ризику, може бути відкладено на більш пізній час.

Виходячи з цього, провідними фахівцями з проблеми гострої ШКК розроблено методичні рекомендації, мета яких – надати лікарям практичної охорони здоров'я сучасне обґрунтування та доцільність застосування розробленого алгоритму діагностики та лікування хворих з цією складною і соціально значимою патологією.

При підготовці даних методичних рекомендацій використовувались сучасні міжнародні рекомендації [Рекомендації консенсуса по веденню пацієнтів з неварикозними кровотечами із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (*Ann Intern Med.* 2010;152:101-113); Індикатори якості езофагогастродуоденоскопії ASGE/ACG. (*Gastrointestinal Endoscopy.* April 2006; Sup. Vol. 63; 4: 10–15); Мета-аналізи бази даних Cochrane Library (Dorward S, Sreedharan A, Leontiadis GI, Howden CW, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Oct 18;(4):CD005415 та Leontiadis GI, Sharma VK, Howden CW. WITHDRAWN: Proton pump inhibitor treatment for acute peptic ulcer bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 May 12;(5):CD002094); Рекомендації консенсуса Бавено V по методології діагностики і лікування портальної гіпертензії (2010); Консенсуса Маастрихт IV/Флоренція (Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C. A. et al. (2012) Management of Helicobacter pylori infection the Maastricht IV/ Florence Consensus Report *Gut.* 61:646–664)], які були розроблені на підставі доказовості отриманих медичних даних. В процесі роботи брались до уваги накопичені клінічні дані вітчизняних науковців, які займаються наданням медичної допомоги хворим на гостру кровотечу в просвіт шлунково-кишкового тракту.

Сформований методичний документ обговорено на конференції «Актуальні питання клінічної хірургії» (реєстр МОЗ та НАМН України №61, 2012 р.).

Таким чином, розроблені методичні рекомендації, які присвячені удосконаленню алгоритмів діагностики та лікування гострої ШКК, допоможуть лікарям практичної охорони здоров'я у наданні більш якісної медичної допомоги хворим з цією важкою хірургічною патологією.

Підготовлені методичні рекомендації призначені для лікарів хірургів, анестезіологів та реаніматологів, ендоскопістів, сімейних лікарів, а також лікарів-інтернів зазначених спеціальностей.

1. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ, ТЕРМІНОЛОГІЇ ТА РОЗПОДІЛУ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

1. **Визначення:** *Шлунково-кишкова кровотеча* – це гостре або хронічне витікання крові в просвіт шлунково-кишкового тракту при наявності патологічних процесів у стравоході, шлунку, тонкій або товстій кишках.
2. **Види кровотеч та їх розподіл за локалізацією джерела кровотечі:**
 - А) Види кровотеч:**
 - а) гостра кровотеча – швидкість крововтрати понад 7% ОЦК за годину;
 - б) підгостра кровотеча – 5–7% ОЦК за годину;
 - в) хронічна кровотеча – повільне витікання крові у просвіт шлунково-кишкового тракту (менше 3% ОЦК за годину).
 - Б) Розподіл шлунково-кишкових кровотеч за локалізацією джерела кровотечі:**
 - а) *кровотеча із верхніх відділів ШКТ* – це кровотеча із стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки;
 - б) *кровотеча із нижніх відділів ШКТ* – це кровотеча із тонкої кишки нижче дуодено-єюнального вигину до ілеоцекального кута та із товстої кишки – від сліпої до прямої включно.
 - В) Розподіл за етіологією:**
 - а) варикозна кровотеча;
 - б) неварикозна кровотеча.
 - Г) Розподіл за частотою виникнення кровотечі:**
 - а) первинна кровотеча;
 - б) рецидивна кровотеча.
 - Д) Розподіл за ступенем тяжкості крововтрати:**
 - а) помірна крововтрата;
 - б) крововтрата середнього ступеню тяжкості;
 - в) крововтрата важкого ступеню;
 - г) вкрай тяжка крововтрата.
 - Е) Розподіл за інтенсивністю кровотечі:**
 - а) інтенсивна кровотеча;

б) не інтенсивна кровотеча;

3. Причини кровотеч у просвіт шлунково-кишкового тракту:

а) із верхнього відділу ШКТ:

- виразка шлунка та ДПК (45 – 55%);
- ерозивно-геморагічний гастрит, дуоденіт (10 – 20%);
- пухлина стравоходу, шлунка або ДПК (2 – 8%);
- синдром Меллорі-Вейсса (2 – 7%);
- варикозне розширення вен стравоходу та шлунка (5 – 7%);
- виразка Делафуа (1%);
- інші (біля 6%)

б) із нижнього відділу ШКТ:

- пухлини тонкої та товстої кишок;
- дивертикули ободової кишки;
- хвороба Крона;
- неспецифічний виразковий коліт;
- геморой;
- тріщина заднього проходу;

4. Клінічні та диференційно-діагностичні прояви ШКК в залежності від локалізації джерела кровотечі (табл. 1):

Таблиця 1

Диференційно-діагностичне значення зовнішніх проявів ШКК

Ознаки	Локалізація джерела кровотечі/ інтенсивність кровотечі
Блювання кров'ю	Стравохід, шлунок, початковий відділ ДПК
Блювання малозміненою кров'ю	Інтенсивна кровотеча (частіше – хронічна або гостра виразка шлунка, пухлина шлунка, синдром Меллорі-Вейсса)
Блювання вмістом типу «кавової гущі»	Хронічна виразка ДПК, помірна за інтенсивністю шлункова кровотеча (частіше – хронічна виразка)
Блювання темною кров'ю та її згортками	Стравохідно-кардіальні флебектазії на тлі портальної гіпертензії, виразки шлунка та ДПК, пухлина шлунка, ерозивно-геморагічний гастрит, дуоденіт

Багаторазове блювання кров'ю і поява в подальшому мелени	Характерно для масивної кровотечі
Блювання, яке повторюється через короткотермінові проміжки часу	Свідчить про кровотечу, яка продовжується. Повторне блювання кров'ю через довготривалий проміжок часу – ознака кровотечі, яка поновилася
Рясне блювання малозміненою кров'ю	Прогностично найбільш небезпечна ситуація. Чим частіше спостерігається багаторазове блювання незмінною кров'ю, тим вища летальність
Одночасна поява кривавої блювоти і мелени	Найбільш висока вірогідність несприятливого прогнозу
Мелена (чорний, дьогтьоподібний кал)	Кровотеча із верхніх відділів травного тракту (стравохід, шлунок, початковий відділ ДПК). Свідчення довготривалого перебування крові в кишці
Кал темно-вишневого кольору	Профузна кровотеча із верхніх відділів ШКТ Кровотеча із тонкої кишки або правої половини ободової кишки
Кал типу малинового желе	Кровотеча із лівої половини ободової кишки
Малозмінена кров у калі	Кровотеча із прямої кишки (інтенсивна кровотеча)
Сформований чорний кал	Відходження старої крові
Струменеве виділення крові наприкінці акту дефекації	Кровотеча із гемороїдальних вузлів
Кров на поверхні сформованого калу з одного боку	Кров із тріщини заднього проходу

- а)** блювання яскраво червоною кров'ю (**haematemesis**), кров'ю коричневого або чорного кольору (кавова гуща) – вказує на те, що джерело кровотечі знаходиться вище зв'язки Трейтца (такі клінічні прояви характерні, як правило, для кровотечі із стравоходу, шлунка або ДПК);
- б)** мелена (**melaena**) – дьогтьоподібний кал, що обумовлений вмістом крові, на яку подіяв вміст шлунка та кишківника;

- по кольору випорожнень неможливо точно визначити ні джерело кровотечі, ні час проходження крові через кишку;
 - в ШКТ кров під дією бактерій та перетравлюючих соків із червоної стає чорного кольору або дьогтьоподібною (цей процес займає декілька годин);
 - кров в просвіті ШКТ може діяти як послаблююче, прискорюючи пасаж кишкового вмісту, що залежить від обсягу та темпу кровотечі;
 - якщо пасаж достатньо швидкий, то кровотеча із шлунка або дванадцятипалої кишки може супроводжуватись виділенням незміненої крові;
 - мелена характерна для кровотеч із верхніх відділів ШКТ;
- в) не змінена (червона) кров у калі (*haematochezia*):**
- червона кров у калі свідчить про ушкодження слизової оболонки прямої або сигмоподібної кишок (водночас може бути і наслідком кровотечі із верхніх відділів ШКТ при масивній кровотечі).

5. Анамнестичні дані, які дозволяють запідозрити причину або джерело ГШКК (табл.2)

Таблиця 2

Анамнестичні дані та дані об'єктивного обстеження, які дозволяють запідозрити причину або джерело ГШКК

№ п\п	Прояви захворювання	Діагноз, що передбачається
1	Сезонний характер болю	Виразкова хвороба
2	Відсутність апетиту та прогресуюче схуднення	Пухлинний процес
3	Зловживання алкоголем, перенесені раніше вірусний гепатит, малярія, панкреатит, тромбофлебіт селезінкової вени	Синдром портальної гіпертензії
4	Поява мало зміненої крові в кінці інтенсивного блювання різного походження	Синдром Меллорі-Вейсса
5	Огрядність, загрудинний біль	Діафрагмальна грижа

6	Стресова ситуація в анамнезі, прийом препаратів ульцерогенної дії (антикоагулянти, кортикостероїдні гормони, не стероїдні протизапальні препарати, гіпотензивні препарати), тяжкі захворювання серця, легень, печінки, нирок та інших органів, особливо в стадії декомпенсації	Гострі виразки або ерозії слизової оболонки шлунка
7	Іктеричність склер, судинні «зірочки» на шкірі, збільшені печінка та селезінка, асцит, розширення підшкірних вен черевної стінки	Цироз печінки
8	Телеангіоектазії на слизових оболонках губ, язика, шкірі рук	Хвороба Рандю-Ослера
9	Тромбоцитопенія у поєднанні з великими підшкірними крововиливами	Автоімунна тромбоцитопенія
10	Гемартроз та тугорухомість суглобів	Гемофілія
11	Підвищена кровоточивість, переймоподібний біль у животі у поєднанні з кривавим калом, мономорфний папульозно-геморагічний висип на симетричних ділянках тіла	Геморагічний васкуліт (хвороба Шенлейн-Геноха)

6. Вплив гострої шлунково-кишкової кровотечі на організм:

А) Розвиток будь-якої кровотечі має чотири періоди:

I – період виражених гемодинамічних і метаболічних порушень;

II – період відповіді на проведення інтенсивної терапії;

III – період гіперметаболічної фази;

IV – період поліорганної недостатності або одужання.

7. Класифікаційні ознаки крововтрати (табл. 3):

А) Тяжкість крововтрати визначають за ступенем гіповолемії, яка виникає внаслідок крововтрати, швидкістю її розвитку та об'ємом крові, що втрачена:

Таблиця 3

Класифікація кровотечі за основними патогенетичними ознаками

Ознаки кровотечі		
За видом	– травматична – патологічна – штучна	– ранова, операційна – захворювання, патологічні процеси – ексфузія, лікувальні кровопускання
За швидкістю розвитку	– гостра – підгостра – хронічна	– понад 7% ОЦК за годину – 5–7% ОЦК за годину – менше 5% ОЦК за годину
За об'ємом	– мала – середня – велика – масивна – смертельна	– 0,5–10% ОЦК – 10–20% ОЦК – 21–40% ОЦК – 41–70% ОЦК – понад 70% ОЦК
За ступенем гіповолемії та вірогідністю розвитку геморагічного шоку	– помірна – середня – тяжка – вкрай тяжка	– дефіцит ОЦК 10–20%, ГО менше 30%, шоку немає – дефіцит ОЦК 21–30%, ГО від 30 до 45%, шок розвивається при тривалій гіповолемії – дефіцит ОЦК 31–40%, ГО від 46 до 60%, шок розвивається обов'язково – дефіцит ОЦК понад 40%, ГО понад 60%, шок, термінальний стан

- Б)** При підгострій або хронічній кровотечі виділяють латентний період, період клінічних проявів, термін якого залежить від темпу кровотечі та об'єму крововтрати і може коливатися від декількох годин до доби.
- В)** У випадку гострої масивної кровотечі (III–IV клас) розвивається геморагічний шок:
- а)** *геморагічний шок* – це гостра серцево-судинна недостатність, зумовлена втратою цільної крові;
 - б)** дефіцит еритроцитів, які переносять кисень, призводить до порушень доставки кисню до тканин і органів;

в) клінічні ознаки геморагічного шоку (табл.4):

- зумовлені швидкістю та об'ємом втрати крові, спроможністю організму хворого залучати компенсаторні механізми, критеріїв шокогенності;

Таблиця 4

Клінічні ознаки геморагічного шоку

Ознака	Гіповолемія			
	помірна	середня	тяжка	вкрай тяжка
Втрата ОЦК (% від ОЦК)	≤20%	21–30%	31–40%	≥40%
Втрата крові (мл)	≤750	750–1500	1500–2000	≥2000
Пультс (уд./хв.)	до 100	>100	>120	≥140
АТ (мм рт.ст.)	N	N або <100	<90	<70
Пультсовий тиск	N	знижений	знижений	знижений
Симптом «білої плями» (секунди)	N (1–2 с)	>3	>3	>3
Частота дихання (в хв.)	14–20	20–30	30–40	>35
Діурез (мл/год)	30	20–30	5–15	виражена олігурія
Психічний статус	незначний неспокій	помірний неспокій	сплутаність свідомості	сплутаність свідомості до коми

***Тест наповнення капілярів чи симптом «білої плями»**, дозволяє оцінити капілярну перфузію (проводять шляхом натискання на ніготь пальця, шкіру чола, мочку вуха і фіксуванням часу, за який відновлюється колір шкіри. У нормі колір повертається через 2 с, при позитивній пробі – через 3 і більше секунд).

* **Оцінка погодинного діурезу** – показник збереження (відновлення) кровотоку у нирках (у нормі погодинний діурез складає 0,5–1 мл/кг маси тіла хворого, а контроль погодинного діурезу проводять після катетеризації сечового міхура катетером Фолея).

1.1. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ГОСТРОЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЇ КРОВОТЕЧІ

1. Клінічні прояви гострої ШКК.

- А)** Основними клінічними ознаками кровотечі із верхніх відділів ШКТ (прямі симптоми) – блювота кров'ю (**гематемезис**) та чорний дьогтьоподібний стул (**мелена**).
- а)** блювота кров'ю виникає при значній за об'ємом крововтраті і, як правило, завжди асоціюється з меленою:
- артеріальна стравохідна кровотеча характеризується блювотою з домішками незміненої крові;
 - кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу нерідко буває профузною і проявляється блювотою з кров'ю темно-вишневого кольору;
 - при шлунковій кровотечі в результаті взаємодії гемоглобіну із соляною кислотою – утворюється хлорид гематину, тому рвотні маси мають вигляд кавової гущину.
- б)** до загальних симптомів (непрямих симптомів) кровотеч із верхніх відділів ШКТ відносять загальну слабкість, запаморочення, відчуття потемніння в очах, задуху, серцебиття (в ряді випадків непрямі симптоми ШКК можуть бути передвісниками виникнення мелени і блювоти з кров'ю чи виступати на перший план в клінічній картині захворювання).
- Б)** Про тяжкість ШКК у перші години його розвитку свідчать зміни свідомості, АТ, наявності тахікардії, дефіциту ОЦК (необхідно пам'ятати, що зниження вмісту гемоглобіну, обумовлене гемодилуцією, можна виявити лише через декілька годин після початку кровотечі);
- В)** Зниження вмісту гемоглобіну можливо виявити лише через декілька годин від початку кровотечі;
- Г)** Для оцінки дефіциту ОЦК до початку інфузійної терапії використовують визначення шокowego індексу (ШІ) розрахованого за методом Альговера (чим вище цей показник, тим більша небезпека для життя хворого):
- а)** шокoвий індекс (ШІ) — частка від ділення частоти пульсу на показник систолічного тиску (чим вище цей показник, тим більша крововтрата) (**табл. 5**):

Таблиця 5

Визначення крововтрати за шоківим індексом Альговера

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (л)*	Дефіцит ОЦК (%)
0,5	0	0
0,8	0,5	10
0,9–1,2	1,0	25
1,3–1,5	1,5	30
2,0	2,0	40
понад 2,0	понад 2,0	понад 40

*в літрах для хворого вагою 70–80 кг.

2. В залежності від об'єму крововтрати та клінічних симптомів Американська Колегія хірургів встановила чотири класи крововтрати (**табл. 6**).

Таблиця 6

Класифікація крововтрати за Американською Колегією хірургів

Клас	Клінічні симптоми	Об'єм крововтрати (%)
I	Ортостатична тахікардія	15
II	Ортостатична гіпотензія	20–25
III	Артеріальна гіпотензія в положенні лежачи на спині, олігурія	30–40
IV	Порушення свідомості, колапс	понад 40

A) Клас I – втрата до 15% ОЦК:

- а)** клінічні симптоми відсутні або наявна ортостатична тахікардія в спокої, у першу чергу стоячи;
- б)** ортостатичною тахікардією вважають тоді, коли при зміні положення з горизонтального на вертикальне ЧСС збільшується не менше, ніж на 20 ударів за 1 хвилину;

- Б) Клас II** – втрата від 20 до 25% ОЦК:
- а) основним клінічним проявом є ортостатична гіпотензія;
 - б) гіпотензію вважають ортостатичною, якщо при зміні положення тіла з горизонтального на вертикальне АТ зменшується не менше, ніж на 15 мм рт.ст.;
 - в) АТ лежачи у нормі або дещо знижений, діурез збережений.
- В) Клас III** – втрата від 30 до 40% ОЦК:
- а) гіпотензія в положенні лежачи на спині;
 - б) олігурія (швидкість виділення сечі менше, ніж 400 мл/добу або менше, ніж 0,5 мл/кг/год).
- Г) Клас IV** – втрата понад 40% ОЦК:
- а) стан потенційно небезпечний для життя;
 - б) порушення свідомості до коми;
 - в) колапс (вкрай низький АТ);
 - г) оліго-анурія.

1.2. ОРГАНІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

А) Усі хворі з клінічними проявами ШКК або при обгрунтованій підозрі щодо неї, підлягають госпіталізації у містах, де є спеціалізований центр з лікування ШКК – до цього лікувального закладу, при відсутності центру – до багатопрофільної лікарні, де є відділення інтенсивної терапії, а в сільській місцевості хворого транспортують до центральної районної лікарні.

Н.В.! *Госпіталізація таких хворих у найближчу лікарню може бути виправдана тільки тяжким станом хворого або іншими винятковими обставинами.*

Н.Н.В.! *Усі переміщення хворого з підозрою на ШКК, які пов'язані з транспортуванням, діагностичними або лікувальними заходами, виконують тільки на каталці в лежачому положенні.*

Б) При клінічних проявах шлунково-кишкової кровотечі (блювання кров'ю, вмістом типу “кавової гущі”, мелена, запаморочення, наявність «мушок» перед очима, загальна слабкість, тахікардія та зниження артеріального тиску) хворий повинен знаходитись

у горизонтальному положенні, доставка його до хірургічного стаціонару повинна здійснюватись санітарним транспортом.

- В)** В якості первинної медичної допомоги на догоспітальному етапі, хворому з ознаками нестабільної гемодинаміки, доцільно налагодити через периферійний катетер внутрішньовенне введення кристалоїдів, транексамової кислоти (тугіни), дицинон;
- Г)** При нестабільній гемодинаміці інфузійну терапію необхідно розпочати у машині швидкої допомоги, що є *обов'язковим*.

2. АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИЧНОЇ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАДХОДЖЕННІ ХВОРОГО ДО СТАЦІОНАРУ

Завданням лікаря приймального відділення є встановлення попереднього діагнозу з визначенням, за даними клінічного обстеження хворого та анамнезу захворювання, можливого джерела кровотечі із верхніх чи нижніх відділів ШКТ, формування програми обстеження для уточнення діагнозу та маршрут переміщення пацієнта в межах лікарні (термін перебування хворого у приймальному відділенні – від 20 до 30 хв.):

1. Послідовність організаційних дій медичного персоналу при наданні медичної допомоги хворому з гострою ШКК в умовах приймального відділення:

- А)** Підставою для встановлення наявності шлунково-кишкової кровотечі та можливої локалізації її джерела є:
 - а)** скарги хворого (в тому числі і свідчення осіб, що супроводжують хворого) та об'єктивні дані.
 - б) *обов'язкове*** проведення пальцевого ректального дослідження з визначенням кольору та консистенції вмісту прямої кишки.
- Б)** Усі переміщення хворого зі шлунково-кишковою кровотечею в стаціонарі, при проведенні діагностичних або лікувальних заходів необхідно виконувати на каталці в лежачому положенні:
 - а)** якщо хворого доставлено в стані геморагічного шоку або з ознаками кровотечі, що продовжується, інфузійну і медика-

ментозну терапію крововтрати необхідно починати (продовжувати) у відділенні інтенсивної терапії або в протишоковій палаті чи в операційній, з одночасною підготовкою та проведенням ЕГДС;

б) час з початку інфузійної та медикаментної корегуючої терапії принципово впливає на результати лікування хворого, тому що ранній початок лікувальних заходів попереджує розвиток незворотніх змін;

в) Питання про місце надання медичної допомоги, її обсяг та послідовність приймає мультидисциплінарна команда фахівців (хірург, анестезіолог, ендоскопіст): **хірург** та **анестезіолог** сумісно визначають відділення, куди слід госпіталізувати хворого, **хірург** визначає тактику лікування, **анестезіолог** – ступінь тяжкості стану хворого, величину крововтрати, послідовність корегуючої терапії та здійснює її, **ендоскопіст** виконує ендоскопічну діагностику, гемостаз та ендоскопічний моніторинг.

2. Діагностично-тактичний алгоритм при гострій кровотечі в просвіт ШКТ:

В діагностиці кровотеч із верхніх відділів ШКТ і встановленні їх причини допомагає ретельний збір скарг та анамнезу для виявлення виразкової хвороби в минулому, прийому НПЗП чи антикоагулянтів, зловживання алкоголем, ознак, які характерні для цирозу печінки (асцит, пальмарна еритема, наявність розширення вен передньої черевної стінки, наявність асцити, гепато- і спленомегалія) чи інших захворювань (телеангіектазії на шкірі і слизових при синдромі Вебера-Ослера-Рандю).

А) Обстеження пацієнта:

а) скарги:

- загальна слабкість;
- запаморочення;
- відчуття потемніння в очах;
- порушення свідомості;
- задуха;
- серцебиття.

б) анамнез захворювання:

- час виникнення скарг;

- дані стосовно етіологічного фактору;
 - виявлення супутньої патології та обсяг попередньої терапії.
- в) об'єктивні дані:** загальноклінічні ознаки кровотечі включають оцінку цвіту кольору шкіри, стану периферійної мікроциркуляції, АТ, ЧСС та частоти дихання, стану свідомості.
- г)** загальний стан хворого оцінюється за критеріями, наведеними у **табл. 7.**

Таблиця 7

Критерії оцінки ступеня тяжкості хворого з гострою кровотечею

Критерій, який оцінюється	Стан хворого			
	задовільний	середньої тяжкості	тяжкий	вкрай тяжкий
свідомість	ясна	загальмованість	пригнічена	різке пригнічення
стан шкірних покривів	помірна блідість	виражена блідість	різка блідість, холодний липкий піт	блідо-ціанотичні, холодний липкий піт
симптом «білої плями»	менше 3 сек.	понад 3 сек.	неможливо визначити	неможливо визначити
пульс (уд/хв)	90–100	до 120	120–140, слабкого наповнення	понад 140, слабкого наповнення
систолічний АТ (мм рт.ст.)	норма	не нижче 100	80–90	нижче 80
дихання	дещо прискорене	прискорене	задишка	виражена задишка
ЦВТ (мм.вод.ст.)	5–15	0–5	0	0
діурез	норма	знижений	олігурія	олігурія, анурія
число еритроцитів (т/л)	понад 3,5	2,5 – 3,5	2,5 – 1,7	менше 1,7
гемоглобін (г/л)	понад 120	80–120	60–80	менше 60
гематокрит (%)	понад 30	25–30	20–25	менше 20

- Б)** Призначення лабораторних досліджень (обов'язково загальний аналіз крові з кількістю тромбоцитів та гематокрит, протромбіновий час або протромбіновий індекс, група крові і резус-фактор, а при можливості – АЧТЧ, рівень фібриногену).
- В)** *Пальцеве дослідження прямої кишки* з визначенням її вмісту;
- Г) Попередній діагноз** встановлюють на основі скарг, анамнезу, об'єктивних проявів, притаманних різній локалізації шлунково-кишкової кровотечі в залежності від характеру захворювання:
- а)** при наявності блювоти з ознаками червоної крові із згортками слід запідозрити локалізацію джерела кровотечі у стравоході або в кардіальному відділі шлунка, що можливо при кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу або при пухлинному чи виразковому ураженні кардіального відділу шлунка;
 - б)** при наявності блювоти важливо відрізнити шлункову кровотечу від легеневої, яка проявляється не блюванням, а кашлем з пінним кривавим вмістом (легенева кровотеча може супроводжуватись заковтуванням та зригуванням крові);
 - в)** наявність блювоти шлунковим вмістом типу “кавової гущі”, мелени може свідчити про джерело кровотечі у дистальних відділах шлунка або у дванадцятипалій кишці, що частіше є проявом виразкової хвороби, пухлини шлунка або іншим органічним ураженням його слизової оболонки;
 - г)** при наявності змішаної з калом темної крові із прямої кишки необхідно запідозрити джерело кровотечі в правих відділах товстої кишки, а при наявності яскраво червоної крові, перемішаної з калом – про кровотечу із лівих відділів товстої кишки;
 - д)** струменева кровотеча із прямої кишки наприкінці акту дефекації може свідчити про її гемороїдальне походження, а наявність крові на поверхні калу з одного боку – про тріщину заднього проходу.

2.1. ДІАГНОСТИЧНО-ЛАБОРАТОРНІ ТЕСТИ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ У ПАЦІЄНТІВ З КРОВОТЕЧЕЮ

1. При підозрі на кровотечу або при її наявності при надходженні хворого у лікарню виконують клінічний аналіз крові (Hb, Ht, кількість еритроцитів та лейкоцитів), який є важливим показником тяжкості крововтрати і за можливістю визначають кількість тромбоцитів, рівень фібриногену, протромбінового часу та АЧТЧ;
2. Загальний аналіз крові доцільно проводити в динаміці в терміни, що залежать від загального стану пацієнта, ознак зупиненої або рецидиву кровотечі.
3. **Тромбоцити:**
 - А) Кількість тромбоцитів менша за $50 \times 10^9/\text{л}$ на тлі масивної кровотечі асоціюється з порушеннями гемостазу і капілярною кровотечею;
 - Б) Мінімальний цільовий рівень тромбоцитів за таких умов становить $75 \times 10^9/\text{л}$.
4. Фібриноген (потрібно визначати обов'язково):
 - А) Рівень фібриногену більш чутливий, ніж ПЧ та АЧТЧ при визначенні дилуційної коагулопатії або коагулопатії споживання, яка розвивається;
 - Б) Рівень фібриногену нижчий за 1,0 г/л завжди недостатній при масивній крововтраті (наявні докази свідчать, що за таких умов потрібен рівень його понад 1,5 г/л, а більш високий рівень прискорить поліпшення гемостазу);
 - В) Рівень фібриногену понад 1,0 г/л або ПЧ і АЧТЧ, що не перевищують норму у 1,5 рази, вказують на наявну недостатність гемостазу і є предикторами мікросудинної кровотечі (рання інфузія СЗП в об'ємі 15 мл/кг повинна бути використана для попередження такої коагулопатії, коли можливо передбачити масивну кровотечу);
5. Протромбіновий час (ПЧ) – нечутливий тест порушень гемостазу;
 - А) Звична практика – корекція до рівня, який перевищує норму понад 1,5 рази може бути несприятливою у ряді ситуацій;
6. АЧТЧ – широко застосовують при замісній терапії препаратами крові, але, як і у випадку з ПЧ, корекція АЧТЧ до рівня, що перевищує

норму понад 1,5 рази, є невірною стратегією у зв'язку із великою можливістю недостатності гемостазу при такому рівні (мінімально припустимий рівень АЧТЧ не повинен перевищувати норму у 1,5 рази);

7. МНВ – несприятливий тест при масивних кровотечах, тому що він стандартизує терапію варфарином і результати його можуть бути помилковими при коагулопатії або при захворюваннях печінки.

2.2. ПОПЕРЕДНІЙ РОЗПОДІЛ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРОЮ ШКК ПРИ НАДХОДЖЕННІ ДО СТАЦІОНАРУ

1. **Розподіл пацієнтів з кровотечею** – в залежності від вираженості проявів кровотечі (за її активністю і величиною крововтрати за даними ФГДС) та стану хворого, усіх пацієнтів зі шлунково-кишковими кровотечами за своїми лікувально-діагностичними ознаками розподіляють на **три основні групи**:

А) Перша група – хворі з наявними клінічними ознаками кровотечі, яка супроводжується нестабільними показниками центральної гемодинаміки або критичним станом (втрата понад 40% ОЦК):

- а) послідовність надання медичної допомоги хворим, які знаходяться у критичному стані (як правило при активній кровотечі)**, що проявляється нестабільною гемодинамікою, стигматами тяжкої крововтрати є підставою для негайного початку інтенсивної терапії, спрямованої на стабілізацію гемодинаміки:

- пацієнта з приймального відділення спрямовують до спеціально обладнаної протишокової палати у зв'язку з необхідністю одночасної роботи з пацієнтом фахівців із інтенсивної терапії та ендоскопії, моніторингу лабораторних і фізіологічних параметрів, вирішення питання про хірургічне втручання, як реанімаційного заходу:
- забезпечують високе FiO_2 (інгаляція кисню до 6-8 л/хв. через носову канюлю або через маску);
- внутрішньовенний доступ катетером найбільшого діаметру з подальшою катетеризацією центральної вени і проведення багатокomпонентної інфузійно-трансфузійної терапії;

- при заповненні шлунка кров'ю, хворого вкладають на лівий бік, у шлунок вводять товстий шлунковий зонд і вміст шлунка самопливом витікає, при необхідності у шлунок вводиться рідина (**вакуум аспірація вмісту шлунка протипоказана**);
- б)** водночас хворому виконують діагностичні заходи, які спрямовані на розпізнавання джерела кровотечі (ФГДС), встановлення факту її продовження чи зупинки, а також проводять мініінвазивні ендохірургічні втручання для зупинки кровотечі;
- Б) Друга група** – хворі з вираженими ознаками анемії, але без наявних клініко-лабораторних ознак кровотечі, яка триває в про-світ ШКТ:
 - а)** хворих скеровують у відділення інтенсивної терапії, де після проведення катетеризації центральної вени і початку інфузійної терапії проводять комплексну діагностику основних порушень загальносоматичного статусу, визначають тяжкість крововтрати та здійснюють програму її поповнення.
 - б)** одночасно хворому виконують діагностичні заходи, які спрямовані на розпізнавання джерела кровотечі (ФГДС), встановлюють факт її продовження чи зупинки, а також виконують мініінвазивні ендохірургічні втручання, спрямовані на зупинку або попередження рецидиву кровотечі;
- В) Третя група** – це хворі з встановленим (за анамнестичними і об'єктивними ознаками) фактом перенесеної кровотечі в про-світ ШКТ, але з помірними або середнього ступеня тяжкості клінічними проявами післягеморагічної анемії:
 - а)** хворих після ФГДС госпіталізують у хірургічне відділення для проведення консервативної терапії та визначення лікувальної тактики;
- 5.** Пацієнти з кровотечею, яка зумовлена цирозом печінки, складають особливу групу хворих:
 - при підозрі на кровотечу із варикозно розширених вен стравоходу лікар повинен звернути увагу на наявність розширення вен передньої черевної стінки, асцит, збільшені розміри печінки та селезінки;
 - оцінити анамнестичні дані про перенесений вірусний гепатит,

зловживання алкогольними напоями та інше;

- хворих з кровотечею із вен стравоходу спрямовують у відділення інтенсивної терапії для проведення комплексу діагностичних та лікувальних заходів;
- діагноз кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу **повинен бути** підтверджений при ендоскопічному дослідженні;
- при наявності цирозу печінки, життєву загрозу у зв'язку з кровотечею становить розвиток печінкової недостатності, що визначає необхідність проведення заходів для зупинки кровотечі.

3. Алгоритм надання медичної допомоги хворим з виразковою кровотечею за межами спеціалізованого центру (районна лікарня, невелика міська лікарня):

А) У лікувальних закладах, куди надходять хворі із ШКК:

- а)** ендоскопісти повинні володіти навичками ін'єкційного гемостазу, а при відсутності фахівця-ендоскопіста до надання медичної допомоги повинні залучатися фахівці центру медицини катастроф та санавіації;
- б)** при досягненні тимчасового гемостазу і позитивних даних динамічного ендоскопічного огляду за хворим протягом 2 – 3 год. вирішують питання про необхідність переведу пацієнта до центру кровотеч або до лікарні, де є можливість надати повноцінну та якісну допомогу;
- в)** при високому ризику рецидиву кровотечі або нестабільному гемостазі вирішують питання про необхідність виконання невідкладного хірургічного втручання на місці.

Рекомендації:

- Оцінити за прогностичними шкалами стан тяжкості пацієнта з визначенням їх розподілу на групи з низьким/високим ризиком рецидиву кровотечі та летальності і розпочати, при необхідності, належні заходи з інтенсивного лікування (**рівень рекомендації С**)
- Пацієнтам з рівнем гемоглобіну нижчим за 70 г/л необхідно провести переливання крові (**рівень рекомендації А**)

Рекомендації:

- Перед проведенням ендоскопічного дослідження не слід призначати в плановому порядку препарати, які стимулюють перистальтику, з метою підвищення прогностичної цінності (**рівень рекомендації B**)
- Пацієнтам, яким проводиться лікування антикоагулянтами, рекомендована корекція коагулопатії, однак це не повинно приводити до відстрочення ендоскопічного дослідження (**рівень рекомендації B**)
- Доцільним є доендоскопічне призначення ІПП при неможливості проведення ендоскопії на протязі 24 год. з метою зменшення стигмат і потреб в ендоскопічних втручань, однак таке лікування не зменшує летальність, РК чи необхідність в операції (**рівень рекомендації A**).

2.3. ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ ПРИ ГОСТРІЙ ШЛУНКОВО-КИШКОВІЙ КРОВОТЕЧІ

1. Діагностична ендоскопія при гострій ШКК із верхніх та нижніх відділів ШКТ:

A) Організаційні питання надання ендоскопічної допомоги хворим із гострою ШКК:

- а) шлунково-кишкова кровотеча є абсолютним показанням до виконання ендоскопічного обстеження в перші години від моменту госпіталізації, зволікання з **проведенням обстеження призводить до зниження інформаційної цінності ЕГДС, невиявлення джерела кровотечі, а інколи й до неправильної тактики лікування.**
- б) лікарі-ендоскопісти в лікувальних закладах, куди госпіталізують хворих із ШКК, повинні володіти всіма методами ендоскопічного гемостазу:
- в) для ендоскопічного дослідження верхніх відділів ШКТ використовують ендоскоп з торцевою оптикою, який дозволяє виконати огляд стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, а при дослідженні товстої кишки – колоноскоп;

- г) при компенсованому стані хворого місцем для проведення ЕГДС є кабінет ендоскопії, де знаходиться все обладнання та інструменти, що вирішують проблему пацієнта із ШКК, але у тяжких хворих з нестабільною гемодинамікою ЕГДС можливо проводити і в інших місцях (протишокова палата у приймальному відділенні, операційна, відділення інтенсивної терапії):
- перед проведенням ЕГДС **обов'язково призначають премедикацію за 20–30 хв. до обстеження;**
 - проведення екстреного ендоскопічного обстеження хворого в стані алкогольного сп'яніння та з психічними захворюваннями повинно супроводжуватись обов'язковою анестезіологічною допомогою;

Н.В.! ЕГДС проводиться без попереднього активного промивання шлунка!

(при кровотечі, що триває і неможливості виявити її джерело, проводиться промивання шлунку водою без активної аспірації його вмісту, а при відсутності даних за кровотечу що триває і знаходженні в шлунку значної кількості рідини типу “кавової гущини” без згортків крові та свіжої крові та неможливості знайти джерело кровотечі – проводиться повторне дослідження через 4 – 6 годин);

- д) протипоказаннями до виконання ендоскопічного дослідження вважається тільки агональний стан хворого** (при наявності шоку, коми, гострого порушення мозкового кровообігу, інфаркту міокарду, декомпенсації серцевої діяльності і ШКК – необхідно утриматись від проведення ендоскопії і розпочати консервативне лікування. В разі його безуспішності, у хворих з клінічними ознаками кровотечі, що продовжується, можливе проведення ЕГДС за абсолютними показаннями, як крайній спосіб, для виявлення джерела кровотечі та його зупинки).
- е) при нестабільній гемодинаміці (АТ менше 90 мм.рт.ст.) у пацієнта без клінічних ознак кровотечі, що триває, обстеження можливо виконувати після її стабілізації на фоні інфузійної терапії.
- і) у хворих з клінічними ознаками кровотечі, що триває, виконують ЕГДС за абсолютними показаннями на тлі проведення

протишокової інфузійної терапії, як крайній спосіб, для встановлення джерела кровотечі і її зупинки (в цьому випадку дослідження проводять після висновка консилиуму у складі хірурга, анестезіолога, ендоскопіста щодо доцільності та можливості його проведення).

- й) ЕГДС у хворих з ШКК потрібно проводити з активною водною іригацією, змиваючи фіксовані згортки, під якими може бути джерело кровотечі, треба проводити ретельний огляд, тому що знайдене джерело кровотечі може бути не одним і окрім нього може бути більш значуще джерело (*наприклад*: синдром Меллорі-Вейсса, виразка Деллафуа).

Б) Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із верхніх відділів ШКТ:

- а) верифікувати джерело кровотечі, його локалізацію, розміри та тяжкість деструкції;
- б) визначити кровотеча триває чи ні;
- в) застосувати способи місцевого гемостазу – спробувати зупинити кровотечу, а при наявності стигмат (F II A, B) – провести ендоскопічну профілактику її рецидива;
- г) визначити ступінь надійності гемостазу, спрогнозувати ризик рецидиву ШКК.

В) Ендоскопічна класифікація ознак (стигмат) кровотечі:

- F I** – кровотеча, що триває:
- F IA** – цівкова кровотеча.
- F IB** – просочування (підтікання) крові.
- F Ix*** – підтікання з-під щільно фіксованого згустку, який неможливо видалити будь-яким шляхом, без верифікації джерела кровотечі.
- F II** – кровотеча, що зупинилась:
- F IIA** – “тромбована судина” (червона, чорна, біла) – утвір, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром до 2 мм різного кольору.
- F IIB** – фіксований згорткок (червоний, чорний, білий) – утвір, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром більше 2 мм різного кольору.
- F IIC** – дрібні тромбовані судини (чорні крапки).

F III – кровотеча відсутня: дефект під фібрином.

* В підгрупу **Fix** відносяться пацієнти, у яких під час дослідження, виявляють згортку крові з підтікання з-під нього, який неможливо видалити будь-яким шляхом, який повністю закриває кровоточащий субстрат і не дозволяє його верифікувати. В даній ситуації можливе проведення тільки ендоскопічної інекційної терапії без застосування склерозантів.

Г) Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із товстої кишки:

- а)** визначити наявність крові в ободовій та прямій кишках;
- б)** визначити кількість крові та її характер;
- в)** верифікувати джерело кровотечі, його локалізацію та розміри;
- г)** визначити кровотеча триває чи ні;
- д)** застосувати способи місцевого гемостазу – спробувати зупинити кровотечу, а при наявності стигмат (F II A, B) – провести ендоскопічну профілактику її рецидива;

Рекомендації:

- Створення в лікувальному закладі протоколів для мультидисциплінарного ведення пацієнтів (протоколи повинні включати доступність ендоскопіста, який має досвід проведення ендоскопічного гемостазу) **(рівень рекомендації B)**
- Наявність медичного персоналу з належною кваліфікацією, який міг би в терміновому порядку асистувати при проведенні ендоскопії **(рівень рекомендації B)**
- Більшості пацієнтам з гострими кровотечами з верхніх відділів ШКТ рекомендовано раннє проведення ендоскопії (у спеціалізованому центрі протягом 2 годин, в інших лікувальних закладах – протягом 6 годин) **(рівень рекомендації B)**.
- Тип ураження, що є джерелом ШКК, описується та документується з визначенням локалізації та ендоскопічних ознак кровотечі (стигмат) **(рівень рекомендації A)**.

2. Лікувальна ендоскопія при гострій ШКК із верхніх відділів ШКТ:

- A)** Лікувальну ендоскопію при кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту застосовують з метою:
- а)** тимчасової зупинки кровотечі;

- б)** остаточної зупинки кровотечі;
 - в)** впливу на патологічний процес із зупиненою кровотечею для попередження її рецидиву в найближчий час при стигматах кровотечі F IIA, F IIB.
- Б)** При наявності кровотечі із хронічної або гострої виразки шлунка, ДПК, синдромі Меллорі-Вейсса, що триває (F I) та наявності нещодавньої кровотечі (стигмати F IIA, F IIB) використовують:
- а)** мініінвазивні ендоскопічні втручання (МЕВ) спрямовані не тільки на зупинку кровотечі, але і на її профілактику (біполярна коагуляція, аргоноплазмова коагуляція, тепловий зонд, радіочастотна коагуляція, лазерна коагуляція, механічний гемостаз шляхом ендоскопічного кліпування, лігування, ендоскопічної ін'єкційної терапії – адреналін 1:10000, NaCl 0,9%, новокаїн 0,25–0,5%, спирт або їх комбінація);
 - б)** серед ендоскопічних способів гемостазу перевагу надавати:
 - при кровотечі, що триває – механічним, тепловим або комбінованим методам (ЕК (РЧК чи АПК)+EIT, EIT +ЕКл, EIT + ЕК (РЧК чи АПК)) за винятком групи FІх, де виконують тільки ендоскопічну ін'єкційну терапію з адреналіном 1:10000, або 0,9% NaCl, або 0,25–0,5% новокаїном.
 - при стигматах кровотечі (F IIA, F IIB) оптимальним для застосування є АПК як неконтактний термічний метод гемостазу.
 - при дифузних поверхневих ураженнях слизових найбільш ефективними є: РЧК та АПК.
 - при поодиноких м'яких ураженнях (виразка Делафуа та ін.) найбільш ефективними є ЕКл чи комбінація EIT з термічними методами або механічним гемостазом (термічний метод з EIT).
 - при відсутності необхідного обладнання для проведення ендоскопічного гемостазу (при надходженні хворого в районну лікарню або в таку, що не приймає хворих з кровотечами) потрібно провести ендоскопічну ін'єкційну терапію в об'ємі 200–400 мл 0,9% розчину NaCl та викликати на себе бригаду (ендоскопіст та хірург) по санавіації.
- В)** При портальній гіпертензії з наявністю активної кровотечі використовують ендоскопічне лігування чи кліпування або склеро-

терапію варикозно розширеної вени стравоходу що кровить, а вен шлунка – кліпування, комбінацію кліпування з склеротерапією, чи склеротерапію.

Рекомендації:

- Тип ураження, що є джерелом ШКК, описується та документується з визначенням локалізації та ендоскопічних ознак кровотечі (стигмат) (**рівень рекомендації А**).
- За відсутності протипоказань виконується ендоскопічна зупинка активної кровотечі та проводиться профілактика рецидиву кровотечі при тромбованих судинах і фіксованих згустках (**рівень рекомендації А**).
- При виявленні згортка крові на дні виразки необхідно зробити спробу видалити його за допомогою прицільного зрошення з відповідною обробкою пошкодження (**рівень рекомендації В**).
- У випадках спроби проведення ендоскопічного гемостазу при ШКК має бути чітко зазначено, чи досягнуто його (**рівень рекомендації С**).
- Якщо застосовують ЕІТ для зупинки ШКК, необхідно додатково застосовувати другий метод ендоскопічного гемостазу (наприклад, коагуляція або кліпування) (**рівень рекомендації А**).
- Хворим з низьким ризиком (з F III або F IIC) проведення ендоскопічного гемостазу не показано (**рівень рекомендації В**).
- Жоден із методів ендоскопічного гемостазу (за винятком ЕІТ) не має переваг над іншими (**рівень рекомендації В**).
- Лігування є рекомендованим способом ендоскопічної терапії гострої езофагальної варикозної кровотечі, хоча склеротерапія також може бути застосована в гострій ситуації, якщо лігування є технічно важким (**рівень рекомендації А**).

2.4. ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРІЙ ШЛУНКОВО-КИШКОВІЙ КРОВОТЕЧІ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ МЕВ

1. В залежності від вираженості проявів кровотечі та стану хворого, усіх пацієнтів із ШКК за своїми діагностично-лікувальними ознаками розподіляють на три основні групи:

А) Хворі з кровотечею, яку неможливо зупинити ендоскопічно:

- а) підлягають екстремому операційному втручанню за абсолютними показаннями;
- б) при відмові хворого від операції або при наявності тяжкої супутньої патології, при якій ризик вищий за ризик операції, застосовують пролонгований ендоскопічний моніторинг з повторними оглядами, під час яких за показами також проводять мініінвазивне ендохірургічне втручання (при наявності відповідних умов – з інтервалами огляду через кожні 2–4 години), що виконують на тлі консервативної терапії, надаючи перевагу внутрішньовенній інфузії інгібітора протонної помпи (ІПП) у **максимальній терапевтичній дозі**: 80 мг болюсно на 200 мл ізотонічного розчину впродовж 30 хвилин з подальшою інфузією 8 мг/год протягом 72 годин **або** H₂ блокатора гістамінових рецепторів 40 мг болюсно впродовж 30 хвилин з подальшою інфузією 8 мг/год протягом 72 годин та внутрішньовенній інфузії октреотиду по 25 – 50 мкг/год і транексамової кислоти (тривала дозована інфузія потребує застосування інфузомату);

Б) Хворі з активною кровотечею (F IA), що зупинена:

- а) індивідуально по відношенню до кожного пацієнта приймають рішення про вибір способу лікування (невідкладна або рання відстрочена операція, в залежності від обтяжливих факторів прогнозу ризику рецидиву кровотечі, або консервативне лікування та ендоскопічний моніторинг);

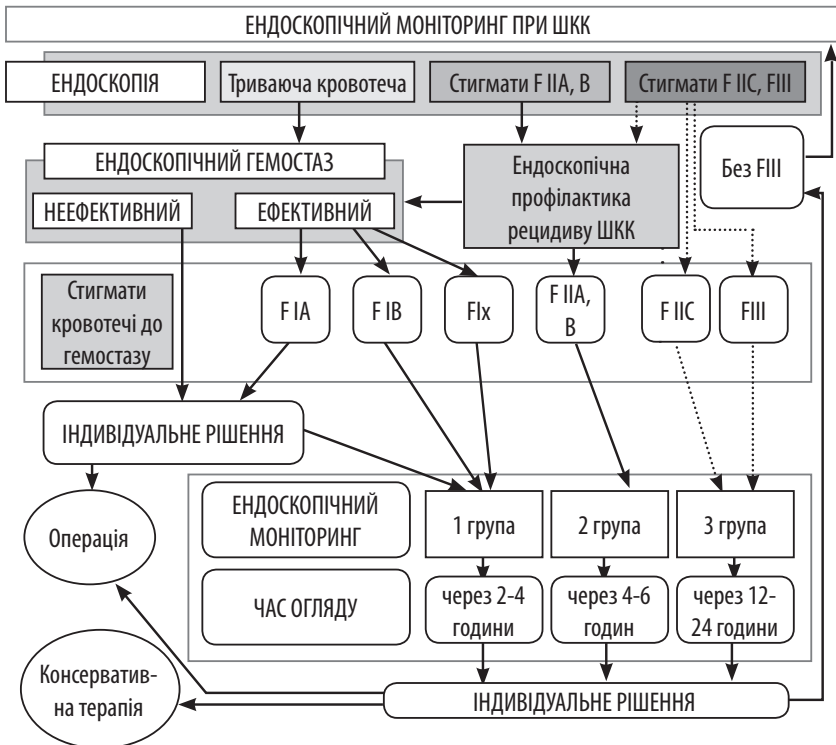
- В) Хворі з зупиненою кровотечею (F IB)** при наявності зупиненої кровотечі при підтіканні з-під фіксованого згортка (F Ix), наявності стигмат (F IIA, F IIB, F IIC) та відсутності ознак нещодавньої кровотечі (FIII) підлягають консервативному лікуванню та ендоскопічному моніторингу

2.5. ЕНДОСКОПІЧНИЙ МОНІТОРИНГ У ХВОРИХ ІЗ ШКК

- 1. Визначення: Ендоскопічний моніторинг** включає в себе серію повторних ЕГДС через визначені терміни, в залежності від стигмат кровотечі.
- 2. Основні завдання ендоскопічного моніторингу (схема 1):**
 - а)** контроль ефективності проведеного ендоскопічного гемостазу;
 - б)** можливість раннього, перед проявами клінічних ознак, виявлення РК;
 - в)** можливість проведення повторних МЕВ для гемостазу і профілактики РК у хворих із сумнівним прогнозом оперативного лікування;
 - с)** остаточна верифікація джерела кровотечі в тяжких діагностичних ситуаціях.

Схема 1

Алгоритм ендоскопічного моніторингу



3. Методологія ендоскопічного моніторингу:

- А)** На етапі екстреної ЕГДС в обов'язковому порядку застосовують МЕВ як при кровотечі, що триває (F1), так і при наявності стигмат FIIa і FIIb.
- Б)** Терміни проведення повторних ЕГДС з обов'язковою премедикацією відповідають мінімальному проміжку часу для виникнення РК:
- а)** при F IA і F IB (високий ризик РК) через 2 – 4 години;
 - б)** при F IIA і F IIB (середній ризик РК) через 4 – 6 годин;
 - в)** при F IIC і F III (при наявності клінічних показань, які можуть свідчити про рецидив кровотечі або одноразово через 12 – 24 годин).
- В)** Хворих, яким потрібен **ендоскопічний моніторинг**, розподіляють на три групи:
- а) перша група** – з високим ризиком рецидиву кровотечі (після МЕВ при FIA та F1x),
 - б) друга група** – з середнім ризиком (після МЕВ при F IIA, F IIB),
 - в) третя група** – з низьким ризиком (F IIC та F III).

Повторні ендоскопічні огляди в цих групах, при наявності відповідних умов, виконують через 2 – 4, 4 – 6 та 12 – 24 годин та за наявності клінічних показань. На повторних оглядах здійснюють контроль гемостазу, виконують повторні МЕВ, що спрямовані на профілактику рецидиву кровотечі, а в деяких випадках уточнюють діагноз та визначають подальшу тактику лікування.

Рекомендації:

- В плановому порядку проведення повторного ендоскопічного дослідження не рекомендовано (**рівень рекомендації В**).
- При повторній кровотечі в більшості випадків рекомендована друга спроба ендоскопічного гемостазу.
- При невдачі ендоскопічного лікування показана консультація хірурга.
- При невдачі ендоскопічного лікування в якості альтернативи хірургічному втручанню необхідно розглядати доцільність черезшкірної емболізації кровоносних судин (при наявності такої можливості) (**рівень рекомендації В**).

2.6. КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА СТІЙКОСТІ ГЕМОСТАЗУ

1. *Стійкість гемостазу* – **поняття клініко-ендоскопічне**, але за даними які були отримані при ЕГДС лікар-ендоскопіст може в заключенні вказати про нестійкий гемостаз.
2. **Ознаками нестабільного гемостазу є:**
 - А) Клінічні та лабораторні показники:**
 - а) колаптоїдний стан хворого при наявності блювання кров'ю та мелени;
 - б) наявність лабораторних ознак збільшення крововтрати;
 - в) рецидив зафіксованої кровотечі за даними клінічного та динамічного лабораторного спостереження.
 - Б) Ендоскопічні ознаки кровотечі** – наявність будь-якої ендоскопічної ознаки, що характеризує активну кровотечу.
3. **Ознаки, які свідчать про стійкий гемостаз** – хворі можуть бути переведені до хірургічного відділення для проведення подальшого лікування і визначення показань до виконання операції:
 - А) Фібринозний наліт у дні виразки;**
 - Б) Стабільна гемодинаміка;**
 - В) Відсутність даних, що свідчать про порушення периферичного кровообігу (мікроциркуляції);**
4. **Критерії визначення ризику рецидиву кровотечі:**
 - А) Вік хворого понад 60 років;**
 - Б) Шок або колапс на початку захворювання;**
 - В) Гемоглобін при надходженні до стаціонару менший або дорівнює 100 г/л;**
 - Г) Наявність тяжких супутніх захворювань;**
 - Д) Рецидивна кровотеча;**
 - Е) Ендоскопічні ознаки нестійкого гемостазу;**
 - І) Розвиток ШКК у стаціонарного хворого;**
 - Й) Прийом антикоагулянтних та виразкоутворюючих препаратів перед ШКК;**
 - Ж) Наявність тяжкої хвороби печінки;**
 - З) Наявність виразки;**
 - К) Активна кровотеча при виконанні ендоскопії;**

- Л) Відсутність кваліфікованого ендоскопіста та необхідного обладнання;

3. ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ПРИ ГОСТРІЙ КРОВОТЕЧІ В ПРОСВІТ ШКТ

1. **Головна мета інтенсивної терапії гострої ШКК** – попередження органної недостатності та усунення органної дисфункції, яка виникла внаслідок кровотечі.
2. **Складові інтенсивної терапії:**
 - А) Забезпечення адекватного газообміну;
 - Б) Зупинка кровотечі;
 - В) Поповнення дефіциту ОЦК;
 - Г) Попередження і лікування коагулопатії;
 - Д) Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності.

3.1. ОКРЕМІ ПИТАННЯ СКЛАДОВИХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

1. **Забезпечення адекватного газообміну** – спрямовано на засвоєння кисню та видалення двоокису вуглецю, тобто на лікування гіпоксемії (SatO_2 нижче 95%), яка може бути обумовлена:
 - А) Гіповентиляцією (як правило в поєднанні з гіперкапнією);
 - Б) Невідповідністю між вентиляцією легень та їхньою перфузією (зникає при диханні чистим O_2);
 - В) Внутрішньолегеневим шунтуванням крові (зберігається при диханні чистим киснем) за рахунок:
 - а) респіраторного дистрес-синдрому ($p_a\text{O}_2$ нижчий 60–70 мм рт.ст, FiO_2 понад 50%);
 - б) двобічних легеневих інфільтратів, нормальний тиск наповнення шлуночків;
 - в) набряку легень;
 - г) тяжкої пневмонії;
 - Г) Порушенням дифузії газів через альвеоло-капілярну мембрану (зникає при диханні чистим O_2).

Д) Мета заходів, які використовують – заходи, які застосовують, мають як профілактичне, так і лікувальне значення:

- а)** всім хворим показане профілактичне введення через носову канюлю 6 – 8 л/хв. кисню.
- б)** для лікування гіпоксемії використовують ШВЛ, показами до якої є:
 - послаблене дихання на фоні пригнічення свідомості;
 - частота дихання понад 30 в одну хвилину або зростаюча втома дихальних м'язів (западання міжреберних проміжків під час вдиху, участь у диханні допоміжної мускулатури);
 - корекція гіперкапнії ($p_a\text{CO}_2$ понад 50–55 мм рт.ст.);
 - корекція гіпоксемії ($p_a\text{O}_2$ менше 60 мм рт.ст.).

2. Зупинка кровотечі:

а) виконують **тимчасову або остаточну** зупинку кровотечі (при кровотечі в просвіт ШКТ – ендоскопічний, хірургічний або фармакологічний гемостаз).

3. Поповнення дефіциту ОЦК (за алгоритмом: див. підрозділ 3.2.):

- А)** Поповнення дефіциту рідкої частини крові для покращення мікроциркуляції і перфузії органів і тканин та покращення доставки кисню;
- Б)** Інфузійну терапію починають з кристалоїдів, одночасно через другий венозний доступ вводять штучні колоїди;
- В)** Кількісне відновлення дефіциту переносників кисню проводять за рахунок переливання еритроцитарної маси.

4. Попередження або лікування явної коагулопатії:

- А)** Візуальна оцінка слизових оболонок або тканин у рані (наявність капілярної кровотечі є ознакою коагулопатії),
- Б)** Лабораторний моніторинг коагулопатії;
- В)** Введення СЗП;
- Г)** Введення кріопреципітату;
- Д)** Введення тромбоцитів;
- Е)** Для лікування надлишкової кровоточивості використовують:
 - а)** транексамову кислоту (спочатку у дозі 1,0 грам за 10 хвилин в/в, наступна інфузія – 1,0 грам за 6 годин);
 - б)** аprotинін (500 тисяч КІЕ в\в крапельно у фізіологічному розчині);
- Й)** При рефрактерній кровотечі слід розглянути можливість та доцільність застосування штучного фактору зсідання крові (rFVIIa).

5. Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності:
- А) Лікування серцевої недостатності;
 - Б) Профілактика ниркової недостатності;
 - В) Корекція метаболічного ацидозу;
 - Г) Стабілізація обмінних процесів у клітині;
 - Д) Рання профілактика інфекції.

3.2. АЛГОРИТМ КОРЕКЦІЇ КРОВОВТРАТИ ПРИ КРОВОТЕЧІ В ПРОСВІТ ШКТ

1. **Визначення: Ступінь тяжкості крововтрати** – це комплексне клінічне розуміння, яке на підставі лабораторних та клінічних показників характеризує об'єм крововтрати, інтенсивність кровотечі та індивідуальну реакцію організму хворого на крововтрату;
2. **За клініко-лабораторними ознаками крововтрата** може бути **помірного, середнього, тяжкого та вкрай тяжкого ступеня (табл. 8).**

Таблиця 8

Клініко-лабораторні ознаки крововтрати різного ступеня тяжкості

Показники	Ступінь крововтрати			
	Помірний	Середній	Тяжкий	Вкрай тяжкий
Дефіцит ОЦК (% від належного)	10 – 20 до 1000* мл	21 – 30 1000-1500* мл	31 – 40 1500-2000* мл	41 – 70 2000-3500* мл
Пульс (уд. за 1 хв.)	до 90	90 – 110	110 – 120	>120
АТ (мм рт.ст.)	>120	120 – 80	80 – 70	<70
ЦВТ (мм вод.ст.)	120 – 80	80 – 60	<60	0
Шоковий індекс (П/АТ)	0,54 – 0,78	0,78 – 1,38	1,38 – 1,5	>1,5
Еритроцити (х 10 ¹² /л)	5,0 – 3,5	3,5 – 2,5	2,5 – 2,0	<2,0
Гемоглобін (г/л)	120 – 100	100 – 80	80 – 60	<60
Гематокрит (%)	44 – 38	38 – 32	32 – 22	<22
Діурез (мл/кг/год)	0,5 – 1,0	понад 0,5	менше 0,5	менше 0,5

Примітка:

- зафіксований колаптоїдний стан на висоті кровотечі є свідченням крововтрати тяжкого ступеня або понад 30% ОЦК;
- хірургічна тактика при тяжкій та вкрай тяжкій крововтраті ідентична;
- вказані лабораторні показники коректні у разі тривалості кровотечі понад 12 годин;
- *величини в мл для хворого вагою 70–80 кг.

А) При ШКК інфузійно-трансфузійну терапію планують, виходячи із рівня (класу) крововтрати (табл. 9):

Н.В.! Неприпустимо зволікання з початком інфузійно-трансфузійної терапії після встановлення діагнозу кровотечі!

Таблиця 9

Принципи інфузійно-трансфузійної терапії гострої крововтрати

Рівень*	Об'єм крововтрати			Загальний об'єм трансфузії (у % до деф. ОЦК)	Інфузійно-трансфузійні середовища					
	дефіцит ОЦК (%)	% від маси тіла	крововтрата (мл) (для хворого масою тіла 70 кг)		Кристаліди (фізіол. р-н, р-н Рінгера, збалансовані р-ни)	Колоїди		Еритроцитарна маса	Кріопреципітат**	Тромбоконцентрат***
						Синтетичні	Натуральні			
						ГЕК III – II	СЗП			
I	10-20	1-1,5	500,0-1000,0	200-300	10-15 мл/кг	10 мл/кг	-	-	-	-
II	21-30	1,5-2,0	1000,0-1500,0	200	10 мл/кг	10 мл/кг	5-10 мл/кг	5-10 мл/кг	-	-
III	31-40	2,0-2,5	1500,0-2000,0	180	7 мл/кг	10 мл/кг	10-15 мл/кг	15-20 мл/кг	до 5 доз	-
IV	41-70	2,5-3,6	2000,0-3500,0	170	7-10 мл/кг	10-20 мл/кг	20-25 мл/кг або понад	до 30 мл/кг	до 10 доз	Вибірково 4-10 од.

а) Клас I: дефіцит ОЦК 10 – 20% – трансфузія компонентів крові не показана, за винятком:

- попередньої анемії,
- зниженого кардіо-респіраторного резерву.

б) Клас II: дефіцит ОЦК 21-30% – необхідна ресусцитація кристалідами, колоїдами, СЗП, переливання еритроцитів не показане, за винятком:

- попередньої анемії,

- зниженого кардіо-респіраторного резерву;
- наявності кровотечі, яка триває;

- в) Клас III:** дефіцит ОЦК 31 – 40% – необхідно швидке відновлення дефіциту ОЦК кристалоїдами, колоїдами та компонентами крові.
- г) Клас IV:** дефіцит ОЦК понад 40% – швидке відновлення втраченого ОЦК, гемотранфузія обов'язкова.

3. Приклад розрахунку об'єму крововтрати та формування програми інфузійно-трансфузійної терапії:

- А)** Розрахувати належний ОЦК (мл), що складає: для чоловіків – 70 мл/кг; для жінок – 60 мл/кг; для вагітних – 75 мл/кг маси тіла.
- Б)** Розрахувати об'єм крововтрати (мл) або дефіцит ОЦК за формулою Мооре:

$$\text{Дефіцит ОЦК (мл)} = \text{ОЦК}_{\text{належн.}} \times \frac{\text{Ht}_{\text{належн.}} - \text{Ht}_{\text{факт}}}{\text{Ht}_{\text{належн.}}}$$

де $\text{Ht}_{\text{належн.}}$ = 45% для чоловіків і 42% – для жінок;

або

$$\text{Дефіцит ОЦК} = \text{ОЦК}_{\text{належн.}} \times \frac{\text{Hb}_{\text{належн.}} - \text{Hb}_{\text{факт}}}{\text{Hb}_{\text{належн.}}}$$

де $\text{Hb}_{\text{належн.}}$ = 150 г/л

- В)** Розрахувати дефіцит ОЦК у відсотках:

$$\text{деф. ОЦК (\%)} = \frac{\text{ОЦК}_{\text{факт.}}}{\text{ОЦК}_{\text{належн.}}} \times 100\%$$

- Г)** За відсотком дефіциту ОЦК, згідно **табл. 9**, визначити рівень кровозаміщення та загальний об'єм інфузії.

- Д)** Користуючись таблицею, скласти програму багатокомпонентної інфузійно-трансфузійної терапії.

Приклад: чоловік масою тіла 70 кг, Ht – 25%, Hb – 65 г/л.

ОЦК належний = 70 кг × 70 мл/кг = 4900 мл;

Об'єм крововтрати (за гематокритом) = 4900 × $\frac{45 - 25}{45}$ = 2200 мл

$$\text{Відсоток крововтрати (від належного ОЦК)} = \frac{2200}{4900} \times 100 = 44 \%$$

Кровозаміщення згідно програми інфузійно-трансфузійної терапії гострої крововтрати необхідно виконувати за IV рівнем (**табл. 9**). Загальний об'єм інфузійно-трансфузійної терапії – до 170% дефіциту ОЦК або (2200 мл + 1550 мл) – 3750 мл.

Програма інфузійно-трансфузійної терапії:

- Кристалоїдів – 500 – 700 мл;
- Штучних колоїдів – 1400 – 1750 мл;
- Натуральних колоїдів: СЗП – 1050 – 1400 мл;
- Еритроцитарної маси – 2100 мл.
- Кріопреципітат – до 10 доз
- Тромбоконцентрат – 4–10 од (вибірково)

4. Технологія проведення інфузійно-трансфузійної терапії:

- А)** Інфузійну терапію починають з кристалоїдів, одночасно через другий венозний доступ при необхідності вводять штучні колоїди;
- Б)** Максимальна швидкість внутрішньовенної інфузії визначається діаметром катетера, а не калібром вени, обраної для катетеризації;
- а)** темп поповнення визначають за величиною АТ та причиною кровотечі;
- б)** при наявності тяжкого геморагічного шоку (Ш –1V клас крововтрати) початковий темп поповнення – струменево або швидкою краплею (до 250–300 мл/хв);
- в)** після стабілізації АТ на безпечному рівні інфузію виконують крапельно;
- г)** водночас необхідно замовити та розморозити одноступеневу плазму та еритроцитарну масу;
- д)** перед переливанням еритроцитарної маси необхідно визначити придатність її до трансфузії, перевірити групу крові та провести проби на групову та індивідуальну сумісність крові донора та реципієнта.

3.3. ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФУЗІЙНО-ТРАНСФУЗІЙНИХ СЕРЕДОВИЩ ТА ПРИНЦИПИ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ

1. Для поповнення дефіциту ОЦК внаслідок кровотечі спочатку використовують **кристалоїди** та **колоїди**, потім **СЗП** та **еритроцитарну масу**:

А) Показання до використання кристалоїдів:

- а)** поповнення дефіциту ОЦК при його дефіциті;
- б)** корекція водно-електролітних і кислотно-лужних порушень;
- в)** відновлення порушеного серцевого викиду;
 - позитивні ефекти кристалоїдів:
 - швидко відновлюють серцевий викид;
 - забезпечують гемодилуцію;
 - негативні ефекти і недоліки кристалоїдів:
 - швидке переміщення рідини в позасудинний простір призводить до набряку тканин;
 - акумулюються в тканинах (шкіра, сполучна тканина, легені);
 - знижують колоїдно-осмотичний тиск (КОТ);
 - не відновлюють киснево-транспортну функцію крові;
 - не забезпечують тривалого гемодинамічного ефекту;
 - при масивному використанні можуть спричинити дилуційну гіпопротеїнемію, серцево-судинні і легеневі та коагуляцій порушення.

Б) Види та показання до використання колоїдних розчинів:

- а)** колоїдні розчини можуть бути натуральними (СЗП, альбумін) або синтетичними (розчини ГЕКів, желатини, декстранів);
- б)** синтетичні колоїдні розчини відновлюють дефіцит ОЦК методом керованої гемодилуції, яка позитивно впливає на центральну гемодинаміку за рахунок зменшення в'язкості крові і поліпшення мікроциркуляції;
- в)** завдяки зниженню опору кровотоку, при тих же самих енергетичних витратах міокарду, хвилинний об'єм кровообігу збільшується, що підвищує ефективність роботи серця;
- г)** розчини ГЕКів з високою молекулярною масою (до 450 000) тривало (до 1 року) циркулюють у кровоносному руслі, негативно впливають на нирковий кровообіг (можуть спричи-

нити гостру ниркову недостатність) і гемостаз (порушують процес згортання крові при використанні у великих дозах);

- д)** розчини ГЕКів з середньою молекулярною масою (200/05 або 130/04) мають менший час циркуляції у кровоносному руслі та в меншій мірі впливають на гемостаз;
- е)** розчини желатини не викликають коагулопатії, не мають обмежень в дозі введення, не зумовлюють осмотичного нефрозу.

В) Трансфузія СЗП:

а) показання до введення СЗП:

- наявність надлишкової капілярної кровотечі (коагулопатія),
- підвищення ПЧ у 1,5 рази, АЧТЧ – у 2 рази за норму,
- корекція надлишкової капілярної кровотечі другорядної по відношенню до дефіциту факторів згортання у пацієнтів, яким перелито понад 1 ОЦК (приблизно 70 мл/кг) та коли ПЧ, АЧТЧ не можуть бути отримані своєчасно;
- невідкладна реверсія терапії варфарином;
- корекція відомого дефіциту факторів коагуляції, коли відсутні специфічні концентрати;
- стійкість до гепарину (дефіцит АТ – III).

б) позитивний гемодинамічний ефект СЗП обумовлений:

- підвищенням колоїдно-осмотичного тиску і збільшенням ОЦК за рахунок переміщення інтерстиційної рідини у внутрішньосудинний простір, зменшення в'язкості крові і, як наслідок, залучення в активний кровообіг депонованої крові;
- СЗП містить фібриноген, такі фактори згортання крові, як II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XIII і фактор Вілебранда;
- фактори V і VIII, а також фібриноген присутні в найвищих концентраціях;

в) недоліки використання СЗП:

- 1 мл перелитої плазми містить тільки 1 Од кожного фактора згортання, що потребує відносно великих об'ємів плазми для усунення дефіциту того чи іншого фактора;
- через залишкові антигени тромбоцитів і лейкоцитів ризик алергійних реакцій є високим;
- хоча СЗП не повинна бути АВО-сумісна з плазмою реципієнта, вона повинна бути сумісною з його еритроцитами.

Г) Трансфузія еритроцитів:

- використовують для відновлення киснево-транспортної здатності крові;
- 500 мл еритроцитарної маси підвищує гематокрит приблизно на 3%;
- кровотеча, яка триває, або має місце надмірне збільшення об'єму інфузійної терапії знижують очікуване збільшення еритроцитів;
- еритроцитарна маса містить малу кількість тромбоцитів і факторів згортання і сама по собі неефективна як засіб, що збільшує ОЦК.

а) показання до гемотрансфузії:

- еритроцитарну масу завжди слід призначати при рівні гемоглобіну, меншому за 70 г/л;
- еритроцитарну масу не призначають при рівні гемоглобіну, більшому за 100 г/л;
- визначення потреби у гемотрансфузії при проміжному рівні гемоглобіну (70–100 г/л) базується на:
 - ознаках ішемії органів, які тривають;
 - потенційній або активній кровотечі (темп та об'єм), що триває;
 - внутрішньосудинному статусі хворого (коагулопатія);
 - факторах ризику (ускладнення або неадекватна оксигенація, свідченням чого є низький кардіопульмональний резерв і високе споживання кисню).

б) ускладнення при переливанні еритроцитарної маси:

- дилуційна тромбоцитопенія і коагулопатія (профілактика – на кожні 6–10 ОД еритроцитарної маси слід перелити 2 ОД СЗП /180–300 мл/ і 6 ОД тромбоцитарної маси /40–70 мл/);
- загроза гіперкаліємії, гіпокальціємії, гіпотермії;
- формування TRALI;
- зараження трансмісивними інфекціями;
- ризик плазмово-білкової несумісності.

Д) трансфузія кріопреципітату (по можливості, визначити рівень фібриногену):

- кріопреципітат рідко призначають при рівні фібриногену,

- що перевищує 1,5 г/л;
- кріопреципітат обов'язково призначають, якщо рівень фібриногену становить 1,0–0,8 г/л та є надлишкова капілярна кровотеча;
 - кріопреципітат призначають для корекції надлишкової капілярної кровотечі у пацієнтів з масивними трансфузіями, коли рівень фібриногену неможливо визначити швидко;
 - кріопреципітат призначають пацієнтам, які мають вроджений дефіцит фібриногену.

N.V.! Кожна одиниця кріопреципітату містить 150–250 мг фібриногену.

N.N.V.! Кожна одиниця СЗП (250 мл) містить 2–4 мг фібриногену в 1 мл (тобто 1 одиниця СЗП=2 одиницям кріопреципітату).

Е) Трансфузія тромбоцитів:

- при наявності надлишкової кровотечі трансфузія тромбоцитів, як правило, не показана, якщо їх функція нормальна, а кількість перевищує 100×10^9 /л;
- трансфузія тромбоцитів може бути показаною при їх відносно адекватній кількості, якщо відома або підозрюється їх дисфункція (вживання антитромбоцитарних препаратів, кардіопульмональне шунтування) на тлі капілярної кровотечі;
- визначення потреби у трансфузії при рівні їх від 50×10^9 до 100×10^9 /л базується на наявності потенційної дисфункції тромбоцитів, очікуваної або триваючої кровотечі і ризику кровотечі у внутрішні порожнини (мозок, око).

N.V.! Мінімально прийнятним рівнем тромбоцитів є їх кількість у $75 \text{ тис} \times 10^9$ /л

Й) Критерії ефективності корекції дефіциту ОЦК:

- підвищення систолічного АТ до нижньої межі норми;
- зменшення частоти серцевих скорочень;
- потепління та порожевіння шкірних покривів;
- збільшення пульсового тиску;
- SatO₂ понад 90%;

- діурез понад 0,5 мл/кг/год.

Ж) Помилки, які зустрічаються при лікуванні гострої крововтрати:

- тривалі спроби пунктувати периферичну або центральну вену, що затримує початок інфузійно-трансфузійної терапії;
- трансфузія в одну вену замість двох або трьох;
- недостатній об'єм та швидкість інфузійно-трансфузійної терапії;
- недостатній об'єм еритроцитів при крововтраті, яка перевищує 30% ОЦК;
- використання 5% розчину глюкози у ролі плазмозамінника;
- відсутність контролю за змінами концентраційних показників крові (Hb, Ht) та ЦВТ в процесі лікування;
- пізній початок операції;
- несвоєчасне і неякісне лікування коагулопатії споживання;
- раннє переведення хворого на спонтанне дихання в післяопераційному періоді;
- очікування результатів визначення сумісності крові замість невідкладного поповнення дефіциту ОЦК плазмозамінниками.

3.4. ЛІКУВАННЯ ОРГАННОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.

1. Лікування серцевої недостатності:

- А)** Посилення скоротливої здатності міокарда – вазоактивні та інотропні засоби призначають у випадку стійкої гіпотонії, що не піддається корекції інфузійно-трансфузійною терапією (ІТТ);
- а)** із вазоактивних засобів препаратом «першого ряду» для підтримки діяльності серця і нирок є дофамін (400 мг у 250 мл ізотонічного розчину), швидкість інфузії його обирають в залежності від ефекту, який бажано отримати:
- 2–5 мкг/кг/хв («ниркова» доза): розширює мезентерійні і ниркові судини без збільшення ЧСС і АТ;
 - 5–10 мкг/кг/хв: виражений інотропний ефект, м'яка вазодилатація внаслідок стимуляції β_2 -адренорецепторів або

помірна тахікардія;

- 10–20 мкг/кг/хв: подальше посилення інотропного ефекту, виражена тахікардія;
- більше 20 мкг/кг/хв: різка тахікардія із загрозою тахіаритмій, звуження вен і артерій внаслідок стимуляції α_1 -адренорецепторів і погіршення перфузії тканин.

2. Профілактика ниркової недостатності (внаслідок артеріальної гіпотонії і шоку, як правило, розвивається гостра ниркова недостатність (ГНН, яка проявляється олігурією).

- А)** Олігурія завжди відображує гіповолемію та знаходиться у прямій залежності від неї;
- Б)** Ліквідація гіповолемії та клінічних ознак шоку сприяє відновленню адекватного діурезу (понад 0,5 мл/кг/год).
- В)** Стимуляцію діурезу проводити тільки на тлі відновлення ОЦК, задовільного серцевого викиду, інфузії дофаміну в «нирковій» дозі.
- Г)** Перевагу надавати петльовому діуретику – фуросеміду, початкова доза якого 40 мг в/в, при необхідності збільшується до 160–240 мг;

Н.В.! Відмінити нефротоксичні препарати та судинозвужуючі засоби.

3. Корекція метаболічного ацидозу (шок, як правило, супроводжується тяжким метаболічним ацидозом):

- А)** Під впливом ацидозу знижується скоротлива здатність міокарду, зменшується серцевий викид, що сприяє подальшому зниженню АТ;
- Б)** Реакції серця і периферичних судин на ендо- і екзогенні (які вводять) катехоламіни знижуються;
- В)** Інгаляція O_2 , проведення ШВЛ та інфузійної терапії відновлюють фізіологічні компенсаторні механізми, що в більшій частині випадків, усувають ацидоз;
- Г)** Натрію бікарбонат вводять тільки при тяжкому метаболічному ацидозі (рН нижче 7,25) в об'ємі розрахованому за формулою:

Кількість бікарбонату (мекв) = вага (кг) × 0,3 × [HCO₃] плазми

* 44–88 мекв (50–100 мл 7,5% NHCO₃) можна ввести відразу, іншу кількість – протягом наступних 24–36 годин.

Д) Стабілізація обмінних процесів у клітинах.

а) після зупинки кровотечі ендоскопічними, хірургічними або фармакологічними методами використовують препарати, які поновлюють енергетичні процеси в еритроцитах або у клітинах та прискорюють репаративні процеси:

- препарати ангіопротекторної дії: пентоксифілін 5–10 мл на 200 мл р-на Рінгера лактатного в/в 1 раз на добу **або** комбінований препарат латрен;
- препарати гепатопротекторної дії – Реамберін – 400 мл в/в 1 раз на добу;
- біогенні стимулятори – Актовегін (10% 250 мл в/в 1 раз на добу).

4. Пригнічення шлункової секреції (є обов'язковим компонентом лікування гострої кровотечі із верхніх відділів ШКТ):

А) Інгібітори протонної помпи: рабепразол, пантопразол, езомепразол, омепразол – **внутрішньовенно**, з подальшим переходом на пероральний прийом на початку харчування в стандартних дозуваннях.

Б) Н₂ блокатори гістамінових рецепторів: фамотидин внутрішньовенно, з подальшим переходом на пероральний прийом.

В) Після відновлення харчування (при виразках і ерозивних ураженнях) проводиться ерадикація *H. pylori* згідно рекомендацій Маастріхт IV (виходячи з надзвичайно високого рівня колонізації *H. pylori* в Україні, відносно невисокої (порівняно з тестами) вартості схем ерадикації, базованих на генеричних препаратах, як компромісний варіант варто пропонувати хворим з пептичними виразками і ерозивними ураженнями ерадикаційну терапію першої лінії без тестування).

5. Нутритивна підтримка – здійснюється у післяопераційному періоді (додаток з характеристики сумішів):

А) Завдання нутритивної підтримки:

- попередження транслокації мікрофлори з кишки;
- профілактика розвитку дисбактеріозу;
- підвищення функціональної активності ентероцитів і захисних властивостей слизової оболонки;
- зниження ступеня ендотоксикозу та ризику розвитку вторинних інфекційних ускладнень;

Б) Методи нутритивної підтримки:

- – пероральний прийом ентеральних дієт;
- – ентеральне зондове харчування;
- – парентеральне харчування;
- – змішане (парентеральне + ентеральне зондове харчування).

В) Основний метод нутритивної підтримки – ентеральне харчування збалансованими стандартними полімерними сумішами високої харчової щільності:

- а)** у неоперованих пацієнтів – пероральний прийом ентеральних дієт;
- б)** в оперованих – через назоєюнальний зонд – *початок нутритивної підтримки* в терміни 24–36 годин після операції є більш ефективним, ніж з 3–4 доби інтенсивної терапії;
 - в ролі сумішей для ентерального харчування застосовують стандартні полімерні суміші високої харчової щільності;
 - середньодобовий об'єм готової суміші 500–1000 мл (1 мл = 1 ккал).
 - адаптацію пацієнта до сумішей проводять протягом 2–3 діб з поступовим збільшенням добової дози на 50–100 мл.

Г) Протипоказання до нутритивної підтримки:

- рефрактерний шок;
- непереносимість суміші для проведення нутритивної підтримки;
- артеріальна гіпоксемія, яка не піддається корекції;
- некоригована гіповолемія;
- декомпенсований метаболічний ацидоз.

Рекомендації:

- Ерадикаційна терапія повина починатися після поновлення перорального харчування при виразках, що кровоточать (**рівень рекомендації А**).

4. ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРИХ ШКК

1. Характер оперативних втручань при ШКК (термінологія за стро-

ками виконання оперативних втручань при гострих ШКК):

А) Екстрена операція – виконується на висоті активної кровотечі чи її рецидиву при неефективності ендоскопічного гемостазу.

Б) Термінова операція – виконується протягом першої доби після спонтанної чи ендоскопічної зупинки кровотечі при наявності середнього або тяжкого ступеню тяжкості крововтрати та наявності клініко-ендоскопічних ознак високого ризику виникнення раннього рецидиву кровотечі.

В) Рання відстрочена операція – виконується в межах 2 – 4 діб після спонтанної чи ендоскопічної зупинки кровотечі і повноцінної підготовки хворого до втручання при виразках та їх ускладненнях, які не піддаються лікуванню чи безперспективні для консервативного методу лікування.

2. Характер та обсяг оперативних втручань (визначають чотирма головними обставинами):

А) Характером патологічного процесу, який обумовлює кровотечу (виразка шлунка, виразка ДПК, синдром Меллорі-Вейсса та інш.);

Б) Станом хворого (компенсований, декомпенсований);

В) Кваліфікацією наявної хірургічної та анестезіологічної бригад;

Г) Матеріальним забезпеченням оперативного втручання;

3. Відмова від операції:

А) Письмова відмова хворого від операції після наведення йому та його рідним обґрунтованих доказів необхідності операції;

Б) Перед- або агональний стан хворого:

а) рішення про неможливість проведення хірургічного втручання приймає відповідальний хірург сумісно з анестезіологом у випадках, коли оперативне лікування є непереносимим для хворого (обґрунтування відмови від виконання хірургічного втручання повинно бути обов'язково відображено в карті стаціонарного хворого).

Рекомендації:

- При виписці пацієнтам необхідно рекомендувати лікування разовими дозами орального ІПП, термін застосування якого залежить від етіології захворювання (**рівень рекомендації А**).

Рекомендації:

- При лікуванні пацієнтів з виразковими кровотечами в анамнезі, які потребують застосування НПВС, необхідно враховувати, що лікування традиційними НПВС в комбінації з ІПП або монотерапія інгібіторами ЦОГ-2 знов таки супроводжується високим ризиком повторної виразкової кровотечі (**рівень рекомендації А**).
- При лікуванні пацієнтів з виразковими кровотечами в анамнезі, які потребують лікування НПВС, призначення комбінації ІПП та інгібітора циклогенези (ЦОГ-2) супроводжується більш низьким ризиком повторної кровотечі, в порівнянні з монотерапією ЦОГ-2 (**рівень рекомендації А**).
- При лікуванні гострої виразкової кровотечі у пацієнтів, які отримували низьку дозу ацетилсаліцилової кислоти, лікування АСК необхідно відновити одразу після того, як ризик ускладнень з боку серцево-судинної системи перевищить ризик кровотечі (**рівень рекомендації А**).
- При лікуванні пацієнтів з виразковими кровотечами в анамнезі, які потребують серцево-судинної профілактики, необхідно враховувати, що монотерапія клопідогрелем супроводжується більш високим ризиком повторної кровотечі, ніж комбінована терапія АСК и ІПП (**рівень рекомендації А**).

5. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРИХ КРОВОТЕЧАХ ІЗ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

5.1. КОД МКХ–К22.6 ШЛУНКОВО-СТРАВОХІДНИЙ РОЗРИВНО-ГЕМОРАГІЧНИЙ СИНДРОМ (СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА).

1. **Визначення:** *Шлунково-стравохідний розривно-геморрагічний синдром* (синдром Меллорі-Вейсса) – це гостра кровотеча із розташованих поздовж розривів слизової оболонки кардіального відді-

лу шлунка.

2. **Скарги:** блювання свіжою кров'ю, гикавка, кашель, загальна слабкість, "мерехтіння" перед очима, запаморочення.
3. **Анамнез:** захворювання найчастіше виникає при нестримному блюванні після переїдання, зловживання алкоголем на фоні хронічного гастриту, вікового атеросклерозу. Характерна відсутність виразкового анамнезу, наявність епізоду фізичної перенапруги, натужного кашлю.
4. **Об'єктивний стан:** залежить від темпу кровотечі і об'єму крововтрати, наявності та виразності вітальних розладів, обумовлених гіпоксією, що виникла. Фізикальні та перкуторні зміни з боку черевної порожнини не характерні. Ректально – мелена.
5. **Лабораторна діагностика:** необхідно визначити гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів та тромбоцитів, рівень фібриногену, ПЧ та АЧТЧ, масу тіла, розрахувати належний ОЦК і його дефіцит.
6. **Інструментальна діагностика:** найбільш об'єктивний метод – ЕГДС, яка дозволяє виявити радіальні тріщини слизової оболонки стравоходу чи кардіального відділу шлунка.
7. **Показання до стаціонарного лікування:** клініко-лабораторні ознаки кровотечі.
8. **Ускладнення, які можуть виникнути у хворого з синдромом Меллорі-Вейсса:**
 - А) **Внаслідок кровотечі:**
 - гіповолемічний шок,
 - поліорганна недостатність.
 - Б) **При наявності операції – післяопераційні ускладнення:**
 - а) **З боку об'єкту операції** – рецидив кровотечі, неспроможність швів гастротомного отвору.
 - б) **З боку черевної порожнини та операційної рани:** абсцеси черевної порожнини, нагноєння операційної рани.
 - в) **З боку інших органів та систем:** пневмонія, серцево-судинні порушення, поліорганна недостатність.
9. **Рекомендації після виписки хворого із стаціонару:**
 - дотримання режиму споживання їжі;
 - попередження дій, які призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску;

- обмеження прийому алкогольних напоїв;
- обстеження на предмет наявності грижі стравохідного отвору ді-афрагми.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ:

K22.6 Шлунково-стравохідний розривно-геморагічний синдром

Макет клінічного діагнозу: **Синдром Меллорі-Вейсса з кровотечею, {I_x, {крововтрата T_x}}**

Ендоскопічні ознаки (стигмати) кровотечі за Forest: (див. додаток 1, стор. 93)

Супінь тяжкості крововтрата: (див. додаток 2, стор. 93)

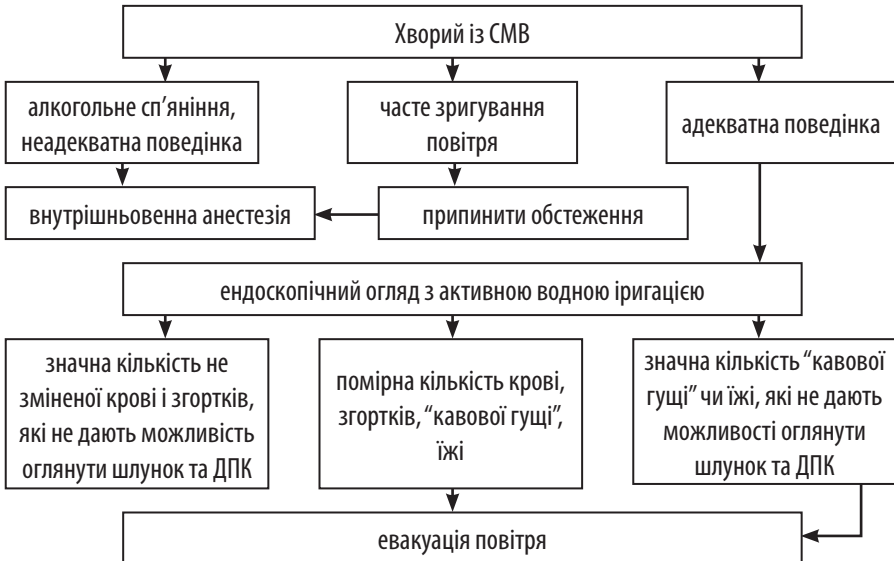
10. Лікувальна тактика при синдромі Меллорі-Вейсса.

А) Лікування абсолютної більшості хворих з синдромом Меллорі-Вейсса – консервативне:

а) алгоритм ендоскопічної діагностики та МЕВ у хворих з кровотечею при синдромі Меллорі-Вейсса (схема 2):

Схема 2

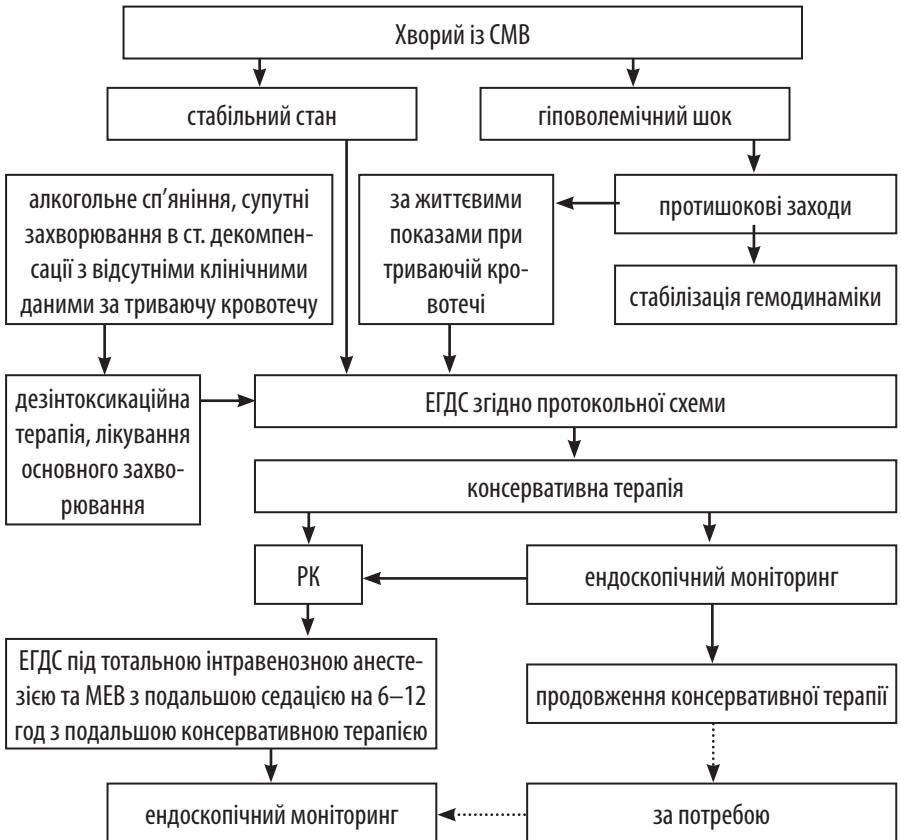
Алгоритм ендоскопічної діагностики при синдромі Меллорі-Вейсса



- б) алгоритм лікувальної тактики при синдромі Меллорі-Вейсса (схема 3);**
- в) пригнічення шлункової секреції: ІПП, H₂ блокатори гістаміна;**
- г) корекція крововтрати (за алгоритмами – див. підрозділ 3.2.);**
- д) системна гемостатична терапія (транексамова кислота, терліпресинсин, етамзилат);**
- е) корекція основної та супутньої патології (при наявності потреб);**
- є) профілактика блювання та гикавки (осетрон);**

Схема 3

Алгоритм лікувальної тактики при синдромі Меллорі-Вейсса



- Б)** Лише у виняткових випадках при неефективності усього комплексу консервативного лікування показано виконання **екстреного хірургічного втручання**.
- В)** Операцією вибору є висока гастротомія, економне висічення країв розриву з подальшим зшиванням дефекту слизової оболонки, що утворився, альтернативою можуть бути: прошивання судин тріщини, що кровоточить (операція Бейе), а також прошивання їх через серозну оболонку органу під контролем введеного у шлунок ендоскопу.

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки – найпоширеніше захворювання шлунково-кишкового тракту, яке, за даними світової літератури, зустрічається у більш ніж 10% дорослого населення. В Україні захворюваність на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки досягає 12,6%, при цьому ускладнення перебігу виразкової хвороби кровотечею зустрічається у 4,55 на 10 тис. населення (від 2,43 до 6,7 у різних регіонах). Хірургічна активність на висоті гострої ШКК виразкової етіології (ГВШКК) становить 11,2% (від 4,7% до 26,7%), при цьому післяопераційна летальність залишається високою і сягає 6,74% (від 0 до 17,8%). Частка запізно госпіталізованих пацієнтів коливається від 10,9 до 58% і складає 36,9% в середньому по країні. Післяопераційна летальність серед госпіталізованих після 24 годин з початку захворювання становить 8,65% (від 0 до 50%).

5.2. КОД МКХ– K25.4 ВИРАЗКА ШЛУНКА, УСКЛАДНЕНА ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

- 1. Визначення:** Арозивна кровотеча з виразки шлунка.
- 2. Скарги:** блювання кров'ю, вмістом типу «кавової гущі», мелену, запаморочення, наявність «мушок» перед очима, загальну слабкість.
- 3. Анамнез:** виразкова хвороба шлунка, стан після перенесеної кровотечі, що виникла у період загострення виразкової хвороби, на фоні зменшення больового синдрому при виникненні кровотечі (симптом Фінстера).
- 4. Об'єктивний стан:** залежить від темпу кровотечі і об'єму кро-

вовтрати та ступеня гіповолемії, яка виникає внаслідок цього.

При ректальному дослідженні на рукавичці – кал чорного кольору.

- 5. Лабораторна діагностика:** необхідно визначити гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів та тромбоцитів, рівень фібриногену, ПЧ та АЧТЧ, масу тіла, розрахувати належний ОЦК і його дефіцит.
- 6. Інструментальна діагностика:** діагностична та лікувальна ЕГДС.
- 7. Показання до стаціонарного лікування:** клініко-лабораторні ознаки кровотечі.
- 8. Ускладнення, які можуть виникнути у хворих з виразкою шлунка, ускладненою кровотечею:**

А) Внаслідок кровотечі:

- а) гіповолемічний шок,
- б) поліорганна недостатність,
- в) перфорація виразки.

Б) При наявності операції, післяопераційні ускладнення:

- а) **З боку об'єкту операції** – рецидив кровотечі, неспроможність швів анастомозу, порушення евакуації із шлунка.
- б) **З боку черевної порожнини та операційної рани:** абсцеси черевної порожнини, перитоніт, нагноєння операційної рани.
- в) **З боку інших органів та систем:** поліорганна недостатність, пневмонія, серцево-судинні порушення, тромбоемболічні ускладнення.

9. Рекомендації після виписки хворого із стаціонару:

А) Організація нагляду за оперованим хворим:

- а) хворого виписують під нагляд хірурга та гастроентеролога поліклініки;
- б) через рік після операції, якщо немає віддалених хірургічних ускладнень, передають під нагляд гастроентеролога, терапевта або лікаря загальної практики.

Б) При виконанні симптоматичної операції:

- продовження після виписки із стаціонару противиразкової терапії, через місяць після виписки – контрольна ЕГДС з біопсією при наявності виразки або рубця;
- при відсутності виразки подальший нагляд та періодичне обстеження за алгоритмом нагляду за хворим з виразковою хво-

робою шлунка;

- при наявності активної виразки – противиразкова терапія, від результатів якої залежить подальше прийняття рішення про терапевтичне або хірургічне лікування за відносними показаннями;
- при підозрі або наявності неопластичного процесу – лікування за онкологічними критеріями.

В) При виконанні радикальної операції:

- нагляд, обстеження та лікування прооперованого хворого проводять за потребою.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ:

K25.4 Виразка шлунка

Макет клінічного діагнозу: Виразкова хвороба, {I_x} {L_x} шлунка, {K_x},
{ускладнена O_x}

Ендоскопічні прояви захворювання:

- I₁ – (активна виразка)
- I₂ – (виразка, яка рубцюється)
- I₃ – (рубцева деформація шлунка)

Локалізація виразки або рубця:

- L₁ – кардіального відділу
- L₂ – тіла
- L₃ – антрального відділу
- L₄ – препілорічного відділу

Інфекція *Helicobacter pylori* (Hр):

- K₁ – Hр позитивна (+)
- K₂ – Hр негативна (-)

Ускладнення:

- O₁ – гостра кровотеча {I_x},
Активність кровотечі: за ендоскопічними ознаками (див. додаток № 1 на стор. 93)
- O₂ – крововтрата {T_x ступеня}

Ступінь тяжкості крововтрати: за клініко-лабораторними показниками (див. додаток № 2 на стор. 93)

- O₃ – перфорація {в стадії F_x}

Стадія перфорації: за часом перебігу (див. додаток № 3 на стор. 94)

O_4 – пенетрація {в L_x }

L_1 – малий сальник

L_2 – печінку

L_3 – підшлункову залозу

O_5 – стеноз {в ступені T_x }

Ступінь стенозу: за клініко-рентгенологічними ознаками (див. додаток № 4 на стор. 94)

K25.3 Гостра (симптоматична) виразка шлунка

Макет клінічного діагнозу: **Гостра виразка** { L_x шлунка}, {на фоні E_x }, { K_x },
{ускладнена O_x }

Локалізація виразки або рубця:

L_1 – кардіального відділу

L_2 – тіла

L_3 – антрального відділу

L_4 – препілорічного відділу

Етіологія:

E_1 – великі опіки (виразка Курлінга)

E_2 – вживання медикаментів

E_3 – гіпоксичний стан

E_4 – інфаркт міокарда

E_5 – перенесена операція

E_6 – сепсис

E_7 – тяжка травма

E_8 – ураження ЦНС

Інфекція *Helicobacter pylori* (Hr):

K_1 – Hr позитивна (+)

K_2 – Hr негативна (-)

Ускладнення:

O_1 – гостра кровотеча { I_x },

Активність кровотечі: за ендоскопічними ознаками (див. додаток № 1 на стор. 93)

O_2 – крововтрата { T_x ступеня}

Ступінь тяжкості крововтрати: за клініко-лабораторними показ-

никами (див. додаток № 2 на стор. 93)

O₃ – перфорація {в стадії F_x}

Стадія перфорації: за часом перебігу (див. додаток № 3 на стор. 94)

O₄ – пенетрація {в L_x}

L₁ – малий сальник

L₂ – печінку

L₃ – підшлункову залозу

O₅ – стеноз {в ступені T_x}

Ступінь стенозу: за клініко-рентгенологічними ознаками (див. додаток № 4 на стор. 94)

10. Лікувальна тактика при виразковій хворобі шлунка, ускладненій кровотечею:

А) Основним методом лікування є консервативний, який включає:

- ендоскопічний гемостаз, профілактику рецидиву кровотечі та ендоскопічний моніторинг;
- пригнічення шлункової секреції (інгібітори протонної помпи чи H₂ блокатори гістамінових рецепторів);
- корекцію крововтрати (за алгоритмами: див. підрозділ 3.2.);
- системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, терліпресин, етамзилат).

Б) При неефективності усього комплексу консервативних заходів – показано виконання екстреного хірургічного втручання.

В) Операціями вибору при локалізації виразки у шлунку є:

- висічення виразки (клиноподібна резекція шлунка).
- резекція шлунка (різного обсягу) в залежності від локалізації, розмірів виразкової деструкції (проксимальна, дистальна із збереженням воротаря, та за модифікаціями анастомозів за Більрот-I, Більрот II, Ру).

5.3. КОД МКХ –K26.4 (O₃) ВИРАЗКА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНА ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧЕЮ.

1. Визначення: Арозивна кровотеча з виразки дванадцятипалої кишки.

2. Скарги: обумовлені темпом кровотечі, об'ємом крововтрати і вираженістю волемічних розладів. Представлені блювотою кров'ю,

вмістом типу “кававої гущі”, меленою, запамороченням, наявністю “мушок” перед очима та загальною слабкістю.

- 3. Анамнез:** виразкова хвороба, стан після перенесеної кровотечі, яка виникла у період загострення виразкової хвороби, на фоні різкого зникнення больового синдрому при виникненні кровотечі (симптом Бергмана).
- 4. Об’єктивний стан:** залежить від ступеня тяжкості крововтрати, темпу кровотечі та ступеня гіповолемії, яка виникла внаслідок цього.
- 5. Лабораторна діагностика:** необхідно визначити гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів та тромбоцитів, рівень фібриногену, ПЧ та АЧТЧ, масу тіла, розрахувати належний ОЦК і його дефіцит.
- 6. Інструментальна діагностика:** езофагогастроуденоскопія.
- 7. Показання до стаціонарного лікування:** клініко-лабораторні ознаки кровотечі.
- 8. Ускладнення, які можуть виникнути у хворого з виразкою ДПК, ускладненою кровотечею:**
 - А) Внаслідок кровотечі:**
 - а) гіповолемічний шок;
 - б) поліорганна недостатність;
 - в) перфорація виразки.
 - Б) При наявності операції, післяопераційні ускладнення:**
 - а) **З боку об’єкту операції** – рецидив кровотечі, неспроможність швів анастомозу та/або кукси дванадцятипалої кишки (у разі резекції за Більрот-II), порушення евакуації зі шлунка;
 - б) **З боку черевної порожнини та операційної рани:** абсцеси черевної порожнини, перитоніт, нагноєння операційної рани;
 - в) **З боку інших органів та систем:** поліорганна недостатність, пневмонія, серцево-судинні порушення, тромбоемболічні ускладнення.
- 9. Рекомендації після виписки хворого із стаціонару:**
 - А) Організація спостереження за оперованим хворим:**
 - хворого виписують для спостереження хірурга поліклініки і через рік після операції, якщо немає віддалених хірургічних ускладнень, передають під нагляд гастроентеролога, терапевта або лікаря загальної практики.
 - Б) При виконанні симптоматичної операції** – продовження

після виписки із стаціонару противиразкової терапії, через три місяці після виписки виконують контрольну ЕГДС з метою виявлення рецидиву виразки, з подальшим наглядом та періодичним обстеженням за алгоритмом лікування хворого з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.

В) При виконанні радикальної операції – обстеження та лікування прооперованого хворого проводять за потреби.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ:

Макет клінічного діагнозу: **Виразкова хвороба {L_x} дванадцятипалої кишки, {I_x}, {K_x}, {ускладнена O_x}**

Локалізація:

L₁ – цибулини

L₂ – позацибулинної ділянки

Ендоскопічні прояви захворювання:

I₁ – (активна виразка)

I₂ – (виразка, яка рубцюється)

I₃ – (рубцева деформація)

Інфекція *Helicobacter pylori* (Hр):

K₁ – Hр позитивна (+)

K₂ – Hр негативна (-)

Ускладнення:

O₁ – гостра кровотеча {I_x},

Активність кровотечі: за ендоскопічними ознаками (див. додаток № 1 на стор. 93)

O₂ – крововтрата {!T_x ступеня}

Ступінь тяжкості крововтрати: за клініко-лабораторними показниками (див. додаток № 2 на стор. 93)

O₃ – перфорація {в стадії F_x}

Стадія перфорації: за часом перебігу (див. додаток № 3 на стор. 94)

O₄ – пенетрація {в L_x}

L₁ – гепатодуоденальну зв'язку

L₂ – жовчний міхур

L₃ – печінку

L_4 – підшлункову залозу

L_2 – товсту кишку

O_5 – { T_x } стеноз

Ступінь стенозу: за клініко-рентгенологічними ознаками (див. додаток № 4 на стор. 94)

К 26.3 Гостра (симптоматична) виразка дванадцятипалої кишки

Макет клінічного діагнозу: Гостра виразка { L_x } дванадцятипалої кишки, {на фоні E_x }, { K_x }, {ускладнена $O_x \&$ }

Локалізація:

L_1 – цибулини

L_2 – позацибулинної ділянки

Етіологія:

E_1 – великі опіки (виразка Курлінга)

E_2 – вживання медикаментів

E_3 – гіпоксичний стан

E_4 – інфаркт міокарда

E_5 – перенесена операція

E_6 – сепсис

E_7 – тяжка травма

E_8 – ураження ЦНС

Інфекція *Helicobacter pylori* (Hr):

K_1 – Hr позитивна (+)

K_2 – Hr негативна (-)

Ускладнення:

O_1 – гостра кровотеча { L_x },

Активність кровотечі: за ендоскопічними ознаками (див. додаток № 1 на стор. 93)

O_2 – крововтрата { T_x ступеня}

Ступінь тяжкості крововтрати: за клініко-лабораторними показниками (див. додаток № 2 на стор. 93)

O_3 – перфорація {в стадії F_x }

Стадія перфорації: за часом перебігу (див. додаток № 3 на стор. 94)

O_4 – пенетрація {в L_x }

- L₁ – гепатодуоденальну зв'язку
- L₂ – жовчний міхур
- L₃ – печінку
- L₄ – підшлункову залозу
- L₂ – товсту кишку
- O₄ – {*Т_x} стеноз

Ступінь стенозу: за клініко-рентгенологічними ознаками (див. додаток № 4 на стор. 94)

10. Лікувальна тактика при виразковій хворобі ДПК, ускладненій кровотечею:

А) Основним методом лікування є консервативний, який включає:

- ендоскопічний гемостаз і профілактику рецидиву кровотечі;
- пригнічення шлункової секреції (інгібітори протонної помпи чи блокатори H₂ рецепторів гістаміну);
- корекцію крововтрати (за алгоритмами: див. підрозділ 3.2.);
- системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, терлі-пресин, етамзилат).

Б) При неефективності всього комплексу консервативних заходів показано виконання екстреного хірургічного втручання.

В) Операціями вибору при локалізації виразки в ДПК є:

- органозберегаючі операції з ваготомією (стовбурова ваготомія с антрумектомією, стовбурова ваготомія з висіченням виразки або виведенням виразки за межі кишкового каналу та пілоропластика);
- **у пацієнтів, які знаходяться у стані геморагічного шоку,** з крововтратою тяжкого та вкрай тяжкого ступеня (Ш – IV клас), з супутньою патологією в стадії субкомпенсації **операцією вибору є висічення виразки.**

5.4. КОД МКХ – К27.4 (O₃) РЕЦИДИВНА ВИРАЗКА ДПК ПІСЛЯ ІЗОЛЬОВАНОЇ СПВ, УСКЛАДНЕНА КРОВОТЕЧЕЮ.

1. Визначення: арозивна кровотеча з рецидивної виразки дванадця-

- типалогії кишки після ізольованої СПВ.
2. **Скарги:** обумовлені темпом кровотечі, об'ємом крововтрати і волемічними розладами.
 3. **Анамнез:** виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, стан після ізольованої СПВ, різке зменшення больового синдрому при виникненні кровотечі (симптом Фінстерера).
 4. **Об'єктивний стан:** залежить від ступеня тяжкості крововтрати, темпу кровотечі, гіпоксії та ознак геморагічного шоку. Ректально – на рукавичці кал чорного кольору.
 5. **Лабораторна діагностика:** необхідно визначити гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів та тромбоцитів, рівень фібриногену, ПЧ та АЧТЧ, масу тіла, розрахувати належний ОЦК і його дефіцит.
 6. **Інструментальна діагностика:** езофагогастроуденоскопія.
 7. **Показання до стаціонарного лікування:** клініко-лабораторні ознаки кровотечі.
 8. **Ускладнення, які можуть виникнути у хворого з рецидивною виразкою ДПК після СПВ, ускладненою кровотечею:**
 - А) Внаслідок кровотечі:**
 - а) гіповолемічний шок;
 - б) поліорганна недостатність;
 - в) перфорація виразки.
 - Б) При наявності операції, післяопераційні ускладнення:**
 - а) **З боку об'єкту операції** – рецидив кровотечі, неспроможність швів анастомозу, порушення евакуації із шлунка.
 - б) **З боку черевної порожнини та операційної рани:** абсцеси черевної порожнини, перитоніт, нагноєння операційної рани.
 - в) **З боку інших органів та систем:** поліорганна недостатність, пневмонія, серцево-судинні порушення, тромбоемболічні ускладнення.
 9. **Рекомендації після виписки хворого із стаціонару:** хворого виписують до хірурга поліклініки і через рік після операції, якщо немає віддалених хірургічних ускладнень, передають під нагляд гастроентеролога, терапевта або лікаря загальної практики
При виконанні симптоматичної операції – продовження після виписки із стаціонару противиразкової терапії, через три місяці піс-

ля виписки виконують контрольну ЕГДС з метою виявлення рецидиву виразки, з подальшим наглядом та періодичним обстеженням за алгоритмом лікування хворого з виразковою хворобою. При ускладненому перебігу захворювання та неефективності противиразкової терапії – вирішення питання про хірургічне втручання за відносними показаннями.

При виконанні радикальної операції – нагляд, обстеження та лікування прооперованого хворого проводять за потреби.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ:

K27 Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ

Макет клінічного діагнозу: Рецидивна виразка {I_x} {L_x після СПВ,} {K_{x,r}} {ускладнена O_x}

Ендоскопічні прояви захворювання:

- I₁ – (активна виразка)
- I₂ – (виразка, що рубцюється)
- I₃ – (рубцева деформація)

Локалізація:

- L₁ – цибулини
- L₂ – позацибулинної ділянки

Інфекція Helicobacter pylori (Hр):

- K₁ – Hр позитивна (+)
- K₂ – Hр негативна (-)

Ускладнення:

- O₁ – гостра кровотеча {I_x},
Активність кровотечі: за ендоскопічними ознаками (див. додаток № 1 на стор. 93)

- O₂ – крововтрата {T_x ступеня}

Ступінь тяжкості крововтрати: за клініко-лабораторними показниками (див. додаток № 2 на стор. 93)

- O₃ – перфорація {в стадії F_x}

Стадія перфорації: за часом перебігу (див. додаток № 3 на стор. 94)

- O₄ – пенетрація {в L_x}
- L₁ – гепатодуоденальну зв'язку

- L₂ – жовчний міхур
- L₃ – печінку
- L₄ – підшлункову залозу
- L₂ – товсту кишку
- O₄ – {*T_x} стеноз

Ступінь стенозу: за клініко-рентгенологічними ознаками (див. додаток № 4 на стор. 94)

10. Лікувальна тактика при рецидивній виразці ДПК після ізольованої СПВ, ускладненої кровотечею:

А) Основним методом лікування є консервативний, який включає:

- ендоскопічні гемостаз і профілактику рецидиву кровотечі;
- пригнічення шлункової секреції (інгібітори протонної помпи та блокатори H₂ рецепторів гістаміну);
- корекцію крововтрати (за алгоритмами: див. підрозділ 3.2.);
- системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, терлипресин, етамзилат).

Б) При неефективності всього комплексу консервативних заходів показано виконання екстреного хірургічного втручання.

В) Операціями вибору при локалізації рецидивної виразки після СПВ є:

- органозберегаючі операції з ваготомією (стовбурова ваготомія с антрумектомією, стовбурова ваготомія з висіченням виразки або виведенням виразки за межі кишкового каналу та пілоропластика);

5.5. КОД МКХ – K28.4 (O₃) ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА АНАСТОМОЗУ, УСКЛАДНЕНА КРОВОТЕЧЕЮ.

1. **Визначення:** Арозивна кровотеча з виразки анастомозу.
2. **Скарги:** обумовлені темпом кровотечі, об'ємом крововтрати і вираженістю волемічних розладів. Представлені блювотою кров'ю, вмістом типу "кававої гущі", меленою, запамороченням, наявністю "мушок" перед очима та загальною слабкістю.
3. **Анамнез:** виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, стан після

ваготомії з дренуванням шлунка, резекції шлунка або гастроентеростомії. Різке зменшення больового синдрому при виникненні кровотечі (симптом Фінстера).

4. **Об'єктивний стан:** залежить від ступеня тяжкості крововтрати, темпу кровотечі та ступеня гіповолемії, яка виникла внаслідок цього. Ректально на рукавичці кал чорного кольору.
5. **Лабораторна діагностика:** необхідно визначити гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів та тромбоцитів, рівень фібриногену, ПЧ та АЧТЧ, масу тіла, розрахувати належний ОЦК і його дефіцит.
6. **Інструментальна діагностика:** езофагогастродуоденоскопія.
7. **Показання до стаціонарного лікування:** клініко-лабораторні ознаки кровотечі.
8. **Ускладнення, які можуть виникнути у хворого з пептичною виразкою анастомозу, ускладненою кровотечею:**

А) Внаслідок кровотечі:

- а) гіповолемічний шок;
- б) поліорганна недостатність;
- в) перфорація виразки.

Б) При наявності операції, післяопераційні ускладнення:

- а) **З боку об'єкту операції** – рецидив кровотечі, неспроможність швів анастомозу або кукси ДПК, порушення евакуації зі шлунка;
- б) **З боку черевної порожнини та операційної рани:** абсцеси черевної порожнини, перитоніт, нагноєння операційної рани;
- в) **З боку інших органів та систем:** поліорганна недостатність, пневмонія, серцево-судинні порушення, тромбоемболічні ускладнення.

9. **Рекомендації після виписки хворого із стаціонару:** хворого виписують до хірурга поліклініки і через рік після операції, якщо немає віддалених хірургічних ускладнень, передають під нагляд гастроентеролога, терапевта або лікаря загальної практики.

При виконанні симптоматичної операції – продовження після виписки із стаціонару противиразкової терапії, через три місяці після виписки – проведення контрольної ЕГДС з метою виявлення виразки, з послідуочим наглядом та періодичним обстеженням за алгоритмом

лікування хворого з виразковою хворобою. При ускладненому перебігу захворювання та неефективності противиразкової терапії – вирішення питання про хірургічне втручання за відносними показами.

При виконанні радикальної операції – нагляд, обстеження та лікування прооперованого хворого проводять за потребою.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ:

K28 Пептична виразка анастомозу

Макет клінічного діагнозу: **Пептична післяопераційна виразка {I_x} шлунково-кишкового анастомозу {після E_x}, {ускладнена O_x &}**

Ендоскопічні ознаки патології:

- I₁ – (активна виразка)
- I₂ – (рецидивна виразка)
- I₃ – (виразка, яка рубцюється)
- I₄ – (рубцева деформація)

Етіологія:

- E₁ – резекції шлунка за Більрот-1
- E₂ – резекції шлунка за Більрот-II
- E₃ – стоволової ваготомії та пілоропластики
- E₄ – селективної проксимальної ваготомії та пілоропластики
- E₅ – стоволової ваготомії та гастроентеростомії
- E₆ – селективної проксимальної ваготомії та гастроентеростомії
- E₇ – стоволової ваготомії та гастродуоденостомії
- E₈ – селективної проксимальної ваготомії та гастродуоденостомії
- E₉ –гастроентеростомії

Ускладнення:

- O₁ – гостра кровотеча {I_x},
Активність кровотечі: за ендоскопічними ознаками (див. додаток № 1 на стор. 93)

- O₂ – крововтрата {T_x ступеня}

Ступінь тяжкості крововтрати: за клініко-лабораторними показниками (див. додаток № 2 на стор. 93)

- O₃ – перфорація {в стадії F_x}

Стадія перфорації: за часом перебігу (див. додаток № 3 на стор. 94)

- O_4 – пенетрація {в L_x }
- L_1 – гепатодуоденальна зв'язка
- L_2 – жовчний міхур
- L_3 – передня черевна стінка
- L_4 – печінка
- L_5 – підшлункова залоза
- L_6 – товста кишка
- O_5 – { T_x } стеноз

Ступінь стенозу: за клініко-рентгенологічними ознаками (див. додаток № 4 на стор. 94)

10. Лікувальна тактика при пептичній виразці анастомозу, ускладненій кровотечею:

А) Основним методом лікування є консервативний, який включає:

- ендоскопічні гемостаз і профілактику рецидиву кровотечі;
- пригнічення шлункової секреції (інгібітори протонної помпи);
- пригнічення шлункової секреції (інгібітори протонної помпи та блокатори H_2 рецепторів гістаміну);
- корекцію крововтрати (за алгоритмами: див. підрозділ 3.2.);

Б) При неефективності всього комплексу консервативних заходів показано виконання екстреного хірургічного втручання.

В) Операції при пептичній виразці різної локалізації:

- а) при пептичній виразці гастроентероанастомозу** операцією вибору є контроль повноти ваготомії шляхом мобілізації абдомінального відділу стравоходу, висічення виразки, яка кровоточить;
- б) при пептичній виразці гастродуоденоанастомозу** – контроль повноти ваготомії, висічення виразки, яка кровоточить

5.6. КОД МКХ- К 74 КРОВОТЕЧА ІЗ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ

1. Визначення: Варикозне розширення вен стравоходу, це збільшення глибоких вен підслизового шару стравоходу, яке розвива-

ється за рахунок підвищення портального тиску і розвитку гіпертензії у венозних басейнах.

- А)** Саме ці вени і визначаються ендоскопічно, як варикозно розширені.
 - Б)** Інтраепітеліальні вени внаслідок гіпертензії так само трансформуються (вони визначаються ендоскопічно як червоні знаки чи “суперварикси” – червона смуга, вишнево-червоні плями, гематоцистні плями, телеангіектазії) і усі вони розташовуються на самих варикозно-розширених венах:
 - а) червона смуга** – це «слід удару батогом» – поздовжньо розширена венула, що міститься на поверхні варикозно розширеної вени.
 - б) вишнево-червоні плями** – незначно випнуті над поверхнею вени, часто множинні ділянки червоного кольору, діаметром близько 2 мм. (це розширені інтра- і субепітеліальні венули, що в нормі несуть кров від епітелію в підслизове венозне сплетіння).
 - в) телангіектазії** – це мережа розширених субепітеліальних дрібних звивистих судин, переважно в нижній третині стравоходу.
 - г) гематоцистні плями** виглядають як випнута над слизовою пляма червоного кольору діаметром понад 4 мм, це розширені інтраепітеліальні венозні вузли, розміщені в проекції комунікантної вени.
 - В)** Саме інтраепітеліальні вени є найслабшими ділянками варикозної стінки і місцем розвитку кровотечі.
- 2.** При ендоскопічному виявленні варикозно розширених вен стравоходу основними діагностичними і прогностичними критеріями в плані рецидиву кровотечі є їхній розмір, колір і наявність червоних знаків.
- А)** Колір вени визначається товщиною її стінки:
 - а)** білий колір стінки вени свідчить про товстішу стінку, ніж вени синього кольору;
 - б)** сині вени, які мають тоншу стінку частіше кровоточать;
 - в)** червоні знаки вказують на підвищений ризик розвитку кровотечі з вени, який найвищий при гематоцистних плямах.

Б) Розмір вен визначається ступенем пролабування їх у просвіт стравоходу в момент, коли він цілком розслаблений.

2. Класифікація варикозно розширених вен стравоходу:

1 ступінь – незвивисті вени невеликого діаметра, що сплющуються при інсуфляції повітря

2 ступінь – звивисті вени, що перекиваються менше 50% радіуса дистальних відділів стравоходу

3 ступінь – великі звивисті вени, що перекиваються понад 50% радіуса дистальних відділів стравоходу

Б) Класифікація варикозно розширених вен стравоходу та шлунка:

GOV – варикозне розширення вен стравоходу і шлунка

а) GOV1 – варикозне розширення вен стравоходу з переходом на малу кривизну шлунка (не менше ніж на 2 – 5 см)

б) GOV2 – варикозне розширення вен стравоходу і дна шлунка;

IGV – ізольоване варикозне розширення вен шлунка:

а) IGV1 – ізольовані варикозно розширені вени шлунка, локалізовані у його дні;

б) IGV2 – ізольовані ектопічні варикозно розширені вени, які можуть локалізуватися в інших відділах шлунка.

В) Класифікація варикозно розширених вен шлунка за розмірами:

I ступінь – діаметр до 5 мм, вени ледве визначаються на тлі слизової шлунка;

II ступінь – розмір від 5 до 10 мм, солітарно-поліпоподібного характеру;

III ступінь – вени діаметром понад 10 мм, це обширний конгломерат вузлів, тонкостінних, поліпоподібного характеру.

Г) Модифікована класифікація портальної гіпертензивної гастропатії:

а) легкий ступінь – рожевувато-червоні плями («скарлатиноподібний малюнок») на слизовій і/або поверхневої еритема і/або мозаїкоподібний набряк слизової («змійна шкіра»);

б) важкий ступінь – характеризується наявністю дифузних вишневих або темно-червоних плям;

3. Портальна гастропатія, ускладнена кровотечею – геморагії, як

при геморагічному гастриті.

4. Портальна гастропатія є наслідком портальної гіпертензії з дилатацією капілярів і розкриттям внутрішньослизових судинних шунтів.

А) Вказує на тяжкість ураження печінки, але може бути й у хворих з підпечінковим портальним блоком.

Б) При морфологічному дослідженні відзначають дилатацію судин, як слизового, так і підслизового шару.

В) Крововиливам у слизову сприяє тромбоцитопенія, яка розвивається при цирозі печінки.

Г) При портальній гастропатії збільшується чутливість слизової оболонки до різних ушкоджуючих чинників: аспірину, алкоголю тощо.

Д) Відзначають регрес портальної гастропатії після транспечінкового портосистемного шунтування і погіршення – після склеротерапії або лігування варикозно розширених вен стравоходу.

New Italian Endoscopic Club (1997) рекомендує встановлювати діагноз портальної гастропатії на підставі чотирьох ознак (уражене на-самперед тіло шлунка):

- мозаїчний вигляд слизової;
- ураження у вигляді червоних крапок;
- вишнево-червоні плями;
- чорно-коричневі плями.

5. Фактори ризику кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу:

- синій колір вени;
- почервоніння поверхні варикса або наявність «гематоцист» на його поверхні;
- різке розширення вен (III ступінь венектазії), їх локалізація проксимальніше зони у 3–4 см над стравохідно-шлунковим з'єднанням і в шлунку;
- езофагіт.

Переповнені варикозно розширені вени можуть імітувати поліпоз шлунка. Проте вена має синюватий колір і переважно трапляється разом із варикозно розширеними венами стравоходу. Така комбінація свідчить про портальну гіпертензію. Ізольоване розширення вен шлунка є ознакою тромбозу селезінкової вени, зокрема, після гостро-

го панкреатиту або при карциномі підшлункової залози.

4. Функціональний стан печінки при цирозі печінки:

А) Оцінка функціонального резерву печінки:

- а) здійснюють у відповідності з критеріями Child-Pugh (1964–1972), які дозволяють дати приблизну оцінку операційного ризику (**табл. 10**).

Таблиця 10

Критерії оцінки функціонального стану печінки за Child-Pugh

Показник	Бали		
	1	2	3
Білірубін (мкмоль/л)	менш 34	34–51	більше 51
Альбумін (г/л)	більше 35	28–35	менше 28
Протромбіновий індекс (%)	більше 70	50–70	менше 50
Асцит	немає	невеликий	великий
Ступінь енцефалопатії	немає	1–2	3–4
Клас цирозу	кількість балів		
Клас А (компенсація)	5–6		
Клас В (субкомпенсація)	7–9		
Клас С (декомпенсація)	10–15 і більше		

б) клас цирозу печінки:

- **клас А** (низький ризик, сума балів не перевищує 6) має субнормальні показники, тобто хворі, що входять в цю групу, мають компенсований перебіг цирозу печінки;
- **клас В** – у хворих відзначають субкомпенсований перебіг цирозу печінки (сума балів від 7 до 9);
- **клас С** – у хворих є декомпенсація захворювання (вкрай високий ризик, сума балів 10–15 і більше).

В останній категорії хворих відзначають виражені порушення трьох і більше параметрів. Крім того, до групи С відносять хворих, які

мають два показники, оцінених у три бали, або тих, що мають одну з наступних ознак: альбумін менше 28 г/л, білірубін більше 68 мкмоль/л, протромбіновий індекс менше 50%.

4. Основні завдання лікаря при лікуванні хворого з варикозно розширеними венами:

- А)** Попередження першого епізоду кровотечі;
- Б)** Лікування гострого епізоду кровотечі;
- В)** Попередження повторної кровотечі.

5. Арозивна кровотеча із розширених вен стравоходу – ускладнення варикозного розширення вен стравоходу:

А) Скарги: обумовлені темпом кровотечі, об'ємом крововтрати і вираженістю волемічних розладів. Представлені блювотою яскраво червоною кров'ю у вигляді згортків та рідкої крові, запамороченням, наявністю "мушок" перед очима та загальною слабкістю.

Б) Анамнез: перенесений гепатит, зловживання алкоголем, ознаки цирозу печінки та портальної гіпертензії;

В) Об'єктивний стан: залежить від ступеня тяжкості крововтрати, темпу кровотечі, гіпоксії та ознак геморагічного шоку, наявності ознак та вираженості печінкової недостатності.

Г) Лабораторна діагностика: необхідно визначити гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів та тромбоцитів, рівень фібриногену, ПЧ та АЧТЧ, масу тіла, розрахувати належний ОЦК і його дефіцит.

Д) Інструментальна діагностика: езофагогастродуоденоскопія.

Е) Показання до стаціонарного лікування: клініко-лабораторні ознаки кровотечі.

І) Клінічні прояви, які можуть виникнути у хворого з кровотечею із вен стравоходу:

а) внаслідок кровотечі:

- гіповолемічний шок;
- поліорганна недостатність;

б) При наявності операції, післяопераційні ускладнення:

- **З боку об'єкту операції** – рецидив кровотечі, неспроможність швів при виконанні гастротомії, тромбоз судинного анастомозу;

- **З боку черевної порожнини та операційної рани:** абсцеси черевної порожнини, перитоніт, нагноєння операційної рани;
- **З боку інших органів та систем:** поліорганна недостатність, пневмонія, серцево-судинні порушення, тромбоемболічні ускладнення.

Й) Рекомендації після виписки хворого із стаціонару: хворого виписують під нагляд хірурга та гастроентеролога поліклініки;

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ:

K74 Фіброз та цироз печінки

Макет клінічного діагнозу: {E_x} цироз печінки {у F_x стадії,} {ускладнений O_x.}

Етіологія:

E₁ – Вірусний {L_x}

Лабораторна діагностика:

L₁ – В

L₂ – В і Д

L₃ – С

L₁ – G

L₅ – неуточнений

E₂ – Первинний біліарний

E₃ – Метаболічний (*генетично обумовлений при ідіопатично-му гемохроматозі, гепато-целюлярній дистрофії тощо*)

E₄ – Криптогенний

Стадія процесу: (за діагност. критеріями Чайльда-Пью) (*дивись табл. № 11 на стор.72*)

F₁ – початкова стадія

F₂ – стадія помірно виражених проявів

F₃ – термінальна стадія

Ускладнення:

O₁ – гостра кровотеча {L_x}

(L₁) – із вен стравоходу

(L₂) – із гемороїдальних вен

O₂ – крововтрата {T_x ступеня}

Ступінь тяжкості крововтрати: за клініко-лабораторними показниками (див. додаток № 2 на стор. 93)

5. Головні напрямки консервативного і хірургічного лікування гострої кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу і шлунка:

А) Фармакологічні методи зупинки гострої кровотечі і запобігання її раннім рецидивам:

а) загальні принципи:

- фармакологічна терапія має ті переваги, що може застосовуватись повсюдно і призначатись, як тільки запідозрено варикозну кровотечу, навіть ще перед діагностичною ендоскопією;
- фармакотерапія повинна бути лікуванням першої лінії при варикозних кровотечах, β -блокатори не повинні застосовуватись у гострих ситуаціях, оскільки вони знижують тиск крові і перешкоджають фізіологічному збільшенню частоти серцевих скорочень, пов'язаному з кровотечею.

б) фармпрепарати, які застосовуються при кровотечі із варикозних вен:

- **Вазопресин** найпотужніший спланхнічний вазоконстриктор:
 - зменшує кровоток в усіх внутрішніх органах, призводячи до зменшення венозного притоку до ворітної вени і зниження портального тиску.
 - призначається у вигляді безперервної внутрішньовенної інфузії 0,2–0,4 од/хв., доза може бути підвищена максимум до 0,8 од/хв. (введення вазопресину завжди повинно супроводжуватись внутрішньовенним введенням нітрогліцерину з початковою дозою 40 мкг/хв., яка може бути збільшена до максимальної 400 мкг/хв., підбраної так, щоб систолічний тиск підтримувався на рівні >90 мм рт. ст.
- **Терліпресин**, синтетичний аналог вазопресину:
 - має довшу біологічну активність і значно меншу кількість побічних реакцій, є ефективним у зупинці гострих варикозних кровотеч і асоціюється із зменшенням летальності;
 - призначають у початковій дозі 2 мг внутрішньовенно

кожні 4 год., яка може бути зменшена до 1 мг кожні 4 години, якщо кровотеча зупинена.

- **Соматостатин і його аналоги, такі як октреотид і вапреотид** також зумовлюють спланхнічну вазоконстрикцію у фармакологічних дозах:
 - перевагами соматостатину і його аналогів є їх безпечність і можливість застосування на постійній основі впродовж 5 діб або навіть довше;
 - октреотид в основному призначається у вигляді внутрішньовенного болюсу 50–100 мкг з наступною безперервною інфузією 50 мкг/год, але препарат викликає тахіфілаксію і має коротку дію порівняно з терліпресином (октреотид є ефективним доповненням до ендоскопічного лікування).

N.B.! Хоча фармакотерапія, особливо безпечна терапія, повинна призначатись, як тільки підозрюється варикозна кровотеча, ЕГДС повина виконуватись якнайшвидше після госпіталізації хворого, а якщо виявлено варикозне джерело кровотечі, проводять ендоскопічний гемостаз **після ретельного огляду шлунка та дванадцятипалої кишки, тому що 1/3 усіх хворих з портальною гіпертензією є не тільки кровотеча з варикозних вен стравоходу, а й інші джерела кровотечі (синдром Меллорі-Вейсса, гастродуоденальні виразки або ерозії та ін.), у таких хворих рутинне застосування, наприклад, зонда Блекмора може бути фатальним.**

Б) Інструментальні методи зупинки гострої кровотечі:

- а) балонна тампонада** є дуже ефективною для тимчасової зупинки кровотеч з безпосереднім гемостазом у більш ніж 80% хворих:
 - застосування **балонної тампонади** пов'язане з потенційно летальними ускладненнями, такими як аспірація, міграція і некроз/перфорація стравоходу з рівнем летальності до 20% (процедура повинна виконуватись хворим з незупиненою кровотечею).
 - перед балонною тампонадою настійно рекомендується проведення захисту дихальних шляхів (інтубація трахеї).

- евакуація крові зі шлунка (через канал ендоскопа або зонд) зменшує ризик розвитку печінкової енцефалопатії.

б) мініінвазивні ендохірургічні втручання: при варикозних кровотечах проводиться ендоскопічна склеротерапія, кліпування, лігування варикозно-розширених судин стравоходу, що кровоточать, а шлунку – склеротерапія, кліпування (найбільш ефективна комбінація кліпування і склеротерапії).

В) Комбінація фармакологічної терапії і МЕВ є найраціональнішим підходом до лікування гострих варикозних кровотеч. Застосування фармакологічних засобів з невеликою кількістю побічних реакцій допомагає продовжувати лікування до 5 днів, на період найбільшого ризику рецидиву кровотечі.

6. Алгоритм лікування хворих з кровотечею із ВРВ стравоходу і шлунку з основними принципами діагностики і лікування:

А) Ендоскопічна верифікація всіх джерел кровотечі;

Б) Проведення гемостазу і МЕВ для профілактики РК із неварикозних джерел;

В) Зупинка кровотечі із ВРВ кліпуванням або за допомогою зонду Блекмора;

Г) Виконання на протязі доби під тотальною внутрішньовенною анестезією комбінованої оклюзивної склеротерапії або комбінації кліпування з інтравазальною склеротерапією на всіх венозних стовбурах для їх облітерації (при відсутності протипоказів – асцит, печінково-ниркова недостатність) чи лігування (тільки вен стравоходу).

Е) Коригуюча терапія гострої крововтрати;

І) Профілактика і лікування печінкової недостатності.

Й) Хірургічне лікування:

а) методи хірургічного лікування портальної гіпертензії:

- шунтуючі операції, які забезпечують викид портальної крові в систему нижньої порожнистої вени (умовно радикальні операції):
 - неселективне портосистемне шунтування (portoкавальний, центральний спленоренальний, мезентерікокавальний, калібрований portoкавальний анастомози),
 - селективне портосистемне шунтування (дистальний

спленоренальний анастомоз);

- операції, які передбачають роз'єднання вен стравоходу і шлунка (*симптоматичні операції*);
 - **рентгенендоваскулярні методи лікування:** трансюглярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування (TIPS) – як правило, застосовують, як етап підготовки хворого до трансплантації печінки.

б) вибір способу і обсягу операції:

- **судинні анастомози** показані хворим цирозом печінки **класу А за Child-Pugh** із задовільними параметрами центральної і печінкової гемодинаміки, а також з нормальними значеннями маркерів цитолізу.

7. Визначення ключових моментів стосовно епізоду кровотечі:

А) Дефініції і критерії невдачі зупинки (контролю) кровотечі:

- а)** часові межі епізоду гострої кровотечі складають 120 годин (5 діб);
- б)** невдача вказує на потребу зміни лікування (будь-який із нижчеперерахованих критеріїв означає невдачу:
 - блювання свіжою кров'ю в період ≥ 2 години після початку специфічного медикаментозного лікування або лікувальної ендоскопії.
 - у пацієнтів з назогастральним зондом, виділення більше ніж 100 мл свіжої крові;
 - зменшення рівня гемоглобіну на 30 г/л (приблизне зменшення гематокриту на 9%), за умови, якщо не призначалась гемотрансфузія;
 - смерть;
 - вирахований індекс потреби в гемотрансфузії (ABRI, Adjusted Blood Requirement Index) $\geq 0,75$ в будь-який часовий проміжок (поріг ABRI потребує підтвердження).

ABRI

$$\text{ABRI} = \frac{\text{кількість перелитих пакетів крові}}{[(\text{кінцевий гематокрит} - \text{початковий гематокрит}) + 0,01]}$$

Ht або Hb вимірюються щонайменш:

- кожні 6 год протягом перших 2 діб;
- кожні 12 годин протягом днів 3-5

Метою трансфузії повинен стати гематокрит 24%, або гемоглобін 80 г/л

Рекомендації:

Відновлення об'єму крові:

- відновлення об'єму крові повинно здійснюватись обережно і консервативно, застосовуючи плазмаекспандери для підтримання стабільності гемодинаміки та еритроцитарну масу для підтримання гемоглобіну на рівні приблизно 80 г/л, враховуючи також такі фактори, як супутні захворювання, вік, гемодинамічний статус і клінічні ознаки продовження кровотечі (**рівень рекомендації A**).
- рекомендації щодо лікування коагулопатії та тромбоцитопенії не можуть бути вироблені на основі наявних на теперішній час даних (**рівень рекомендації D**).

Застосування антибіотиків для попередження бактеріальних інфекцій – спонтанного бактеріального перитоніту:

- антибіотикопрофілактика є невід'ємною частиною лікування пацієнтів із варикозною кровотечею і повинна бути призначеною відразу після госпіталізації (**рівень рекомендації A**).

Застосування балонної тампонади:

- балонна тампонада повинна застосовуватись виключно при масивній кровотечі як "міст" до того часу, поки визначене лікування може бути призначене (не більше 24 годин) (**рівень рекомендації D**).

Рекомендації:

Фармакотерапія:

- при підозрі на варикозну кровотечу вазоактивні препарати повинні бути призначені якомога швидше – ще до діагностичної ендоскопії (**рівень рекомендації А**).
- лікування вазоактивними препаратами (терліпресин, соматостатин, октреотид) повинно застосовуватись у пацієнтів із кровотечею зі стравохідних вариксів протягом 2–5 діб (**рівень рекомендації А**).

Ендоскопічне лікування:

- ендоскопічна терапія рекомендована всім пацієнтам із підтвердженою гастроінтестинальною кровотечею з верхніх відділів, де джерелом кровотечі є езофагальні варикси (**рівень рекомендації А**).
- лігування є рекомендованим способом ендоскопічної терапії гострої езофагальної варикозної кровотечі, хоча склеротерапія також може бути застосована в гострій ситуації, якщо лігування є технічно важким (**рівень рекомендації А**).

Коментар робочої групи: На висоті кровотечі більш простим і ефективним методом є ендоскопічне кліпування варикозних вен стравоходу.

- ендоскопічна терапія тканинними адгезивами (наприклад N-бутил-ціаноакрилат) рекомендована при гострій кровотечі із шлункових вариксів (**рівень рекомендації А**).

Коментар робочої групи: в Україні ці препарати не зареєстровані, а проведення склеротерапії має низьку ефективність. Проведення лігування не рекомендується виробниками лігаторів, тому що після некрозу лігваної вени може розвинути неконтрольована кровотеча. Тому більш раціональним є проведення комбінованого гемостазу: кліпування самого розриву вени, а потім кліпування вени відрізками в 1,5–2 см. із послідовним введенням склерозанта у відрізок ВРВ між двома кліпсами. В разі відсутності необхідного обладнання допустимо паравазально ввести 0,9% розчин NaCl в дозі 200–400 мл та стиснути вену інфільтратом (цей гемостаз короткостроковий – до 4–6 год).

Рекомендації:

- ендоскопічне лікування краще використовувати у поєднанні із фармакотерапією, яка, по можливості, повинна бути розпочата до ендоскопії (**рівень рекомендації А**).

Тактика при невдачі лікування:

- при невдачі початкової терапії, яка складалась із комбінації фармакотерапії та ендоскопічного лікування, найкраще застосувати ще одну спробу ендоскопічної терапії або TIPS (по можливості із стентом, вкритим політетрафторетиленом (PTFE)) (**рівень рекомендації В**).

Попередження рецидиву кровотечі:

А) Коли починати вторинну профілактику:

- вторинна профілактика повинна починатись якомога швидше з 6 доби після епізоду кровотечі з вариксів (**рівень рекомендації D**).
- час початку вторинної профілактики повинен бути задокументованим.

Б) Пацієнти з цирозом, які не отримували первинну профілактику:

- бета-блокатори, лігування або обидва (**рівень рекомендації А**). Ці способи повинні застосовуватись для профілактики рецидиву кровотечі.
- комбінація бета-блокаторів та лігування найбільш імовірно є найкращим способом (**рівень рекомендації А**), хоча потрібні подальші дослідження.
- обрахування гемодинамічної відповіді на фармакотерапію дає прогностичну інформацію щодо ризику рецидиву кровотечі (**рівень рекомендації В**).

В) Пацієнти з цирозом, які вживають бета-блокатори для первинної профілактики, у яких розвинулась кровотеча:

- потрібно додати ендоскопічне лігування (**рівень рекомендації D**).

Г) Пацієнти, які мають протипоказання до прийому бета-блокаторів, або їх непереносимість:

- Лігування є переважним методом для профілактики рецидиву кровотечі (**рівень рекомендації D**).

Рекомендації:

Д) Пацієнти, у яких ендоскопічні методи і фармакотерапія зазнали невдачі в попередженні рецидиву кровотечі:

а) TIPS або шунтування (дистальне спленоренальне або 8 мм Н-подібне) є ефективним у пацієнтів з класом A/B за Child, і повинно застосовуватись.

б) у пацієнтів, які не підлягають хірургічному лікуванню, єдиним методом залишається TIPS (*рівень рекомендації D*).

в) трансплантація забезпечує хороші віддалені результати у пацієнтів із класом B/C за Child, тому повинна розглядатись (*рівень рекомендації B*). TIPS може бути „мостом” до трансплантації.

Е) Пацієнти, у яких джерелом кровотечі стала портальна гіпертензійна гастропатія:

• бета – блокатори повинні бути застосовані (*рівень рекомендації A*) для профілактики рецидиву кровотечі.

Ж) Пацієнти, у яких прийом бета-блокаторів протипоказаний, або профілактика зазнала невдачі, і які не можуть бути ліковані „нешунтуючою терапією”:

• повинні розглядатись TIPS або хірургічне шунтування (*рівень рекомендації C*).

6. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРИХ КРОВОТЕЧАХ ІЗ НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ

6.1. КОД МКХ–К57 ДИВЕРТИКУЛЬОЗ ОБОДОВОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНИЙ КРОВОТЕЧЕЮ

1. Визначення: Дивертикульоз ободової кишки, ускладнений кровотечею – хронічне захворювання ободової кишки, що носить запальний та деструктивний характер, зустрічається з переважною локалізацією в лівій половині товстої кишки та ускладнюється хро-

нічною або гострою кровотечею з крововтратою різного ступеня тяжкості.

2. **Скарги:** на одно- або багаторазове виділення калу темно-вишневого кольору, крові чи її згортків з відхідника, біль в животі, запаморочення, наявність «мушок» перед очима, порушення стулу, загальну слабкість.
3. **Анамнез:** захворювання найчастіше виникає на фоні закріпів, характеризується періодичними болями в животі (при дивертикуліті), повторними кровотечами, особливо у хворих з артеріальною гіпертензією.
4. **Об'єктивний стан:** залежить від темпу кровотечі і обсягу крововтрати, наявності та виразності вітальних розладів, обумовлених гіпоксією, що виникла. Фізикальні та перкуторні зміни з боку черевної порожнини не характерні. Ректально – домішки крові в калі або згортки крові.
5. **Лабораторна діагностика:** необхідно визначити гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів та тромбоцитів, рівень фібриногену, ПЧ та АЧТЧ, масу тіла, розрахувати належний ОЦК і його дефіцит.
6. **Інструментальна діагностика:** діагностична та лікувальна ендоскопія – ректоромано-, сигмо- або колоноскопія.
7. **Показання до стаціонарного лікування:** клініко-лабораторні ознаки кровотечі.
8. **Ускладнення, які можуть виникнути у хворих з дивертикульозом ободової кишки, ускладненим кровотечею:**
 - А) **Внаслідок кровотечі:**
 - а) гіповолемічний шок,
 - б) поліорганна недостатність,
 - Б) **При наявності операції, післяопераційні ускладнення:**
 - а) **З боку об'єкту операції** – рецидив кровотечі, недостатність швів анастомозу, порушення евакуації з кишечника;
 - б) **З боку черевної порожнини та операційної рани:** абсцеси черевної порожнини, перитоніт, нагноєння операційної рани;
 - в) **З боку інших органів та систем:** поліорганна недостатність, пневмонія, серцево-судинні порушення, тромбоемболічні ускладнення.

9. Рекомендації після виписки хворого із стаціонару:

А) Організація спостереження за оперованим хворим:

- а) хворий виписується під нагляд хірурга поліклініки;
- б) через 3–6 місяців після операції – контрольне обстеження стану кишечника під подальшим постійним наглядом лікаря загальної практики.

Б) При виконанні симптоматичної операції:

- продовження після виписки із стаціонару посиндромної терапії;
- при наявності повторної кровотечі – консервативна гемостатична терапія, від результатів якої залежить подальше прийняття рішення про терапевтичне або хірургічне лікування за відносними показами;

В) При виконанні радикальної операції:

- нагляд, обстеження та лікування прооперованого хворого проводиться за потребою.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ:

K57 Дивертикулярна хвороба кишок

Макет клінічного діагнозу: Дивертикулярна хвороба $\{R_x\}$
 $\{L_x \text{ кишки}\}, \{O_x\}, \{\text{ускладнена } O_x\}$

Поширеність процесу:

- R_1 – (поодинокий дивертикул)
- R_2 – (численні дивертикули)

Локалізація:

- L_1 – дванадцятипала кишка
- L_2 – тонка кишка
- L_3 – товста кишка
- L_4 – тонка і товста кишки

Клінічні прояви:

- Q_1 – безсимптомна форма
- Q_2 – з больовим синдромом

Ускладнення:

- O_1 – дивертикуліт
- O_2 – гостра кровотеча $\{\text{крововтрата } T_x \text{ ст. важкості}\}$

Класифікаційні ознаки ступеня тяжкості величини крововтрати
Ступінь тяжкості крововтрати за клініко-лабораторними показниками (див. додаток № 2 на стор. 93)

O₃ – перфорація

O₄ – абсцес

O₅ – перитоніт

10. Лікувальна тактика при дивертикулярній хворобі кишечника, ускладненій кровотечею:

А) Основним методом лікування є консервативний, який включає:

- корекцію крововтрати (за алгоритмами: див. підрозділ 3.2.);
- системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, терліпресин, етамзилат).

Б) При неефективності усього комплексу консервативних заходів показано виконання екстреного хірургічного втручання.

В) Операціями вибору при локалізації дивертикулів в кишечнику є:

а) гостра кровотеча:

- сегментарні резекції ураженого дивертикулами відрізка тонкої чи ободової кишок (резекція тонкої кишки, правобічна або лівобічна геміколектомія, резекція поперечно-ободової або сигмовидної кишок, субтотальна колектомія) з вирішенням питання про можливість накладання кишкового анастомозу або обструктивного втручання в залежності від загального стану хворого;
- **у пацієнтів, які знаходяться у стані геморагічного шоку**, з крововтратою тяжкого та вкрай тяжкого ступеня (Ш – IV клас), з супутньою патологією в стадії субкомпенсації **операцією вибору є прошивання судин, які кровопстачують відповідний відділ кишечника**, накладання обхідних анастомозів або колостом;

б) хронічна кровотеча:

- хірургічне втручання резекційного характеру після поповнення крововтрати в плановому порядку.

6.2. КОД МКХ– K51 ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

1. **Визначення: Виразковий коліт** – хронічне запальне дифузне виразковонекротичне ураження слизової і підслизової оболонок ободової і прямої кишок, яке супроводжується кровотечею.
2. **Скарги:** на багаторазове виділення калу темно-вишневого кольору, крові або її згортків з відхідника, біль в животі, запаморочення, наявність «мушок» перед очима, порушення стулу, загальну слабкість.
3. **Анамнез:** захворювання виникає на фоні проносів, характеризується болем в животі (при дивертикуліті), повторними кровотечами, особливо у хворих з артеріальною гіпертензією.
4. **Об'єктивний стан:** залежить від темпу кровотечі і обсягу крововтрати, наявності та виразності вітальних розладів, обумовлених гіпоксією, що виникла. Фізикальні та перкуторні зміни з боку черевної порожнини не характерні. Ректально – домішки крові в калі або згортки крові.
5. **Лабораторна діагностика:** необхідно визначити гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів та тромбоцитів, рівень фебриногену, ПЧ та АЧТЧ, масу тіла, розрахувати належний ОЦК і його дефіцит.
6. **Інструментальна діагностика:** діагностична та лікувальна ендоскопія – ректоромано-, сигмо- або колоноскопія. При підозрі на дивертикул тонкої кишки – вивчення пасажу барія по тонкій кишці.
7. **Показання до стаціонарного лікування:** клініко-лабораторні ознаки кровотечі.
8. **Ускладнення, які можуть виникнути у хворих з дивертикульозом ободової кишки, ускладненим кровотечею:**
 - А) **Внаслідок кровотечі:**
 - а) гіповолемічний шок,
 - б) поліорганна недостатність,
 - Б) **При наявності операції, післяопераційні ускладнення:**
 - а) **З боку об'єкту операції** – рецидив кровотечі, недостатність швів анастомозу, порушення всмоктування та евакуації з кишечника;
 - б) **З боку черевної порожнини та операційної рани:** абсцеси черевної порожнини, перитоніт, нагноєння операційної

рани.

- в) З боку інших органів та систем:** поліорганна недостатність, пневмонія, серцево-судинні порушення, тромбоемболічні ускладнення.

9. Рекомендації після виписки хворого із стаціонару:

А) Організація спостереження за оперованим хворим:

- а)** хворий виписується під нагляд хірурга та гастроентеролога поліклініки;
- б)** через 3–6 місяців після операції – контрольне обстеження стану кишечника під подальшим постійним наглядом лікаря загальної практики.

Б) При виконанні симптоматичної операції:

- продовження після виписки із стаціонару посиндромної терапії,
- при наявності повторної кровотечі – консервативна гемостатична терапія, від результатів якої залежить подальше прийняття рішення про терапевтичне або хірургічне лікування за відносними показами;

В) При виконанні радикальної операції:

- нагляд, обстеження та лікування прооперованого хворого проводиться лікарем загальної практики, при наявності колостоми – періодичний огляд проктолога.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ:

К 51 Виразковий коліт

Макет клінічного діагнозу: **Виразковий коліт {X_x форма,} {з ураженням L_x} {фаза F_x,} {I_x ступінь активності} {T_x} {ускладнений O_x}**

Характер перебігу:

- X₁** – гострий
X₂ – хронічний рецидивуючий
X₃ – хронічний безперервний

Локалізація:

- L₁** – пряма кишка
L₂ – пряма і сигмоподібна кишка

L₃ – субтотальне ураження ободової кишки

L₄ – тотальне ураження ободової кишки

Фаза захворювання:

F₁ – загострення

F₂ – ремісія

Ступінь активності (за даними колоноскопії):

I₁ – мінімальна

I₂ – помірна

I₃ – виражена

Ступінь тяжкості:

T₁ – легкий перебіг

T₂ – середній ступінь тяжкості

T₃ – тяжкий перебіг

Ускладнення:

O₁ – місцеві у вигляді {**R_x**}

(**R₁**) – перфорація

(**R₂**) – кровотеча

Класифікаційні ознаки ступеня тяжкості величини крововтрати

Ступінь тяжкості крововтрати: за клініко-лабораторними показниками (див. додаток № 2 на стор. 93)

(**R₃**) – стриктура

(**R₄**) – псевдополіпоз

(**R₅**) – токсична дилатація кишки

(**R₆**) – кишкова непрохідність

(**R₇**) – малігнізація

O₂ – системні у вигляді {**R_x**}

(**R₁**) – сепсис

(**R₂**) – вторинний імунодефіцит

O₃ – позакишкові прояви у вигляді {**R_x**}

(**R₁**) – гепатит

(**R₂**) – склерозуючий холангіт

(**R₃**) – стоматит

(**R₄**) – вузликова еритема

(**R₅**) – гангренозна піодермія

(**R₆**) – епісклерит

(**R₇**) – поліартрит

10. Лікувальна тактика при виразковому коліті, ускладненому кровотечею:

А) Основним методом лікування є консервативний, який включає:

- корекцію крововтрати (за алгоритмами: див. підрозділ 3.2.);
- системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, терлі-пресин, етамзилат),
- специфічну протизапальну терапію (препарати 5-АСК),

Б) При неефективності всього комплексу консервативних заходів показано виконання екстреного хірургічного втручання (колпроктектомія з ілеоанальним анастомозом або колектомії з формуванням одностовбурової ілеостоми)

- **при декомпенсованому стані** в якості першого етапу виконується двостовбура ілеостома.

В) При відносних показаннях (хронічна кровотеча) – колпроктектомія, колектомія з формуванням одностовбурової ілеостоми або колектомія з низведенням тонкої або залишку товстої кишки в анальний канал та створенням резервуарів в порожнині малого тазу.

6.3. КОД МКХ– К50. ХВОРОБА КРОНА (ТЕРМІНАЛЬНИЙ ІЛЕІТ)

- 1. Визначення: Хвороба Крона** – це неспецифічний запальний процес переважно підслизової оболонки шлунково-кишкового тракту з подальшим поширенням на всі шари кишки, здебільшого сегментарного характеру і рецидивуючого перебігу, з періодичними кровотечами, утворенням інфільтратів, нориць та виразок в межах зони ураження.
- 2. Скарги:** на виділення калу з домішками крові чи її згортків, біль в животі, запаморочення, наявність «мушок» перед очима, порушення стулу, загальну слабкість.
- 3. Анамнез:** захворювання характеризується болем в животі, порушеннями акту дефекації, кровотечами, утворенням нориць.
- 4. Об'єктивний стан:** залежить від темпу кровотечі і обсягу крововтрати, наявності та виразності вітальних розладів, обумовлених

гіпоксією, що виникла. Фізикальні та перкуторні зміни з боку черевної порожнини не характерні. Ректально – домішки крові в калі або згортки крові.

5. Лабораторна діагностика: необхідно визначити гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів та тромбоцитів, рівень фібриногену, ПЧ та АЧТЧ, масу тіла, розрахувати належний ОЦК і його дефіцит.

6. Інструментальна діагностика: діагностична ендоскопія – ректоромано-, сигмо- або колоноскопія. При підозрі на хворобу Крона тонкої кишки – вивчення пасажу барія по кишечнику.

7. Показання до стаціонарного лікування: клініко-лабораторні ознаки кровотечі.

8. Ускладнення, які можуть виникнути у хворих з хворобою Крона, ускладненою кровотечею:

А) Внаслідок кровотечі:

- а) гіповолемічний шок,
- б) поліорганна недостатність,

Б) При наявності операції, післяопераційні ускладнення:

- а) **З боку об'єкту операції** – рецидив кровотечі, недостатність швів анастомозу, порушення всмоктування та евакуації з кишечника;
- б) **З боку черевної порожнини та операційної рани:** абсцеси черевної порожнини, перитоніт, нагноєння операційної рани.
- в) **З боку інших органів та систем:** поліорганна недостатність, пневмонія, серцево-судинні порушення, тромбоемболічні ускладнення.

9. Рекомендації після виписки хворого із стаціонару:

А) Організація спостереження за оперованим хворим:

- а) хворий виписується під нагляд хірурга та гастроентеролога поліклініки;
- б) через 3–6 місяців після операції – контрольне обстеження стану кишечника під подальшим постійним наглядом лікаря загальної практики.

Б) При виконанні симптоматичної операції:

- продовження після виписки із стаціонару посиндромної терапії,

- при наявності повторної кровотечі – консервативна гемостатична терапія, від результатів якої залежить подальше прийняття рішення про терапевтичне чи хірургічне лікування за відносними показами;

В) При виконанні радикальної операції:

- нагляд, обстеження та лікування прооперованого хворого проводиться лікарем загальної практики, при наявності колостоми – періодичний огляд проктолога.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ:

K50 Хвороба Крона

Макет клінічного діагнозу: Хвороба Крона {з поразкою L_x кишки} {у фазі F_x} {T_x ступеня тяжкості,} {ускладнена O_x}

Локалізація:

- L₁ – тонка
- L₂ – товста
- L₃ – тонка і товста кишки

Фаза захворювання:

- F₁ – загострення
- F₂ – ремісії

Ступінь тяжкості:

- T₁ – легкий (*індекс активності < 150 од*)
- T₂ – середній (*індекс активності 150 – 300 од*)
- T₃ – тяжкий (*індекс активності – >300 од*)

Ускладнення:

- O₁ – місцеві у вигляді {R_x}
- (R₁) – запальний інфільтрат
- (R₂) – кишкова норіця
- (R₃) – перфорація
- (R₄) – кровотеча

Класифікаційні ознаки ступеня тяжкості величини крововтрати

Ступінь тяжкості крововтрати: за клініко-лабораторними показниками (див. додаток № 2 на стор. 93)

- (R₅) – стриктура

- (R₆) – псевдополіпоз
- (R₇) – непрохідність кишки
- (R₈) – абсцес
- O₂ – системні у вигляді {R_x}
- (R₁) – стоматит
- (R₂) – увеїт
- (R₃) – вузелкова ерітема
- (R₄) – гангренозна піодермія
- (R₅) – поразка суглобів
- (R₆) – гепатит
- (R₇) – сепсис

10. Лікувальна тактика при хворобі Крона, ускладненій кровотечею:

А) Основним методом лікування є консервативний, який включає:

- корекцію крововтрати (за алгоритмами: див. підрозділ 3.2.);
- системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, терліпресин, етамзилат),
- специфічну протизапальну терапію (препарати 5-АСК, гормони).

Б) При неефективності всього комплексу консервативних заходів показано виконання екстреного хірургічного втручання.

- обструктивна резекція ураженого сегменту кишки;
- обструктивна колектомія (при тотальному ураженні товстої кишки);
- формування ілео- або колостоми з дрениванням черевної порожнини;

Г) При відносних показаннях (хронічна кровотеча) застосовуються:

- сегментарна резекція ураженої кишки з накладанням анастомозу;
- колектомії з черевно-анальною резекцією прямої кишки (при панколіті);
- стриктуропластика (при ураженнях тонкої кишки);
- гастроентероанастомоз (при ураженнях дванадцятипалої кишки).

6.4. КОД МКХ– I84 ХРОНІЧНИЙ ГЕМОРОЙ, УСКЛАДНЕНИЙ КРОВОТЕЧЕЮ

1. **Визначення:** збільшені в обсязі розширені кавернозні тіла прямої кишки, які знаходяться в межах анального каналу, або випадають за його межі і вимагають мануального вправлення, з виділенням крові з прямої кишки гострого або хронічного перебігу та проявами анемії.
2. **Скарги:** обумовлені темпом кровотечі, обсягом крововтрати і різницею волемічних розладів. Представлені виділенням крові краплями, згортками або струмінням наприкінці акту дефекації, при великій крововтраті – запамороченням, наявністю “мушок” перед очима та загальною слабкістю.
3. **Анамнез:** тривале існування гемороїдальної хвороби з відповідними проявами у вигляді збільшених кавернозних тілець у відхіднику або зовні, наявністю болю, періодичних кровотеч та набряків вузлів.
4. **Об’єктивний стан:** залежить від ступеня тяжкості крововтрати, темпу кровотечі та ступеня гіповолемії, яка виникла внаслідок цього. Ректально – на рукавичці свіжа кров червоного кольору.
5. **Лабораторна діагностика:** необхідно визначити гемоглобін, гематокрит, кількість еритроцитів та тромбоцитів, рівень фібриногену, ПЧ та АЧТЧ, масу тіла, розрахувати належний ОЦК і його дефіцит.
6. **Інструментальна діагностика:** огляд ректальним дзеркалом, ректороманоскопія.
7. **Показання до стаціонарного лікування:** клініко-лабораторні ознаки кровотечі.
8. **Ускладнення, які можуть виникнути у хворого з хронічним гемороєм, ускладненим кровотечею:**
 - А) **Внаслідок кровотечі:**
 - а) гіповолемічний шок;
 - б) поліорганна недостатність.
 - Б) **При наявності операції, післяопераційні ускладнення:**
 - а) **З боку об’єкту операції** – рецидив кровотечі, порушення евакуації з прямої кишки в результаті стенозу або недостатності анального сфінктеру;
 - б) **З боку операційної рани:** нагноєння операційної рани (пара-

проктит гострий або хронічний);

- в) З боку інших органів та систем:** поліорганна недостатність, пневмонія, серцево-судинні порушення, тромбоемболічні ускладнення.

9. Рекомендації після виписки хворого із стаціонару: хворий виписується до хірурга поліклініки і спостерігається до 3 місяців, після чого, якщо немає віддалених хірургічних ускладнень, передається під нагляд лікаря загальної практики

А) При виконанні симптоматичної операції –зупинки кровотечі шляхом прошивання кровоточивих вузлів – вирішення питання про хірургічне втручання за відносними показами.

Б) При виконанні радикальної операції – нагляд, обстеження та лікування прооперованого хворого проводиться за потребою.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ:

І84 Геморой

Макет клінічного діагнозу: **Хронічний {L_x} геморой {у стадії X_x}, {ускладнений O_x}**

Локалізація:

- L₁** – внутрішній
- L₂** – зовнішній
- L₃** – комбінований

Характер перебігу:

- X₁** – ремісія {Т_x ст. тяжкості}

Ступінь тяжкості:

- T₁** – I ступеня – (гемороїдальні вузли залишаються в межах анального каналу)
- T₂** – II ступеня – (гемороїдальні вузли випадають при натужуванні, дефекації і самостійно вправляються)
- T₃** – III ступеня – (гемороїдальні вузли випадають при натужуванні, дефекації і незначному фізичному навантаженні з необхідністю вправлення їх руками)
- T₄** – IV ступеня – (гемороїдальні вузли випадають у спокої, самостійно не вправляються, а після вправлення руками – відразу ж випадають)

X₂ – загострення {Q_x}

Клінічні прояви:

Q₁ – тромбоз вузлів без запалення

Q₂ – тромбоз вузлів і їх запалення

Q₃ – некроз і запалення шкіри і підшкірної клітковини

Ускладнення:

O₁ – хронічна кровотеча, {крововтрата T_x}

O₂ – гостра кровотеча, {крововтрата T_x}

Ступінь тяжкості крововтрати:

Ступінь тяжкості крововтрати: за клініко-лабораторними показниками (див. додаток № 2 на стор. 93)

10. Лікувальна тактика при гемороїдальній хворобі, ускладненій кровотечею:

А) Основним методом лікування є консервативний, який включає:

- місцеве застосування гемостатичних засобів;
- корекцію крововтрати (за алгоритмами: див. підрозділ 3.2.);
- системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, терлі-пресин, етамзилат).

Б) При неефективності всього комплексу консервативних заходів показано термінове лігування гемороїдальних вузлів, які кровоточать, шляхом прошивання вузлів або накладання латексних кілець;

В) При кровотечі, яка зупинилася, та крововтраті тяжкого ступеня:

- а)** поповнення крововтрати шляхом внутрішньовенного крапельного введення розчинів кристалоїдів, колоїдів та еритроцитарної маси (за алгоритмами: див. підрозділ 3.2.);
- б)** уточнення діагнозу за допомогою ендоскопічних (ректороманоскопія, сигмо- та колоноскопія) методик;
- в)** обґрунтування обсягу хірургічного втручання та його виконання в плановому порядку.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Ендоскопічна класифікація ознак (стигмат) кровотечі:

I₁ – F IA – цівкова кровотеча.

I₂ – F IB – просочування (підтікання) крові.

I₃ – F Ix – підтікання з-під щільно фіксованого згортка, який неможливо видалити будь-яким шляхом без верифікації джерела кровотечі.

I₄ – F IIA – “тромбована судина” (червона, чорна, біла) – утвір, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром до 2 мм різного кольору.

I₅ – F IIB – фіксований згорткок (червоний, чорний, білий) – утвір, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром більше 2 мм різного кольору.

I₆ – F IIC – дрібні тромбовані судини (чорні крапки).

I₇ – F III – кровотеча відсутня: дефект під фібрином.

* В підгрупу **FIx** відносяться пацієнти, у яких під час дослідження виявляють згорткок крові з підтіканням з-під нього, який неможливо видалити будь-яким шляхом, який повністю закриває субстрат, що кровоточить, і не дозволяє його верифікувати. В такій ситуації можливе проведення тільки ендоскопічної ін'єкційної терапії без застосування склерозантів.

ДОДАТОК 2

Класифікаційні ознаки ступеня тяжкості величини крововтрати за клініко-лабораторними показниками

T₁ – помірна:

крововтрата 10-20%, пульс до 90 уд/хв, АТ > 120 мм рт ст, шоківий індекс П/АТ 0,54–0,78; Ер. 5–3,5 x 10¹²/л; Hb 150–120 г/л; Ht 44–38%; діурез 50–60 м на год

T₂ – середня:

крововтрата 21–30%, пульс 90–110 уд/хв, АТ 120–80 мм рт ст, шоківий індекс П/АТ 0,78–1,38; Ер. 3,5–3,0 x 10¹²/л; Hb 120–100 г/л; Ht 38–32%; діурез 40–50 мл на год

T₃ – тяжка:

крововтрата 31–40%, пульс–110–120 уд/хв, АТ 80–70 мм рт ст, шоківий індекс П/АТ 1,38–1,5; Ер. 2,5–2 x 10¹²/л; Hb 100–80 г/л; Ht 32–22%; діурез 30–40 мл на год

T₄ – вкрай тяжка:

крововтрата 41–70%, пульс >120 уд/хв, АТ < 70 мм рт ст,
шоковий індекс П/АТ > 1,5; Ер. <2 x 10¹²/л; Нв 80г/л; Нт < 22%;
діурез < 30 мл на год

ДОДАТОК 3

Клінічні стадії перфоративної виразки шлунка або двадцятипалої кишки за часом перебігу

F₁ – шок (до 6 год з моменту перфорації)

F₂ – уявне благополуччя (6 – 12 год з моменту перфорації)

F₃ – перитоніт (більше 12 год з моменту перфорації)

ДОДАТОК 4

Клініко-рентгенологічні ознаки ступеня стенозу воротаря шлунка

I₁ – компенсований:

задовільний стан, блювання рідко, маса тіла в нормі,
при рентгендослідженні – через 3 год в шлунку залишається до
30% барієвої суміші

I₂ – субкомпенсований:

почуття важкості в епігастрії, блювання кожного дня через 1 – 2
год після їжі, схуднення;
при рентгендослідженні – через 3 год в шлунку залишається від
30 до 80% барієвої суміші

I₃ – некомпенсований:

різка дегідратація, блювання застійним вмістом шлунка, висна-
ження;
при рентгендослідженні – через 3 год в шлунку залишається по-
над 80% барієвої суміші

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

При аналізі методичних рекомендацій необхідно звернути увагу: назви фармакотерапевтичних груп лікарських засобів в рекомендаціях вказані відповідно до їх назв у Державному формулярі; лікарські засоби вказані, в основному, за міжнародною непатентованою назвою.

В таблиці торгівлі назви всіх зареєстрованих в Україні лікарських засобів розміщені за напрямком дії і розподілені по двох підрозділах:

I – лікарські засоби вітчизняного виробництва, II – лікарські засоби іноземного виробництва (інформація про виробників знаходиться у Державному формулярі).

Коментарі щодо комбінованих лікарських засобів:

комбіновані розчини електrolітів, назва яких є традиційною і які виробляються згідно із затвердженими прописами, в рекомендаціях вказані за торговими назвами;

комбіновані препарати розчинів амінокислот для парентерального живлення та препарати жирових емульсій в таблиці розміщені в підрозділі №8;

Групи препаратів	Міжнародна непатентована назва препарата	Торгова назва препарату
1	Гемостатична терапія	
	Транексамова кислота	2. Тугіна
	Етамзилат	1. Етамзилат 2. Дицинон
2	Інгібітори протеаз	
	Апротинин	1. Контрвен 2. Гордокс, Контрикал, Апрокал
3	Гіпофізарні та гіпоталамічні гормони	
	Октреотид	1. Укреотид 2. Сандостатин, Октрайд, Окрестатин, Октра, Окترین, Генфаст
	Терліпресин	2. Реместип, Гліпресин

4	Кровозамісні та перфузійні розчини	
	Сольові розчини	1. 0,9% розчин хлориду натрію, Рингера-Лока розчин, Хартмана розчин, Стерофундін, Дісол, Ацесоль 2. Йоностеріл, Стерофундін
	Розчини на основі гідроксietілкрохмалю	1. Гекодез 2. Рефортан, Стабізол, Тетраспан 6% , Венофундін, Волювен 6%
	Декстроза+калію хлорид	1. ГІК
	Клюкоза+Ксиліт	1. Глюксил
	Розчини на основі сукци-нованої желатині	2. Гелофузин, Волютенз
	Багатокомпонентні , комбіновані інфузійні розчини	1. Сорбілакт, Реосорбілакт
	Натрію сукцинат + натрію хлорид + калію хлорид + магнію хлорид	2. Реамберін
5	Корекція метаболічного ацидозу	
	Натрія бікарбонат	1. Сода буфер,
6	Препарати для лікування кислотозалежних захворювань	
	Інгібітори протонної помпи:	
	Омепразол	1. Омепразол 2. Оmez, Лосек, Омепразол, Гасек
	Пантопрозол	2. Контролок, Проксиум, Пантасан
	Езомепразол	1. Езонекс А 2. Нексиум, Езоксіум
	Рабепразол	1. Рабепразол-Здоров'я 2. Рабепразол натрія, Паріет, Онтайм, Рабелок, Рабізол, Геердін
	Лансопрозол	1. Лансопрозол, Ланцерол 2. Ланза, Ланзап, Ланзаптол, Лансопрол, Лансосандоз

	<i>H₂-блокатор гістаміну:</i>	
	Фамотидин	1. Фамотидин-Дарниця 2. Квамател
7	Антациди та обволакуючі препарати	
	Антациди	2. Маалокс, Контрацид, Альмагель, Алюмаг, Фосфолюгель, Гастал, Ренні
8	Препарати для парентерального харчування	
	Розчини амінокислот	1. Амінол, 2. Інфезол 40, Інфезол 100, Аміноплазмаль Е 10%, Гепасол–Нео, Аміносол нео 10%, Аміносол нео 15%, Аміностеріл КЕ 10%, Аміноплазмаль гепа 10%, Аміностеріл гепа 8%, Нутрифлекс
	Жирові емульсії	2. Ліпофундін МСТ/ЛСТ
	Трьохкамерні пакети (три в одному)	2. Кабівен периферичний, Кабівен центральный
9	Антитромботичні препарати	
	Беміпарин натрію	2. Цибор 2500, Цибор 3500
	Надропарін натрію	2. Фраксипарін
	Еноксапарін	1. Фленокс 2. Клексан
	Далтепарин	2. Фрагмін
10	Антибактеріальні препарати для профілактики ранової інфекції	
	Цефалоспорини першого та другого покоління	
	Цефазолін	1. Цефазолін,
	Цефуроксим	1. Кімацеф 2. Зінацеф
	<i>Захищені амінопенициліни</i>	
	Амоксицилін-клавуланат	1. Амоксил-К 2. Аугментін, Амоксиклав

	Ампіцилін-сульбактам	1. Ампісульбін 2. Уназін
	Піперацилін-тазобактам	2. Тазоцин
	Тикарцилін-клавуланат	2. Тиментин
11	Антибактеріальні препарати для системного застосування	
	<i>Карбапенеми першої групи</i>	
	Ертапенем	2. Інванз
	Карбапенеми другої групи	
	Іміпенем-циластин	2. Тіенам, Сінерпен
	Меропенем	1. Мепенам 2. Меронем, Панлактам, Ронеам, Мезонекс
	<i>Аміноглікозиди</i>	
	Амікацін	1. Аміцил 2. Амікацин, Амікін
	<i>Хінолони/фторхінолони</i>	
	Левофлоксацин	1. Флоксіум, Лефлоцин, Левофлоксацин, Лефлок 2. Таванік, Локсоф, Левофлокс, Левомак, Леволет
	Моксифлоксацин	1. Максацин 2. Авелокс, Мокифлоксацин
	Ципрофлоксацин	1. Ципролет
	<i>Лінкосаміни</i>	
	Кліндаміцин	1. Кліміцин 2. Далацин С, Кліндес
	<i>Нітроїмідазоли</i>	
	Орнідазол	1. Орнізол, Орнігіл 2. Мератин
	Метронідазол	1. Метронідазол, 2. Флагіл, Ефлоран, Метрогіл

	Оксазолідинони	
	Лінезолід	1. Лінезолідин 2. Зивокс
	Цефалоспорины	
	<i>Четвертого покоління</i>	
	Цефіпім	1. Квадроцеф 2. Цефепім, Максипім, Новапім
	<i>Третього покоління</i>	
	Цефотаксим	1. Цефотаксим-Дарниця, Цефотаксим-КМП, Цефотаксим-БХФЗ 2. Лораксим, Сефотак, Фагоцеф, Цефатоксим, Цефатоксиму натрієва сіль, Цефумакс
	Цефоперазон	1. Гепацеф
	Цефоперазон-сульбактам	1. Гепацеф Комбі, Цефосульбін, Цефоперазон плюс 2. Сульперазон
	Цефтазидим	1. Цефтум 2. Фортум
	Цефоперазон-сульбактам	1. Цефосульбін 2. Сульперазон,
	Цефтриаксон	1. Цефтриаксон-КМП, Цефтриаксон Дарниця 2. Терцеф
	<i>Другого покоління</i>	
	Цефуроским	1. Кімацеф, Цефуроским 2. Зінат, Зінацеф, Цефумакс, Цефур
12	Противірибкові препарати для системного застосування	
	Флуканазол	1. Діфлюзол 2. Мікосист, Діфлазон, Дифлюкан
	Амфотерицин В	2. Амфотерицин В

	Каспофунгін	2. Кансидаз
13	Діуретики	
	Торасемід	1. Торсид 2. Трифас, Торасемід
	Фуросемід	1. Фуросемід Дарниця 2. Лазикс
14	Препарати для ентерального харчування	
	Мономірні і олігомірні суміши	2. Пептамен (Nestle), Нутрілон Пепті (Nutricia)
	Полімерні збалансовані суміши	2. Клинутрен Оптімум (Nestle), Нутрізон порошок (Nutricia), Нутрізон Енергія (Nutricia)
	Суміши з імунонутрієнтами (глютамін, аргінін, риб'ячий жир)	2. Фрезубін Оригінал, Фрезубін Енергія, Нутрікомп стандарт нейтральний, Нутрікомп Стандарт Файбер, Нутрікомп Енергія Файбер Нейтральний, Нутрікомп Гепа, Нутрікомп Імун
15	Препарати для стимуляції кишок	
	Метоклопрамід	1. Метоклопрамід Дарниця, Метукал Здоров'я 2. Церукал
16	Протиблювотне	
	Ондасетрон	2. Осетрон
17	Корекція синдрому гемореологічної недостатності	
	Пентоксифілін	1. Пентоксифілін, Латрен

