

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение  
пациентов (взрослое население) с  
острыми гастродуоденальными  
кровотечениями при оказании  
медицинской помощи в  
стационарных условиях»

ГЛАВА 1  
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с острыми гастродуоденальными кровотечениями при язве желудка (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K25), язве двенадцатиперстной кишки (шифр по МКБ-10 – K26), пептической язве неуточненной локализации (шифр по МКБ-10 – K27).

2. Требования настоящего Клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

3. Для целей настоящего Клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. В ходе диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями решаются следующие задачи:

- оценка степени тяжести кровотечения;
- распознавание источника кровотечения и остановка кровотечения;
- восполнение кровопотери;
- лечение заболевания, осложнением которого стало кровотечение.

5. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого гастродуоденального кровотечения служат основанием для госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

6. Больничные организации здравоохранения, оказывающие специализированную медицинскую помощь пациентам с острыми гастродуоденальными кровотечениями, должны обеспечить возможность выполнения эндоскопических исследований желудка и двенадцатиперстной кишки, проведения гемотранфузии, иметь в своей структуре отделение интенсивной терапии и реанимации, а также операционные, оснащенные для выполнения операций на желудочно-кишечном тракте.

7. Все перемещения пациента с острыми гастродуоденальными кровотечениями в пределах больничной организации здравоохранения осуществляются на больничной медицинской каталке в положении лежа.

8. В приемном отделении больничной организации здравоохранения пациенты с острыми гастродуоденальными кровотечениями осматриваются дежурным врачом-хирургом в первоочередном порядке.

9. Средняя длительность лечения в стационарных условиях пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями составляет 21 - 27 календарных дней при оперативном лечении; 10 - 14 календарных дней при консервативной терапии.

## ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

10. Обязательные диагностические мероприятия:

10.1. при поступлении в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения:

10.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

10.1.2. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ), определение количества тромбоцитов);

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспаратаминотрансферазы

(далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

время свертывания крови по Ли-Уайту;

общий анализ мочи;

10.1.3. инструментальные:

эзофагогастродуоденоскопия;

электрокардиограмма;

10.1.4. ректальное исследование;

10.1.5. определение объема кровопотери;

10.2. на вторые сутки с момента поступления, а также по медицинским показаниям и при выписке из больничной организации здравоохранения:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ, определение количества тромбоцитов);

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, АсАТ, АлАТ, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

10.3. динамические (повторные) эзофагогастродуоденоскопии для контроля за эффективностью эндоскопического гемостаза и лечения гастродуоденальных язв (кратность их назначения определяется характером патологии).

11. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

определение контаминации *Helicobacter pylori* различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки;

определение кислотности желудочного сока;

определение протромбинового индекса, активированного частично тромбопластинового времени, тромбинового времени, фибриногена;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек;

обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной и брюшной полости;

рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки;

ирригоскопия;

двухэтапная зондовая или беззондовая контрастная энтерография;

тонкокишечная эндоскопия;

толстокишечная эндоскопии;

консультации смежных специалистов (врача-терапевта, врача-эндокринолога и других).

### ГЛАВА 3

## ОЦЕНКА ОБЪЕМА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

12. У пациентов с гастродуоденальными кровотечениями для определения объема кровопотери применяется трехступенная система оценки: легкая, средняя и тяжелая.

Наиболее простым и доступным является метод определения объема кровопотери по формуле Мура:

$$V = P \cdot q \cdot \left( \frac{Ht_1 - Ht_2}{Ht_1} \right),$$

где  $V$  – объем кровопотери в миллилитрах;

$P$  – вес пациента в килограммах;

$q$  – эмпирическое число, отражающее количество крови в килограмме массы (70 мл для мужчин и 65 мл для женщин);

$Ht_1$  – гематокрит в норме (для мужчин 40 - 50, для женщин 35 - 45);

$Ht_2$  – гематокрит пациента через 12 - 24 часа с момента начала кровотечения.

13. Степень тяжести кровопотери может быть определена на основе клинико-лабораторных критериев:

1 степень – легкая: объем кровопотери – около 500 мл; дефицит объема циркулирующей крови (далее – ОЦК) составляет менее 15%; частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – до 100 уд в мин; систолическое артериальное давление (далее – АД) – выше 100 мм рт. ст.; уровень гемоглобина – более 100 г/л, уровень гематокрита более 40%; количество эритроцитов – более 3,5 млн/мл;

2 степень – средней тяжести: объем кровопотери – до 1000 мл; дефицит ОЦК – 15-25%; ЧСС – 100 - 120 уд в мин; систолическое АД – 90 - 100 мм рт. ст.; гемоглобин – 80 - 100 г/л, гематокрит – 30 - 40%, число эритроцитов – 2 - 3,5 млн/мл;

3 степень – тяжелая: объем кровопотери – более 1500 мл; дефицит ОЦК – более 25%; пульс – более 120 уд в мин; систолическое АД – менее 90 мм рт. ст.; гемоглобин – менее 80 г/л, гематокрит – менее 30%, число эритроцитов – менее 2 млн/мл.

14. В начальном периоде кровотечения при определении объема кровопотери следует учитывать, что показатели уровня гемоглобина и количества эритроцитов могут быть на более высоком уровне вследствие выхода компонентов крови из тканевых депо.

15. Следует учитывать, что в результате компенсаторного спазма артериальной системы и повышения периферического сопротивления в начале массивного кровотечения систолическое артериальное давление

может быть в норме или повышаться.

16. Коллаптоидное состояние на высоте кровотечения указывает на тяжелую степень кровопотери.

17. При определении степени тяжести кровотечения следует учитывать результаты комплексной оценки клинических и лабораторных показателей, характеризующих объем кровопотери, данные об ее интенсивности и продолжительности, а также особенности индивидуальной реакции организма пациента на потерю крови.

18. Для определения стадий геморрагического шока в первые 12 часов от начала кровотечения может быть использовано определение индекса Альговера (частное от деления частоты сердечных сокращений на показатель систолического давления). В норме он не превышает 0,5 (60 уд. в мин/120 мм рт. ст.). При 1 стадии (шок угрожаемый) индекс Альговера – 0,5-1,5, при 2-3 стадии (шок манифестированный) – 1,6 и более. При значении индекса равном 1, кровопотеря, как правило, составляет около 20-35% ОЦК, более 1 – 30-50% ОЦК.

Оценка степени тяжести кровопотери может быть проведена и другими методами.

#### ГЛАВА 4 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

19. Эндоскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки занимает ведущее место в диагностике и прогнозировании результатов лечения острых гастродуоденальных кровотечений.

20. Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых гастродуоденальных кровотечениях следует считать первоочередным мероприятием. Оно должно выполняться квалифицированным специалистом с круглосуточной организацией работы эндоскопического кабинета (отделения) больничной организации здравоохранения.

21. При кровопотере легкой степени и при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии эндоскопия выполняется в условиях эндоскопического кабинета (отделения).

При кровопотере тяжелой и средней степени тяжести диагностическая и лечебная эндоскопия выполняется в условиях операционной с непосредственным участием в оказании медицинской помощи пациенту врача-анестезиолога-реаниматолога.

Медицинскими противопоказаниями для эндоскопии являются агональное состояние пациента, а также острое нарушение мозгового

кровообращения и острый период инфаркта миокарда. Вместе с тем, по заключению врачебного консилиума по жизненным показаниям с целью остановки кровотечения эндоскопическим способом, лечебная эндоскопия с обязательным участием врача-анестезиолога-реаниматолога может быть выполнена в операционной пациентам с инфарктом миокарда, инсультом и другой тяжелой сопутствующей патологией.

О результатах диагностической и лечебной эндоскопии врач-эндоскопист должен незамедлительно поставить в известность (подтверждается записью в медицинских документах) персонально дежурного врача-хирурга в ночное время, заведующего хирургическим отделением и сотрудника хирургической кафедры клинической организации здравоохранения в дневное время. После повторного экстренного осмотра (подтверждается записью в медицинских документах) они определяют дальнейшую тактику ведения пациента.

22. Для выполнения эндоскопии при острых гастродуоденальных кровотечениях больничная организация здравоохранения должна быть оснащена следующим минимальным набором медицинских изделий:

гастроинтестинальный фибро- или видеоэндоскоп с торцевым расположением оптического окна (возможно со скошенной оптикой  $30^{\circ}$  и  $45^{\circ}$ ), источник света, эндоскопическая аспирационная помпа;

электрохирургический генератор и различные виды зондов для монополярной и биполярной коагуляции;

инъекционные иглы (одноразового или многоразового применения) различной длины, соответствующие диаметру инструментального канала эндоскопа (необходим дистальный колпачок).

23. Методика выполнения диагностической эндоскопии у пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями:

при минимальной инсуффляции аппарат проводится в двенадцатиперстную кишку (наиболее частая локализация источника кровотечения), которая детально осматривается. Оценивается содержимое пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, количество и характер крови, расположение сгустков. Детальный осмотр проводят обычно и в обратном порядке: двенадцатиперстная кишка, желудок, пищевод;

кровотечение из субкардиального отдела желудка должно быть исключено при обязательном инверсионном осмотре свода и субкардии;

в результате исследования врач-эндоскопист должен осмотреть и описать состояние пищевода, всех отделов (кардии, антрального отдела, тела и свода) желудка и двенадцатиперстной кишки;

выявление причины кровотечения в желудке не должно служить основанием для прекращения осмотра двенадцатиперстной кишки, так как не исключаются несколько источников кровотечения.

При необходимости могут быть использованы дополнительные

приемы:

изменение положения тела пациента; на животе – осматривается задняя стенка, на спине – передняя стенка, с приподнятым головным концом – кардиальный, субкардиальный отделы и свод желудка;

при помощи шприца через инструментальный канал эндоскопа вводится 30-60 мл воды и прицельно отмывается место предполагаемого источника кровотечения с последующей аспирацией содержимого из просвета органа.

При язве желудка во время первичной или повторной эндоскопии обязательна биопсия из края язвы (3-5 кусочков) с последующим гистологическим исследованием.

24. Эндоскопическое исследование регистрируется протоколом в медицинской карте стационарного пациента и регистрационном журнале эндоскопического кабинета (отделения).

В протоколе эндоскопического исследования:

следует указать дату, время, продолжительность и особенности проведения исследования (в операционной, в эндоскопическом кабинете, в положении пациента на спине, на боку, на животе и другие);

последовательно описать состояние пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (просвет, содержимое, стенка, перистальтика, слизистая, очаг поражения и характер кровотечения), а также анатомо-физиологические сужения – кардия и пилорус;

завершить протокол исследования заключением врача-эндоскописта.

Для язвенных кровотечений описание источника кровотечения (язвы) должно включать следующие характеристики:

уровень (желудок, двенадцатиперстная кишка; при необходимости расстояние от кардии и пилоруса);

локализация (угол желудка, большая или малая кривизна, передняя или задняя стенка и другие);

количество (одиночные или множественные; по возможности указать точное количество);

форма (круглая, овальная, линейная, неправильная и другая);

размер (в сантиметрах): точечные, малые, средние, большие, гигантские;

дно или кратер (покрыто фибрином, вязкой слизью, некротическое, с признаками кровотечения, покрыто сгустком или струпом, сосуд в дне язвы);

край (плоский, высокий, ровный, бугристый, нечеткий, с петехиями, кровоточащий и другие характеристики);

окружающие ткани (слизистая нормальная, гиперемированная, отечная, инфильтрированная, конвергенция складок).

При эндоскопии, кроме описания источника кровотечения,

фиксируются следующие данные: наличие крови в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке; ее количество и характер; признаки кровотечения (артериальное кровотечение, пульсация крови из сосуда, подтекание венозной крови, свежий сгусток, красный тромб, тромб в состоянии ретракции, тромбированный сосуд (его диаметр)); гематома вокруг источника кровотечения; имбибиция гемосидерином окружающих тканей и другие.

25. Все острые гастродуоденальные кровотечения следует делить на продолжающиеся и состоявшиеся со стабильным и нестабильным гемостазом.

Основными эндоскопическими признаками продолжающегося кровотечения являются:

- струйное кровотечение из дна либо края язвы;
- диффузное либо локализованное поступление (подтекание) крови из дна или краев язвы;
- кровотечение из-под сгустка, прикрывающего язву;
- наличие свежей артериальной или венозной крови в просвете желудка или двенадцатиперстной кишки, накапливающейся, несмотря на аспирацию, без видимого источника кровотечения.

Состоявшимся является любое кровотечение, при котором нет поступления крови в просвет желудка и двенадцатиперстной кишки во время эндоскопического исследования. Оно характеризуется степенью надежности гемостаза (стабильный или нестабильный).

Основными эндоскопическими признаками состоявшегося кровотечения, стабильного гемостаза являются:

- отсутствие следов крови в желудке и двенадцатиперстной кишке;
- дно язвы покрыто фибрином;
- наличие мелких тромбированных сосудов (в виде черных точек) на дне язвы или по краю ее;
- дно язвы покрыто солянокислым гематином (черный цвет дна язвы).

Основными эндоскопическими признаками состоявшегося кровотечения, нестабильного гемостаза являются:

- контактная кровоточивость краев язвы при наличии в дне тромбированного сосуда и крови со сгустками в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки;
- язва с фиксированным сгустком-тромбом различного цвета (от красного до черного) при наличии в желудке «кофейной гущи» или без нее;
- язва с тромбированным сосудом на дне либо по ее краю;
- через дно язвы просвечивается розовый (красный) артериальный сосуд;
- наличие в дне язвы рыхлого сгустка крови красного цвета.



26. Наличие любого из клинических или эндоскопических признаков нестабильного гемостаза, а также их сочетание служат основанием для общего заключения о нестабильном гемостазе.

27. Дополнительными факторами риска рецидива кровотечения являются:

размеры язвы: для двенадцатиперстной кишки – более 1 см, желудка – более 2 см;

глубина язвы – более 0,3 см;

язвы с «неблагоприятной локализацией» – расположение язвы в бассейне нахождения крупных сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки (субкардия, верхняя треть желудка, зона малой кривизны, задняя стенка луковицы, в проекции правой и левой желудочных артерий, панкреатодуоденальной артерии).

28. Основной задачей лечебной эндоскопии является окончательная или временная остановка кровотечения. Для этого могут быть использованы следующие основные методы эндоскопического гемостаза: инъекционный, диатермокоагуляция, лазерная фотокоагуляция, клипирование, местное орошение язвенных дефектов пленкообразующими лекарственными средствами и другие. Для инъекционного эндоскопического гемостаза могут быть использованы: полидоканол, 70° этиловый спирт и другие лекарственные средства.

29. По медицинским показаниям диагностическая и лечебная эндоскопия выполняются под общей анестезией.

## ГЛАВА 5 ТАКТИКА ВРАЧА-ХИРУРГА ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

30. Лечение острых гастродуоденальных кровотечений всегда начинается с консервативной терапии (в первую очередь инфузионно-трансфузионной), которая проводится параллельно с обследованием пациента. Инфузионная терапия включает:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие растворы), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроксиэтилкрахмал, желатин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса).

31. Пациенты с тяжелой и средней степенью тяжести кровопотери в первые минуты поступления в больничную организацию здравоохранения в сопровождении врача-хирурга приемного отделения направляются в

операционную с немедленным вызовом туда врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-эндоскописта и ответственного дежурного врача-хирурга. Проводится экстренно катетеризация центральной вены и начинается инфузионная терапия. Выполняется экстренная эзофагогастродуоденоскопия с попыткой эндоскопического гемостаза.

32. Пациенты с легкой степенью кровопотери и компенсированным состоянием функций жизненно важных органов и систем в кратчайшие сроки направляются в эндоскопический кабинет (отделение), где им выполняется диагностическая и, по медицинским показаниям, лечебная эндоскопия. Они госпитализируются в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

33. В отделение интенсивной терапии и реанимации по заключению врачебного консилиума из операционной и эндоскопического кабинета переводятся пациенты с остановленным кровотечением, независимо от возраста с наличием субкомпенсации и декомпенсации функций жизненно важных органов и систем.

34. При продолжающемся кровотечении и при неэффективности эндоскопического гемостаза показана экстренная операция.

35. При декомпенсации функций жизненно важных органов и систем в силу тяжелых сопутствующих заболеваний заключением врачебного консилиума (врач-хирург, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-терапевт и другие) с обязательным участием представителя администрации больничной организации здравоохранения у крайне тяжелых пациентов с нестабильным гемостазом операция может быть признана непереносимой и лечение может быть продолжено консервативными методами. В состав врачебного консилиума в клинических организациях здравоохранения должен быть включен сотрудник кафедры хирургии. О таких случаях должен быть немедленно информирован главный специалист главного управления, управления (отдела) здравоохранения областного исполнительного комитета или Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета.

36. Медицинским показанием к экстренной операции является также рецидив кровотечения, который возник в отделении больничной организации здравоохранения, независимо от времени начала предыдущего кровотечения. У пациентов с высокой степенью операционного риска по заключению врачебного консилиума может быть выполнен повторный эндоскопический гемостаз и продолжено лечение консервативными методами.

37. Риск рецидива кровотечения из хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов без тяжелых сопутствующих заболеваний с состоявшимся кровотечением, несмотря на выполнение эндоскопического гемостаза, служит основанием для проведения

интенсивной терапии в течение суток с последующим оперативным лечением по срочным медицинским показаниям.

38. При состоявшемся кровотечении у пациентов с декомпенсированными формами сопутствующих заболеваний предпочтительно консервативное лечение. Операция у них может быть выполнена по жизненным показаниям.

39. При кровотечениях легкой степени и состоявшемся стабильном гемостазе при отсутствии медицинских показаний для оперативного лечения целесообразно наблюдение в хирургическом отделении больничной организации здравоохранения не менее 6 суток с обязательным эндоскопическим контролем при выписке.

40. Пациенты с состоявшимся кровотечением и стабильным гемостазом при наличии медицинских показаний должны быть оперированы после полной нормализации гомеостаза и детального обследования в плановом порядке через 12 - 14 календарных дней после поступления в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения. Вопрос о характере оперативного вмешательства у таких пациентов и методах консервативного лечения решается в соответствии с принципами лечения неосложненных хронических пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

## ГЛАВА 6 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

41. В предоперационном периоде пациентам выполняется антибиотикопрофилактика: за 30 - 40 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно однократно вводится один из цефалоспориновых антибиотиков III-IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим).

42. Операция выполняется под общей анестезией, используя, как правило, доступ «срединная лапаротомия».

43. Объем оперативного вмешательства индивидуален и определяется следующими обстоятельствами: характером патологического процесса, функциональным состоянием пациента.

44. При язвах желудка может быть выполнена резекция желудка в различных модификациях: дистальная (по Бильрот-1, Бильрот-2, с выключенной петлей по Ру), пилоросохраняющая, проксимальная, или другой ее вид. При крайне высокой степени операционного риска может быть выполнено иссечение язвы или прошивание сосуда в язве.

45. При язве двенадцатиперстной кишки радикальными операциями следует считать резекцию желудка (различные ее виды) и ваготомию.

Среди различных видов ваготомий предпочтение отдается селективной проксимальной ваготомии с иссечением язвы и дуоденопластикой. Паллиативные операции (иссечение язвы, выведение язвы за пределы просвета двенадцатиперстной кишки, прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы) допустимы только у пациентов с высокой степенью операционного риска и должны быть обоснованы в медицинских документах.

46. При выполнении операций на желудке и двенадцатиперстной кишке целесообразно использовать:

электорокоагуляцию (предпочтителен микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов; сшивающие аппараты для наложения линейного шва и анастомоза (предпочтительны металлические сшивающие аппараты второго поколения с одноразовыми кассетами).

## ГЛАВА 7 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

47. В послеоперационном периоде пациентам с острыми гастродуоденальными кровотечениями назначается:

47.1. антибактериальная терапия – цефалоспорины III-IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем);

47.2. анальгетики – наркотические, ненаркотические;

47.3. коррекция метаболических нарушений – базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы; сбалансированные полиионные растворы; растворы аминокислоты для внутривенного введения; жировые эмульсии; по показаниям препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроксиэтилкрахмал, желатин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса);

47.4. парентеральное питание в течение 2 - 5 суток после операции;

47.5. зондовое питание: первые 24 - 48 часов после операции при отсутствии застоя в желудке и кишечнике в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание, увеличивая скорость введения каждые последующие сутки на

25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл лечебного питания в течение 18-20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы);

47.6. симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям;

47.7. после эндоскопического гемостаза (начинается в первые часы поступления пациента в больничную организацию здравоохранения) и при паллиативных операциях обязательно назначение курсов противоязвенной терапии и эрадикации *Helicobacter pylori*:

при невозможности приема перорально назначают внутривенно ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол) не менее 9 дней;

при возможности приема лекарственных средств перорально назначают антациды (препараты, содержащие гидроокись алюминия и магния);

при возможности приема лекарственных средств внутрь назначают стандартную тройную терапию – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозировке 2 раза в день в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день) и амоксициллином (1000 мг 2 раза в день за 30 минут до еды) 7, 10 или 14 дней, либо эта же схема с двойной дозировкой ингибитора протонной помпы (омепразол) – 7 дней (при непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда вместо амоксициллина следует использовать метронидазол 500 мг 2 раза в день во время еды), или назначают последовательную терапию – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день плюс амоксициллин 1000 мг 2 раза в день – 5 дней, затем ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день) и тинидазолом или метронидазолом (500 мг 2 раза в день) – 5 дней.

47.8. терапия 2-й линии включает в себя квадротерапию на основе лекарственных средств висмута – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с препаратами коллоидного субцитрата висмута (120 мг 4 раза в день за 20-30 минут до еды) и тетрациклином (500 мг 4 раза в день до еды), а также метронидазолом (500 мг 3 раза в день во время еды) – 7, 10 или 14 дней;

47.9. терапия 3-й линии включает в себя тройную терапию с левофлоксацином – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с левофлоксацином (500 мг 2 раза в день) и амоксициллином 1000 мг 2 раза

в день – 10 дней.

48. Противоязвенное лечение, начатое в хирургическом отделении больничной организации, должно быть продолжено в амбулаторных условиях под наблюдением врача-гастроэнтеролога.