

# Острые неварикозные верхние гастроинтестинальные кровотечения: современная диагностическая и лечебная тактика

И.Л. Кляритская, Ю.А. Мошко, В.В. Кривой, Е.В. Максимова, И.Д. Крутиков

## Acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: modern diagnostic and therapeutic strategy

I.L. Kliaritskaia, Y.A. Moshko, V.V. Kryvy, E.V. Maksimova, I.D. Krutikov

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

**Ключевые слова:** кровотечение гастроинтестинальное, диагностика, лечение, эндоскопические методы

### Резюме

Острые неварикозные верхние гастроинтестинальные кровотечения: современная диагностическая и лечебная тактика

И.Л. Кляритская, Ю.А. Мошко, В.В. Кривой, Е.В. Максимова, И.Д. Крутиков

Острое кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта без варикозного расширения вен, или острое неварикозное верхнее гастроинтестинальное кровотечение (ОНВВГИК) можно охарактеризовать как кровотечение, которое развивается в пищеводе, желудке или проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки. Пептические язвы, вызванные инфекцией *Helicobacter pylori* или приемом НПВП или низких доз аспирина, являются наиболее частой причиной. Благодаря значительным достижениям в профилактике и лечении ОНВВГИК за последние 20 лет, заболеваемость и смертность, связанные с ОНВВГИК, снижаются. Однако эта патология до сих пор остается важной клинической проблемой. Например, заболеваемость в США в 2012 г составляла 67 на 100 000 человек. ОНВВГИК требуют неотложной медицинской помощи, поскольку смертность при этих состояниях составляет от 1 до 5%. После проведения реанимационных мероприятий и первоначальной оценки ранняя (в течение 24 часов) диагностическая и лечебная эндоскопия вместе с внутрижелудочным контролем pH с помощью ингибиторов протонной помпы (ИПП) составляют основу врачебной тактики при ОНВВГИК. С ростом популяции пожилых лиц, постоянно получающих антиагреганты или антикоагулянты препараты, ведение пациентов с ОНВВГИК усложняется, поскольку необходимо сбалансировать риск между желудочно-кишечными кровотечениями и сердечно-сосудистыми осложнениями.

**Кляритская Ирина Львовна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского», kliga3@yandex.ru, 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

**Мошко Юрий Александрович**, кандидат медицинских наук, доцент ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского», кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины), доцент, кандидат медицинских наук E-mail: crimtj@mail.ru

**Кривой Валерий Валентинович**, ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского», кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины), доцент, кандидат медицинских наук, E-mail: valeriy-krivoy@mail.ru

**Максимова Елена Владимировна**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского», HelenMaksimovatt@mail.ru, 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

**Крутиков Илья Дмитриевич**, студент 5го курса Ростовский государственный медицинский университет, i.krutikov@icloud.com

Наилучшим профилактическим подходом у лиц с повышенным риском развития ОНВВГИК может быть выявление факторов риска и профилактика кровотечения. Тактика лечения включает непрерывное назначение ИПП в высоких дозах и, при выявлении *H. pylori*, его эрадикацию. У пациентов с риском ОНВВГИК, которые получают НПВП или низкие дозы аспирина, также показано применение ИПП и/или применение селективных ЦОГ-2 НПВП.

В статье рассмотрены эндоскопические методы диагностики и лечения ОНВВГИК, в том числе инъекции адреналина или склерозантов, биполярная электрокоагуляция, диатермокоагуляция, биполярные кровоостанавливающие щипцы, гемостатические материалы, гемоклипы или эндо-клипы, применение гемостатического порошка и спрея; охарактеризована их эффективность при ОНВВГИК в соответствии с рекомендациями ESGE.

Ключевые слова: кровотечение гастроинтестинальное, диагностика, лечение, эндоскопические методы

## Abstract

### Acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage modern diagnostic and therapeutic strategy

*I.L. Kliaritskaia, Y.A. Moshko, V.V. Kryvy, E.V. Maksimova, I.D. Krutikov*

For several decades, endoscopy has been the main method for assessing and treating upper gastrointestinal bleeding.

Acute upper gastrointestinal bleeding without varicose veins, or acute non-varicose upper gastrointestinal bleeding (AUNVGIIH), can be characterized as bleeding that originates in the esophagus, stomach, or proximal duodenum. Peptic ulcers caused by *Helicobacter pylori* infection or NSAIDs or low-dose aspirin are the most common cause. Due to significant advances in the prevention and treatment of AUNVGIIH over the past 20 years, morbidity and mortality associated with AUNVGIIH are declining. However, this pathology still remains a clinical problem. For example, the incidence in the United States in 2012 was 67 per 100,000 people. NVUHIH require urgent medical care, since the mortality rate for these conditions is from 1 to 5%. After resuscitation and initial assessment, early (within 24 hours) diagnostic and therapeutic endoscopy, together with intragastric pH control with proton pump inhibitors (PPIs), form the basis of medical management in AUNVGIIH. With an increasing population of older people chronically treated with antiplatelet or anticoagulant drugs, the management of patients with AUNVGIIH becomes more challenging as the risk of gastrointestinal bleeding and cardiovascular events must be balanced.

The best prophylactic approach in individuals at increased risk of developing AUNVGIIH may be to identify risk factors and prevent bleeding. Treatment tactics include continuous high-dose PPIs and, if *H. pylori* is detected, its eradication. PPIs and/or selective COX-2 NSAIDs are also indicated in patients at risk of AUNVGIIH who are receiving NSAIDs or low-dose aspirin.

The article discusses endoscopic methods for the diagnosis and treatment of AUNVGIIH, including injections of adrenaline or sclerosants, bipolar electrocoagulation, diathermocoagulation, bipolar hemostatic forceps, hemostatic materials, hemoclips or endoclips, the use of hemostatic powder and spray; their efficacy in AUNVGIIH was characterized in accordance with the ESGE recommendations.

Keywords: gastrointestinal bleeding, diagnosis, treatment, endoscopic techniques

Острое кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта без варикозного расширения вен, или острое неварикозное верхнее гастроинтестинальное кровотечение (ОНВВГИК) — это кровотечение, которое развивается в пищеводе, желудке или проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки. Наиболее частой причиной этой патологии являются пептические язвы, вызванные инфекцией *Helicobacter pylori* и приём НПВП или низких доз аспирина. Несмотря на то, что, благодаря достижениям в профилактике и лечении ОНВВГИК за последние 20 лет, заболеваемость и смертность, связанные с ОНВВГИК, снижаются, эта патология остается серьёзной клинической проблемой. Например, заболеваемость ОНВВГИК в США в 2012 г. составляла 67 на 100 000 человек. ОНВВГИК требуют неотложной медицинской помощи, так как

смертность при этом состоянии составляет от 1 до 5%. С ростом популяции пожилых лиц, получающих антитромбоцитарные или антикоагулянтные препараты, лечение ОНВВГИК усложняется, поскольку необходимо балансировать риск между желудочно-кишечными кровотечениями и сердечно-сосудистыми осложнениями.

Верхние острые гастроинтестинальные кровотечения клинически обычно проявляются кровавой рвотой, меленой, а в случае профузных кровотечений — даже гематокезией, тяжёлым общим состоянием больного, нарушениями гемодинамического статуса пациента и требуют неотложных диагностических и лечебных мероприятий.

Наша статья посвящена обзору текущих методов обследования и лечения гастроинтестинальных неварикозных кровотечений эндоскопическими ме-

годами. Одним из наиболее важных источников по данной проблеме являются обновлённые рекомендации ESGE от 2021 года [1]. Приведенные в нашей статье рекомендации опираются в первую очередь на этот источник.

Ниже мы приводим некоторые наиболее значимые этиологические факторы ОНВВГИК.

### **Этиологические факторы острых неварикозных верхних гастроинтестинальных кровотечений (ОНВВГИК)**

#### **Острые верхние гастроинтестинальные кровотечения, причиной которых являются язвы**

Кровотокающие пептические язвы являются этиологическим фактором большинства случаев острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [2]. Н. pylori вызывает нарушение слизистого барьера и оказывает прямое воспалительное действие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки. Обычно кровотечение начинается из видимого сосуда, диаметр которого колеблется от 0,3 до 1,8 мм.

#### **ОНВВГИК, связанные с рвотой**

Рвота любой этиологии может привести к разрыву слизистой оболочки нижнего отдела пищевода или верхнего отдела желудка. Тяжесть кровотечения определяется глубиной разрыва. В редких случаях рвота может привести к полному разрыву стенки пищевода (синдром Бурхаве), ведущему к кровотечению, попаданию воздуха в средостение, левостороннему плевральному выпоту или инфильтрату левого легкого и подкожной эмфиземе.

#### **Синдром Мэллори-Вейса**

На разрывы при синдроме Мэллори-Вейса приходится 8-15% острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ [3, 4]. Kenneth Mallory и Soma Weiss впервые описали этот синдром в 1929 году [5]. Иногда массивный ОНВВГИК возникает в результате разрыва слизистой оболочки кардиального отдела желудка. При синдроме Мэллори-Вейса вследствие сильной рвоты возникают линейные разрывы слизистой оболочки. Они могут также быть следствием позывов на рвоту или сильного кашля. Все эти факторы создают быстрое увеличение градиента между внутрижелудочным и внутригрудным давлением, что приводит к разрыву слизистой оболочки желудка или нижней части пищевода из-за сильного растяжения желудочно-пищеводного перехода [6]. В 80-90% случаев это единичный разрыв слизистой оболочки размером от 1,75 до 2,5 см по малой кривизне желудка дистальнее желудочно-пищеводного

перехода. [5].

### **Острое стресс-ассоциированное заболевание слизистой оболочки при ОНВВГИК, или стрессовая язва**

Острое заболевание слизистой оболочки, связанное со стрессом, или стрессовая язва, возникает в результате предрасполагающих клинических состояний, которые нарушают локальный защитный барьер слизистой оболочки и влияют на такие факторы защиты, как слизь, бикарбонаты, кровоток и синтез простагландинов. Любой патологический процесс, нарушающий баланс этих факторов, приводит к развитию эрозий и язв слизистой оболочки желудка.

Основными патогенетическими механизмами здесь являются снижение кровотока слизистой оболочки внутренних органов и изменение кислотности желудка.

Стрессовые язвы чаще всего наблюдаются у пациентов, перенесших шок, множественные травмы, острый респираторный дистресс-синдром, острую почечную недостаточность или сепсис.

#### **Синдром Дъелафуа при ОНВВГИК**

Синдром Дъелафуа, назван в честь французского хирурга Paul Georges Dieulafoy, описавшего это состояние в 1898 году. Этот синдром представляет собой сосудистую мальформацию проксимального отдела желудка, обычно в пределах 6 см от желудочно-пищеводного перехода по малой кривизне желудка. Однако он может наблюдаться в любом месте желудочно-кишечного тракта. На это поражение приходится от 2 до 5% острых эпизодов ОНВВГИК [7].

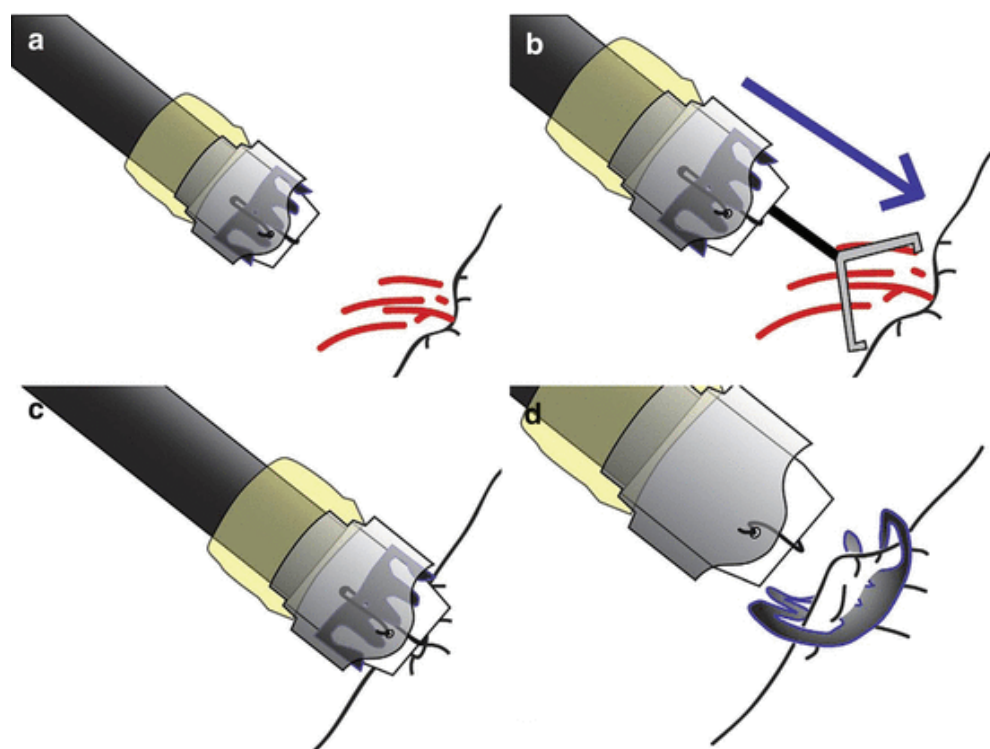
Эндоскопически это поражение выглядит как крупный изъязвленный подслизистый сосуд. Из-за большого размера сосуда кровотечение может быть массивным. Разрыв сосуда обычно происходит на фоне хронического гастрита, употребление алкоголя связано с поражением Дъелафуа.

В обзоре 149 случаев установлено, что поражение Дъелафуа в основном возникало у мужчин в возрасте от среднего и пожилого возраста [8].

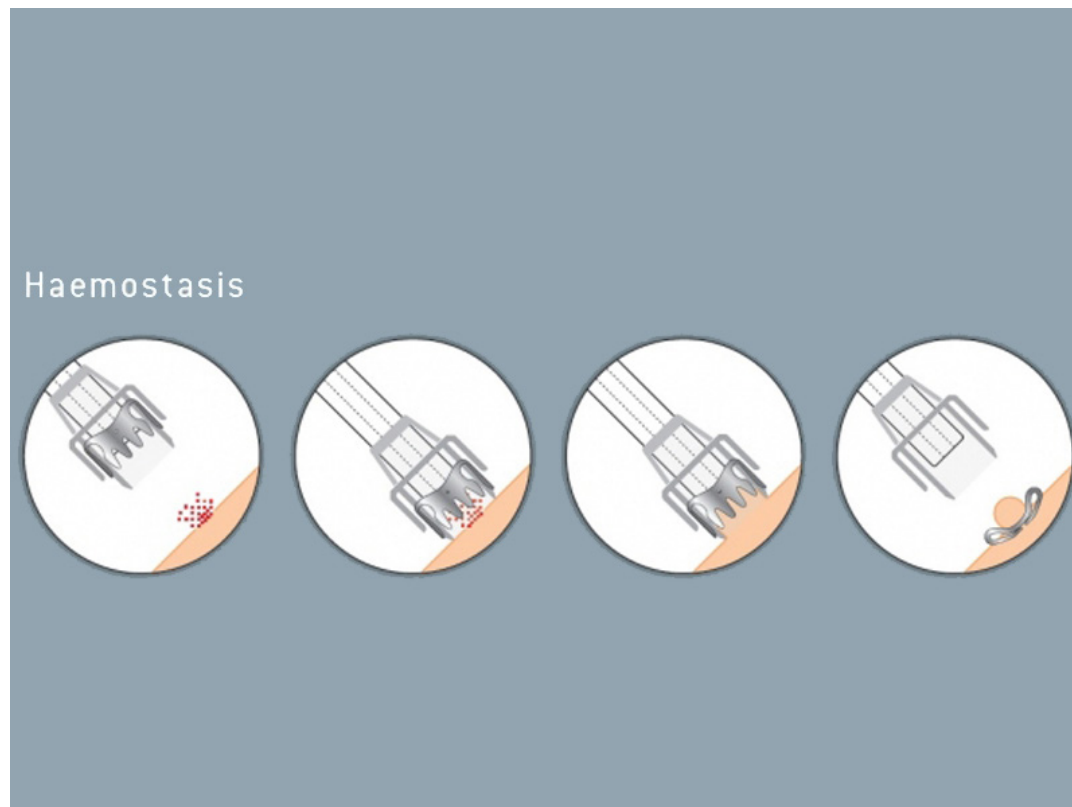
#### **Приём НПВП и развитие ОНВВГИК**

НПВП часто вызывают язву желудка и двенадцатиперстной кишки. Патогенетическим механизмом является ингибирование циклооксигеназы, что вызывает снижение синтеза простагландинов слизистой оболочки и приводит к нарушению защиты слизистой оболочки. Установлено, что ежедневное использование НПВП вызывает примерно 40-кратное увеличение риска образования язвы желудка и 8-кратное повышение риска образования язвы двенадцатиперстной кишки [9].

Длительное применение НПВП приводит к 20%-ной частоте развития изъязвления слизистой обо-



**Рис 1. Остановка язвенного кровотечения при помощи системы клипирования Over The Scope Clip (OTSC) Ovesco Endoscopy AG [19]**



**Рис 2. Методика проведения гемостаза при ООНВВИК с применением системы клипирования Over The Scope Clip (OTSC) Ovesco Endoscopy AG [20]**

лочки ЖКТ [10].

Ряд обсервационных исследований, рандомизированных клинических исследований и мета-анализов подтверждают тот факт, что ранняя эндоскопическая гемостатическая терапия значительно снижает частоту рецидивирующих кровотечений, потребность в неотложной хирургии и смертность у пациентов с ОНВВГИК. Этот эффект наиболее выражен у пациентов с высоким риском кровотечений [11-16].

Затрудняют эндоскопическое лечение ОНВВГИК такие факторы, как пожилой возраст пациентов, наличие у них сопутствующей патологии и применение ими антитромботических и антикоагулянтных средств. Это усложнение компенсируется появлением современных эндоскопических технологий и применением методов лечения, основанных на доказательной медицине. Тем не менее, смертность от кровотечений из пептических язв пока остаётся значительной [17, 18].

### ***Мероприятия, проводимые перед эндоскопическим лечением***

#### **Первоначальная оценка пациента и гемодинамическая реанимация**

Пациенту с острым кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта необходимо немедленно провести оценку его гемодинамического статуса, а затем следует быстро восполнить внутрисосудистый объём. Если у него наблюдается гемодинамическая нестабильность, то вначале следует вводить кристаллоидные растворы.

#### **Тактика переливания эритроцитов**

При ОНВВГИК могут использоваться две тактики переливания эритроцитарной массы. 1) Ограничительная трансфузионная тактика направлена на поддержание минимального уровня гемоглобина (обычно от 70 г/л до 90 г/л) с триггером для начала переливания, когда гемоглобин падает ниже 70 г/л.

2) Либеральная трансфузионная тактика направлена на поддержание более высокого уровня гемоглобина (обычно от 100 г/л до 120 г/л, с порогом для начала переливания, когда гемоглобин падает ниже 100 г/л).

При развитии у пациента ОНВВГИК и отсутствии у него сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе гемодинамически стабильным пациентам ESGE рекомендует рестриктивную стратегию переливания эритроцитов. Посттрансфузионная целевая концентрация гемоглобина при ОНВВГИК составляет 70-90 г/дл.

Гемодинамически стабильным пациентам при ОНВВГИК и наличии сопутствующих острых или хронических сердечно-сосудистых заболеваниях, показана более либеральная стратегия перелива-

ния эритроцитов. Здесь пороговым значением гемоглобина, требующим начала переливания эритроцитарной массы, ESGE предлагает считать уровень  $\leq 80$  г/л. Целевая концентрация гемоглобина после переливания желательна  $\geq 100$  г/л.

### **Стратификация риска пациента**

При острых верхних гастроинтестинальных кровотечениях для предэндоскопической стратификации риска рекомендовано использование шкалы Глазго-Блатчфорда (Glasgow-Blatchford Bleeding Score, GBS). Пациенты с GBS  $\leq 1$  имеют очень низкие риски повторного кровотечения, смертности в течение 30 дней или потребности в госпитализации. Таких больных можно безопасно лечить в амбулаторных условиях.

### **Тактика при ОНВВГИК у пациентов, применяющих антитромботические препараты (антиагреганты и антикоагулянты)**

Пациентам с острыми ОНВВГИК, которые принимают низкие дозы аспирина в качестве монотерапии с целью первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, прием аспирина следует временно прекратить. Возобновить прием аспирина можно после тщательной переоценки его клинических показаний.

Пациентам с острыми ОНВВГИК, которые принимают низкие дозы аспирина в качестве монотерапии для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, прием аспирина прерывать не следует. Если по какой-либо причине прием аспирина был прерван, его следует возобновить как можно скорее, предпочтительно в течение 3-5 дней.

У пациентов с ОНВВГИК, получающих двойную антитромбоцитарную терапию для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, прием аспирина не следует прерывать. Прием второго антитромбоцитарного препарата следует временно прекратить, но возобновить его как можно скорее, предпочтительно в течение 5 дней. Таким больным также рекомендуется консультация кардиолога.

Больным с ОНВВГИК, принимающим антиагреганты, не рекомендуется рутинное переливание тромбоцитов.

Больным с ОНВВГИК ESGE не рекомендует применение транексамовой кислоты.

Пациентам со стабильной гемодинамикой, принимающим антагонисты витамина К, у которых развилось ОНВВГИК, следует отменить антикоагулянты.

Больным с ОНВВГИК, принимающим антагонисты витамина К, у которых наблюдается нестабильность гемодинамики, следует вводить низкие дозы витамина К, в сочетании с применением свежезамороженной плазмы. Вместе с тем, все эти мероприятия не должны приводить к отсрочке эндоскопиче-



**Рис. 3. Система для клипирования Over The Scope Clip (OTSC) Ovesco-Endoscopy с колпачком (cap-mounted clip).**



**Рис. 4. Эндоскопическая клипса для остановки кровотечений Over The Scope Clip (OTSC) Ovesco Endoscopy AG**

ского исследования, и, при необходимости, эндоскопического гемостаза.

У пациентов с острым ОНВВГИК, принимающих прямые пероральные антикоагулянты, такие, как дабигатран (Pradaxa), ривароксабан (Xarelto), апиксабан (Eliquis), эдоксабан (Savausa), бетриксабан (Bevухха), следует воздержаться от их приема и не откладывать проведение эндоскопии. При тяжёлом продолжающем кровотечении следует рассмотреть возможность использования препаратов для реверсии действия прямых пероральных антикоагулянтов, например, препарата Idarucizumab (Praxbind), или Andexanet alfa (Andexxa). Как альтернативную тактику можно использовать внутривенное введение концентрата протромбинового комплекса

(Протромплекс 600).

### **Лечение ингибиторами протонной помпы (ИПП) при ОНВВГИК**

Для пациентов с ОНВВГИК ESGE предлагает проводить предэндоскопическую терапию высокими дозами внутривенных ингибиторов протонной помпы чтобы смягчить эндоскопические стигмы и, таким образом, уменьшить потребность в эндоскопическом лечении. Однако применение ИПП не должно задерживать проведение эндоскопического исследования и лечения.

## Соматостатин и аналоги соматостатина

Больным с ОНВВГИК не рекомендуется применение соматостатина и его аналога октреотида.

## Аспирация через назогастральный/орогастральный зонд и промывание

Рутинное использование назогастральной или орогастральной аспирации/лаважа у пациентов с острой ОНВВГИК не рекомендуется.

## Эндотрахеальная интубация

Рутинное применение профилактической эндотрахеальной интубации с целью защиты дыхательных путей, которая бы предшествовала эндоскопическому исследованию у пациентов с ОНВВГИК, не рекомендуется.

Профилактическая эндотрахеальная интубация для защиты дыхательных путей перед эндоскопией верхних отделов ESGE рекомендуется только отдельным пациентам с ОНВВГИК, имеющим соответствующие показания, например, пациентам с продолжающейся активной кровавой рвотой, возбуждением или энцефалопатией, а также при невозможности адекватно контролировать проходимость дыхательных путей.

## Прокинетики препараты

В некоторых европейских странах в качестве прокинетики используют эритромицин. ESGE рекомендует внутривенное введение эритромицина перед эндоскопией у отдельных пациентов с клинически тяжелым или текущим активным ОНВВГИК.

## Эндоскопическое лечение

### Сроки проведения эндоскопии верхних отделов ЖКТ

ESGE рекомендует следующие определения сроков проведения эндоскопии верхних отделов ЖКТ: срочное  $\leq 12$  часов, раннее  $\leq 24$  часов и отсроченное  $> 24$  часов.

После восстановления гемодинамики пациента ESGE рекомендует проводить раннюю ( $\leq 24$  часов) эндоскопию верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Срочная ( $\leq 12$  часов) эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта при ОНВВГИК не рекомендуется, так как по сравнению с ранней эндоскопией результаты лечения пациентов не улучшаются.

Также не рекомендуется проведение экстренной ( $\leq 6$  часов) эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, так как это может привести к осложнениям.

## Эндоскопическая диагностика

У всех пациентов с ОНВВГИК из пептической язвы, для дифференциации эндоскопических стигм низкого и высокого риска следует использовать классификацию Forrest.

При наличии пептических язв со струйным кровотечением или просачиванием крови кровотечением (FIa и FIb, соответственно) или с некровоточащим видимым сосудом (FIIa) рекомендуется проведение эндоскопического гемостаза, поскольку эти поражения имеют высокий риск персистирующего или рецидивирующего кровотечения.

При пептических язвах с тромбом-«часовым» (FIIb) ESGE рекомендует эндоскопическое удаление тромба. После удаления сгустка любое выявленное активное кровотечение (FIa или FIb) или некровоточащий видимый сосуд (FIIa) следует подвергнуть эндоскопическому гемостазу.

Не рекомендуется проводить эндоскопический гемостаз у пациентов с пептическими язвами, имеющими вид плоского пигментированного пятна (FIIC) или с чистым основанием (FIII), поскольку эти стигмы имеют низкий риск осложнений. Такие пациенты могут быть выписаны из больницы в ускоренном порядке.

При диагностике ОНВВГИК рутинное использование технологии капсульной эндоскопии также не рекомендуется.

## Эндоскопические методы гемостаза [18]:

Для достижения гемостаза при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ было разработано множество эндоскопических методов:

- Инъекции адреналина или склерозантов
- Биполярная электрокоагуляция
- Наложение резиновых колец
- Диатермокоагуляция
- Тампонада постоянным давлением зонда
- Биполярные кровоостанавливающие щипцы
- Аргоноплазменная коагуляция
- Лазерная фотокоагуляция
- Применение гемостатических материалов, в том числе биологических клеев и тканевых клеев
- Применение гемоклипс/эндоклипс
- Применение гемостатического порошка/спрея
- Не все эти методы могут быть использованы при ОНВВГИК. Наиболее эффективные из них мы рассмотрим далее.

## Эндоскопическая терапия язвенных кровотечений

### FIa, FIb (активное кровотечение)

а) для пациентов с активно кровоточащими язвами (FIa, FIb), ESGE рекомендует комбинированную терапию с использованием инъекций адреналина в сочетании с ещё одним методом гемостаза, например, диатермокоагуляцией или наложением клипс.

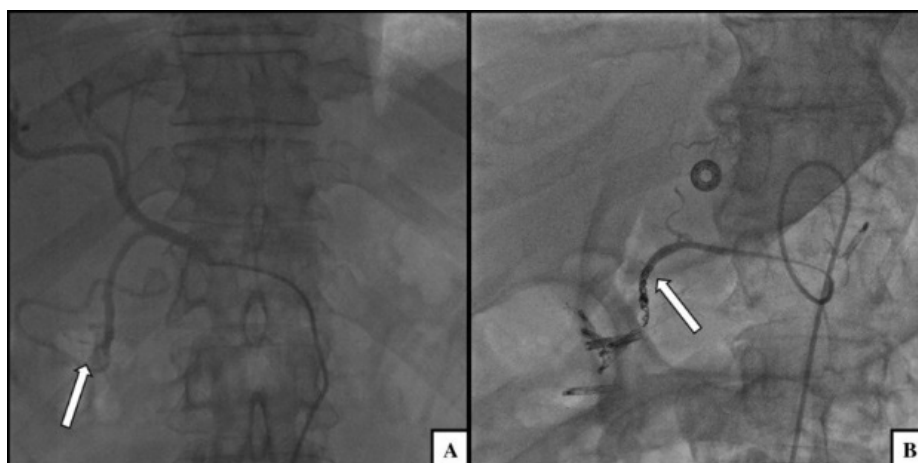


Рис. 5. Транскатетерная артериальная эмболизация при кровоточащей дуоденальной язве [21]



Рис. 6. Приспособление для порошкового гемостаза при ОНВВГИК Hemospray® Endoscopic Hemostat Cook Medical

б) ESGE полагает, что при активно кровоточащих язвах (F1a, F1b), особенно язвах размером > 2 см, с крупным видимым сосудом > 2 мм или расположенных в сосудистой зоне высокого риска (например, гастродуоденальной, левой желудочной артерии), а также при глубоких или фиброзных язвах, в качестве терапии первой линии следует использовать эндоскопический гемостаз с помощью системы OTSC.

#### *F1a (некровоточащий видимый сосуд)*

При язве с некровоточащим видимым сосудом (F1a), показана контактная или бесконтактная электрокоагуляция, наложение клипс или инъекции склерозирующих препаратов, применяемые как в виде монотерапии, так и в сочетании с инъекциями адреналина.

Инъекции адреналина в качестве эндоскопической монотерапии использовать не рекомендуется. Их следует сочетать с другим, дополнительным, методом эндоскопического гемостаза.

#### *Постоянное кровотечение из язвы верхних отделов ЖКТ*

Постоянное кровотечение ESGE рекомендует характеризовать как продолжающееся активное кровотечение, рефрактерное к стандартным методам гемостаза.

Для пациентов с постоянным кровотечением, рефрактерным к стандартным методам гемостаза, ESGE рекомендует рассмотреть возможность использования местного гемостатического спрея/порошка или наложение клипсы с помощью OTSC системы.



Больным с постоянным кровотечением, рефрактерным ко всем методам эндоскопического гемостаза, возможно применение транскатетерной ангиографической эмболизации (ТАЭ).

### **Хирургическое вмешательство**

Хирургическое вмешательство показано в тех случаях, когда ТАЭ недоступна, или после неудачно проведенной ТАЭ.

При кровотечении из пептической язвы в качестве альтернативного варианта эндоскопического гемостаза ESGE рекомендует рассмотреть возможность использования гемостатических щипцов.

### **Ведение пациентов в период после эндоскопического лечения**

#### **Лечение ингибиторами протонной помпы**

Пациентам, которым был осуществлён эндоскопический гемостаз, рекомендовано лечение высокими дозами ИПП. Такая же тактика применяется и у пациентов со стигмами язвы FIIb (тромб-«часовой»), которые не получали эндоскопического лечения.

Терапию ИПП следует продолжать в течение 72 часов после проведения эндоскопии, в виде начального внутривенного болюса с последующей непрерывной инфузией (например, болюсом в/в 80 мг, затем 8 мг/час). Как альтернативная схема может рассматриваться терапия высокими дозами ИПП, назначаемая внутривенно болюсно два раза в день или перорально два раза в день.

#### **Контрольная эндоскопия**

После проведенного эндоскопического лечения ОНВВГИК рутинная контрольная эндоскопия не рекомендуется.

#### **Лечение рецидивирующих кровотечений**

ESGE рекомендует следующее определение понятия рецидивирующего кровотечения: это кровотечение, возникшее после первоначального успешного эндоскопического гемостаза.

Пациентам с клиническими признаками рецидивирующего кровотечения следует провести повторную эндоскопию верхних отделов ЖКТ, при необходимости – с повторной гемостатической терапией.

При неудаче этой второй попытки эндоскопического гемостаза следует рассмотреть возможность транскатетерной ангиографической эмболизации (ТАЭ). Хирургическое вмешательство показано в тех случаях, когда ТАЭ недоступна или после неудачной ТАЭ.

Для пациентов с клиническими признаками рецидивирующего кровотечения из пептической

язвы следует рассмотреть возможность импозирования метода наложения клипсы с колпачком (sarg-mounted clip). В случае неудачи данной повторной попытки эндоскопического гемостаза следует рассмотреть возможность транскатетерной ангиографической эмболизации (ТАЭ). Хирургическое вмешательство показано, когда ТАЭ недоступна в местном масштабе или после неудачно проведенной ТАЭ.

#### **Диагностика и лечение Helicobacter pylori при ОНВВГИК**

У пациентов с ОНВВГИК, вызванном пептической язвой, ESGE рекомендует провести исследование на наличие Helicobacter pylori в неотложных условиях (при индексной эндоскопии) и, при обнаружении H. pylori, начать соответствующую антигеликобактерную терапию.

Пациентам с отрицательным результатом тестирования на H. pylori при первичной эндоскопии рекомендуется провести повторное тестирование на геликобактериоз.

После завершения антигеликобактерной терапии ESGE рекомендует обязательно убедиться в успешной эрадикации H. pylori.

#### **Двойная антитромбоцитарная терапия и назначение ИПП**

Больным с острым ОНВВГИК, которым требуется постоянная двойная антитромбоцитарная терапия, в качестве профилактического средства следует назначать ИПП.

#### **Возобновление антикоагулянтной терапии: антагонисты витамина К и прямые пероральные антикоагулянты**

Пациентам, перенесшим ОНВВГИК, например, при кровотечении из пептической язвы, которым требуется постоянное лечение антикоагулянтами, антикоагулянтную терапию следует возобновить, сразу же, как только кровотечение будет остановлено, предпочтительно не позднее 7 дней после кровотечения, учитывая риск развития у них тромбоэмболических осложнений. В этом контексте следует учитывать более быстрое начало действия прямых пероральных антикоагулянтов по сравнению с антагонистами витамина К.

#### **Применение ИПП**

У пациентов, нуждающихся в постоянной антикоагулянтной терапии и имеющих в анамнезе ОНВВГИК, для профилактики гастроудоденальной патологии, ESGE рекомендует приём ингибиторов протонной помпы.

## Литература

1. Gralnek Ian M et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NUGIH); European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. *Endoscopy* 2021; 53 DOI <https://doi.org/10.1055/a-1369-5274>
2. Lam KL, Wong JC, Lau JY. Pharmacological treatment in upper gastrointestinal bleeding. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2015 Dec. 1013(1004):1369-1076.
3. Stabile BE, Stamos MJ. Surgical management of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am.* 2000 Mar. 1029(1001):1189-1222.
4. Michel L, Serrano A, Mallory RA. Mallory-Weiss syndrome. Evolution of diagnostic and therapeutic patterns over two decades. *Ann Surg.* 1980 Dec. 1192(1006):1716-1021.
5. Cameron JL, ed. *Current Surgical Therapy.* 5th ed. St. Louis, Mo: Mosby-Year Book; 1995.
6. Jensen DM, Machicado GA, Hirabayashi K. Randomized controlled study of 1003 different types of hemoclips for hemostasis of bleeding canine acute gastric ulcers. *Gastrointest Endosc.* 2006 Nov. 1064(1005):1768-1073.
7. Larson G, Schmidt T, Gott J, Bond S, O'Connor CA, Richardson JD. Upper gastrointestinal bleeding: predictors of outcome. *Surgery.* 1986 Oct. 1100(1004):1765-1073.
8. Reilly HF 3rd, al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion. Diagnosis and management. *Dig Dis Sci.* 1991 Dec. 1036(1012):1702-1007.
9. Corson JD, Williamson RCN, eds. *Surgery.* London, UK: Mosby-Year Book; 2001
10. Pilotto A, Maggi S, Noale M, Franceschi M, Parisi G, Crepaldi G. Development and validation of a new questionnaire for the evaluation of upper gastrointestinal symptoms in the elderly population: a multicenter study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2010 Feb. 1065(1002):1174-1008
11. Cai JX, Saltzman JR. Initial assessment, risk stratification, and early management of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2018 Jul. 28(3):261-75.
12. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2012 Mar. 107(3):345-60; quiz 361.
13. Jeong N, Kim KS, Jung YS, Kim T, Shin SM. Delayed endoscopy is associated with increased mortality in upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Emerg Med.* 2019 Feb. 37(2):277-80.
14. Lim LG, Ho KY, Chan YH, et al. Urgent endoscopy is associated with lower mortality in high-risk but not low-risk nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy.* 2011 Apr. 43(4):300-6.
15. Tai CM, Huang SP, Wang HP, et al. High-risk ED patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage undergoing emergency or urgent endoscopy: a retrospective analysis. *Am J Emerg Med.* 2007 Mar. 25(3):273-8.
16. Schacher GM, Lesbros-Pantoflickova D, Ortner MA, Wasserfallen JB, Blum AL, Dorta G. Is early endoscopy in the emergency room beneficial in patients with bleeding peptic ulcer? A "fortuitously controlled" study. *Endoscopy.* 2005 Apr. 37(4):324-8.
17. Peery AF, Crockett SD, Barritt AS, et al. Burden of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States. *Gastroenterology.* 2015 Dec. 149(7):1731-1741.e3.
18. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015 Oct. 47(10):a1-46.
19. <https://abdominalkey.com/otsc-system-in-all-possible-applications/>
20. [https://i0.wp.com/www.endotherapeutics.com.au/wp-content/uploads/Onesco-OTSC\\_Haemostasis.jpg?fit=800%2C600&ssl=1](https://i0.wp.com/www.endotherapeutics.com.au/wp-content/uploads/Onesco-OTSC_Haemostasis.jpg?fit=800%2C600&ssl=1)
21. [https://www.researchgate.net/figure/Transcatheter-arterial-embolization-for-bleeding-duodenal-ulcer-a-Angiography-showing-a\\_fig2\\_340415253/download](https://www.researchgate.net/figure/Transcatheter-arterial-embolization-for-bleeding-duodenal-ulcer-a-Angiography-showing-a_fig2_340415253/download)