

Nevarikozinio kraujavimo iš viršutinės virškinimo trakto dalies gydymo rekomendacijos

Recommendations for managing patients with nonvariceal gastrointestinal bleeding

Laimas Jonaitis, Kęstutis Adamonis, Jonas Valantinas, Juozas Stanaitis, Limas Kupčinskas

Nevarikozinis kraujavimas iš viršutinės virškinimo trakto dalies yra dažna ir gyvybei grėsminga būklė, kurios diagnostikai ir gydymui reikia turėti žinių ir patirties. Šios patologijos diagnostika ir gydymas labai svarbus skubiosios pagalbos, intensyvio-
sios terapijos skyrių gydytojų, endoskopoautojų, gastroenterologų ir chirurgų kasdieniame darbe. Straipsnyje pateikiamos Lietuvos gastroenterologų draugijos ekspertų posėdyje apsvaistytos tarptautiniu mastu priimtos rekomendacijos, stengiantis jas pritaikyti prie Lietuvos medicinos įstaigų situacijos.

2011 metų kovo 17 dieną Birštone įvyko Lietuvos gastroenterologų draugijos ekspertų susitikimas, kurio tikslas – bendru sutarimu priimti nevarikozinį kraujavimą iš viršutinės virškinimo trakto dalies patiriančių pacientų gydymo rekomendacijas. Keturinama priimtų rekomendacijų pagrindu pasiūlyti kiekvienai gydymo įstaigai sudaryti algoritmus, viliantis pagerinti šių ligonių gydymo rezultatus, sumažinti chirurginio gydymo poreikį ir mirtingumą.

Ekspertų susitikimo dalyviai: prof. Limas Kupčinskas (LSMU), prof. Jonas Valantinas (VUL SK), prof. Kęstutis Adamonis (LSMU), prof. Laimas Jonaitis (LSMU), prof. Almantas Maleckas (LSMU), doc. Audrius Gradauskas (Vilniaus m. universitetinė ligoninė), dr. Juozas Stanaitis (VUL SK), dr. Gintautas Radžiūnas (VUL SK Centro filialas), gydytojai Jonas Jurgaitis (VUL SK), Aurelijus Grigaliūnas (VGPUL), Mindaugas Gajauskas (Kauno AL), Ilma Vilčinskaitė (Klaipėdos UL), Valdas Timinskis (Jūrininkų ligoninė), Valdimaras Svalbonas (Šiaulių ligoninė), Gitana Acutė (Šiaulių ligoninė), Laimas Sakalauskas (Panevėžio ligoninė), Vygantas Gataveckas (Marijampolės ligoninė), Sigitas Katkevičius (Alytaus ligoninė), Algirdas Ališauskas (Alytaus

ligoninė), Irma Pipikienė (Rokiškio ligoninė), Aloyzas Citavičius (Šilutės ligoninė), Vytautas Žvirblis (Šilutės ligoninė), Artūras Norkus (Telšių ligoninė).

Rekomendacija buvo tvirtinama teiginį pristačius, apsvaistčius ir balsavimo būdu jį priimant ar atmetant paprasta balsų dauguma.

Rekomendacijos sudarytos remiantis dviejų tarptautinių sutarimų priimtomis rekomendacijomis (1 – 2003 metų šaltinis, 2 – 2010 metų šaltinis).

Pateikiamos ligonių, patiriančių nevarikozinį kraujavimą iš viršutinės virškinimo trakto dalies, gydymo rekomendacijos.

A. Būklės pagerinimas, rizikos įvertinimas ir gydymas iki endoskopijos

PRIIMTOS REKOMENDACIJOS:

A1. Nedelsiant įvertinti būklę ir pradėti tinkamą gydymą.

A2. Rekomenduojama naudotis prognozės įvertinimo skalėmis, anksti suskirstyti pacientus į mažos ir didelės pakartotinio kraujavimo ir mirties rizikos kategorijas.

A3. Tam tikriems pacientams nazogastrinio zondo įstūmimas gali turėti nuspėjamą vertę.

A4. Pacientams, kurių hemoglobino kiekis yra <70 g/l, reikia perpilti kraujo.

A5. Kraujo krešėjimą slopinančiais vaistais gydomiems pacientams rekomenduojama koreguoti koagulopatiją, tačiau dėl to neturėtų būti atidedama endoskopija.

A8. Siekiant sumažinti endoskopinį pažeidimą ir endoskopinės intervencijos reikalingumą, galima skirti PSI, tačiau dėl to atidėti endoskopijos negalima.

NESVARSTYTA REKOMENDACIJA

A6. Siekiant užtikrinti didesnę diagnostinę vertę prieš endoskopiją, turėtų būti vartojami peristaltiką skatinantys preparatai. Rekomendacija nesvarstyta, nes tokie preparatai Lietuvoje neprieinami ir nevartojami.

NEPRIIMTA REKOMENDACIJA

A7. Tam tikrus ūminį kraujavimą iš opos patyrusius pacientus, kuriems remiantis klinikiniais ir endoskopijos kriterijais yra nedidelė pakartotinio kraujavimo rizika, po endoskopijos galima greitai išleisti namo.

B. Endoskopinė kontrolė

PRIIMTOS REKOMENDACIJOS:

B1. Reikalingi įstaigai pritaikyti protokolai įvairių sričių specialistams. Numatyta galimybė dalyvauti endoskopijų specialistui, įgijusiam patirties atlikti endoskopinės hemostazės procedūras.

B2. Reikia užtikrinti, kad teikiant neatidėliotiną pagalbą dalyvautų endoskopijų atlikimo patirties įgijęs pagalbinis personalas.

B3. Daugumai pacientų, patiriančių ūminį kraujavimą iš viršutinės virškinimo trakto dalies, rekomenduojama atlikti ankstyvąją (per 24 valandas nuo išsivystymo) endoskopiją.

B4. Pacientams, FEGDS metu nustačius mažus pakartotinio kraujavimo rizikos endoskopinius simptomus (opos dugnas švarus arba jame neiškili pigmentinė dėmė) endoskopinė hemostazė neatliekama.

B5. Endoskopijos metu, radus fiksuotą kraujo krešulį opos dugne, stengiamasi jį nuplauti stipria vandens srove ir skirti tinkamą pažeidimo gydymą.

B6. Endoskopinės hemostazės vaidmuo, tyrimo

metu radus fiksuotą kraujo krešulį opos dugne, yra diskusinis. Galima svarstyti endoskopinio gydymo galimybę, tačiau gali pakakti ir vien intensyvaus gydymo PSI.

B7. FEGDS metu nustačius didelės pakartotinio kraujavimo rizikos endoskopinius simptomus (aktyvų arterinį kraujavimą, opos dugne matomą nekraujuojančią kraujagyslę) turi būti atliekama endoskopinė hemostazė.

B9. Nė vienas terminės endoskopinės hemostazės metodas nėra pranašesnis už kitus.

B11. Rutininė pakartotinė endoskopija nerekomenduojama.

PRIIMTOS SU PAPILDYMAIS REKOMENDACIJOS:

B8. Endoskopinė hemostazė vien adrenalino tirpalu nėra optimaliai veiksminga. Rekomenduojama derinti kartu su kitais endoskopiniais hemostazės metodais.

Papildymas: Kiti endoskopiniai metodai taikytini tik esant galimybei (prieinamumui).

B12. Atsinaujinus opiniam kraujavimui rekomenduojama pakartotinė endoskopinė hemostazė.

Papildymas: Nėra aišku, kiek kartų atsinaujinus kraujavimui rekomenduojama endoskopinė hemostazė? Siūloma atskirai vertinti kiekvieną individualų atvejį.

NESVARSTYTA REKOMENDACIJA

B10. Endoskopijos metu nustačius didelės pakartotinio kraujavimo rizikos endoskopinius simptomus, endoskopinė hemostazė turi būti atlikta vien metalinėmis kabėmis, termokoaguliuojant ar švirksčiant sklerozantų arba kartu su adrenalino tirpalo injekcijomis.

Komentaras: Daugelis šių metodų neprieinami Lietuvos ligoninėms, todėl toks griežtas reglamentavimas nepriimtinas.

C. Farmakologinis gydymas

PRIIMTOS REKOMENDACIJOS:

C1. Pacientams, patiriantiems ūminį kraujavimą iš opos, nerekomenduojama skirti histamino 2-receptorių antagonistų.

C2. Ūminį kraujavimą iš opos patiriantiems pacientams nerekomenduojama rutiniškai skirti somatostatino ir oktreotido.

C3. Po sėkmingo endoskopinio gydymo, siekiant

sumažinti pakartotinio kraujavimo ir mirties tikimybę esant didelės rizikos pažeidimų, į veną skiriama vienkartinė dozė PSI, o toliau gydymas tęsiamas skiriant ilgalaikę šių vaistų infuziją.

C4. Išleidžiant pacientus iš lignoninės, būtina paskirti kartą per dieną vartojamo geriamojo PSI, o gydymo trukmę nustatyti remiantis kraujavimą sukėlusio sutrikimo etiologija.

D. Neendoskopinė ir nefarmakologinė kontrolė lignoninėje

PRIIMTOS REKOMENDACIJOS:

D1. Atlikus endoskopiją, pacientai, kuriems yra nedidelės rizikos pažeidimų, gali valgyti per 24 valandas.

D2. Dauguma pacientų, kuriems dėl didelės rizikos pažeidimo buvo atlikta endoskopinės hemostazės procedūra, po jos ne mažiau kaip 72 valandas turi būti stebimi lignoninėje.

D3. Pacientus, kuriems endoskopinis gydymas buvo nesėkmingas, turi konsultuoti chirurgas.

D4. Kai įmanoma, pacientams, kuriems endoskopinis gydymas buvo nesėkmingas, kaip chirurginio gydymo alternatyva gali būti svarstoma galimybė taikyti perkutaninę angioembolizaciją, tačiau galutinį sprendimą priima chirurgas.

D5. Pacientai, turintys kraujuojančių pepsinių opų, turi būti ištirti dėl *H. pylori*, o jei testo rezultatai teigiami, šiems pacientams turi būti skiriamas bakterijas naikinantis gydymas, kurį baigus būtina įsitikinti, kad bakterijos išnyko.

D6. Jeigu esant ūminei ligos fazei buvo gauti neigiami *H. pylori* diagnostinio testo rezultatai, testą reikia pakartoti po keturių savaičių.

LITERATŪRA

1. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med* 2003; 139: 843–57.
2. Alan N. Barkun, MD, MSc (Clinical Epidemiology); Marc Bardou, MD, PhD; Ernst J. Kuipers, MD; Joseph Sung, MD;

E. Priežiūra išleidus iš lignoninės, acetilsalicilo rūgštis (ASA) ir nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU)

PRIIMTOS REKOMENDACIJOS:

E1. Gydant pacientus, kurie anksčiau patyrė kraujavimą iš opos ir kuriems reikia vartoti NVNU, būtina žinoti, kad gydymas tradiciniu NVNU ir PSI deriniu ar vien tik selektyviais ciklooksigenazės-2 (COX-2) inhibitoriais vis tiek yra susijęs su kliniškai svarbia pakartotinio kraujavimo iš opos rizika.

E2. Pacientams, kurie anksčiau patyrė kraujavimą iš opos ir kuriems reikia vartoti NVNU, rekomenduojama skirti PSI ir COX-2 inhibitoriaus derinį, kuris labiau sumažina pakartotinio kraujavimo riziką, palyginti su gydymu vien tik COX-2 inhibitoriumi.

E3. Nedidelę ASA dozę vartojantiems pacientams, kuriems išsivysto ūminis kraujavimas iš opos, gydymas ASA turi būti atnaujinamas iš karto, kai širdies ir kraujagyslių komplikacijų rizika tampa didesnė už kraujavimo riziką.

E4. Gydant anksčiau kraujavimą iš opos patyrusius pacientus, kuriems reikia skirti vaistų širdies ir kraujagyslių sutrikimų profilaktikai, būtina žinoti, kad skiriant vien klopidoogrelio pakartotinio kraujavimo rizika yra didesnė, palyginti su gydymu ASA ir PSI deriniu.

Išvados

Priimtų rekomendacijų pagrindu siūloma kiekvienai gydymo įstaigai susidaryti kraujavimo iš viršutinės virškinimo trakto dalies diagnostikos ir gydymo algoritmą.

Santrumpos:

ASA – acetilsalicilo rūgštis; COX-2 – ciklooksigenazė-2; *H. pylori* – *Helicobacter pylori*; NVNU – nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo; PSI – protonų siurblio inhibitorius.

Richard H. Hunt, MD; Myriam Martel, BSc; and Paul Sinclair, MSc, for the International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. *Clinical Guidelines: International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding*, 2010.