


	ГБУЗ ЛО «Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф.Калмыкова»			
	Стандартная операционная процедура (СОП)			
	Идентификационный код		СМК-РГ-МП-С06-11-035	
	Версия	1	Введена в действие	18.06.2018
	Экземпляр	1	Страница	1 из 5
Название	Регламент оказания медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении			

УТВЕРЖДАЮ
 Главный врач ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»
 _____/
 «__» _____ 20__ г.

Назначение	Стандартизация оказания медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении, повышение качества медицинской помощи и обеспечение ее безопасности для пациента.
Область применения	Все структурные подразделения ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ», оказывающие медицинскую помощь (лечение, диагностика), в том числе ОСМП.
Исполнители	Весь медицинский персонал.
Нормативные ссылки	1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (Санкт-Петербург, 2012г.); 2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
Применяемое оборудование/инструменты/расходные материалы и прочее	Тонометр. Назогастральный зонд. Фиброгастродуоденоскоп.
Перечень записей и правила их ведения (вся первичная и учетная документация)	Первичный осмотр врача-хирурга, анестезиолога-реаниматолога, терапевта; Медицинской карте стационарного больного; Протокол ФГДС; Предоперационный эпикриз; Протокол хирургического вмешательства.
Термины и определения	Не требуется
Использованные сокращения	ммрт.ст. – миллиметры ртутного столба; НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты; ОАРИТ – отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии; ст. – степень;

Лист согласования.

	должность	ФИО	подпись	дата
Разработал:	хирург			
Согласовал :	Заместитель главного врача			
Согласовал Совет по качеству				

	ГБУЗ ЛО «Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф.Калмыкова»			
	Стандартная операционная процедура (СОП)			
	Идентификационный код		СМК-РГ-МП-С06-11-035	
	Версия	1	Введена в действие	18.06.2018
	Экземпляр	1	Страница	2 из 5
Название	Регламент оказания медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении			

Раздел I. Ведение больных на догоспитальном этапе

- Все пациенты с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение должны быть госпитализированы в стационар;
- Установка периферического венозного катетера, регистрация электрокардиограммы, пульсоксиметрия, глюкометрия, измерения артериальных давлений;
- Для определения степени тяжести кровопотери использовать оценочные шкалы;
- При тяжелой кровопотере необходима госпитализация пациента в противошоковую операционную или в ОАРИТ (исходя из планируемой тактики), пациенты ОНК и ОНН немедленно переводятся в ПРИТ до определения дальнейшей тактики.

Раздел II. Диагностическая и лечебная тактика в приемном отделении и при выявлении пациента с ЖКК в отделении (приложение №1):

- осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар;
- установка периферического венозного катетера (если не выполнено ранее), введение ингибиторов протонной помпы;
- установка назогастрального зонда;
- забор крови на общий анализ и коагулограмму, определение группы крови;
- Пациентами с желудочно-кишечным кровотечением выполнение ФГДС в течение первых 1,5 часов от госпитализации.

СТРАТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО КЛАССИФИКАЦИИ J.F. FORREST (1974)

Обозначение	Эндоскопический признак
F IA	струйное кровотечение из язвы
F IB	капельное кровотечение из язвы
F IIA	тромбированные сосуды на дне язвы
F IIB	сгусток крови, закрывающий язву
F IIC	язва без признаков кровотечения
F III	источники кровотечения не обнаружены

- При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз.
- При кровотечении FII-A, FII-B эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения.
- При наличии сгустка в дне язвы рекомендуется полностью его удалить с помощью орошения с последующей обработкой язвы.
- Инъекционный метод в качестве монотерапии избегать. Методом выбора считать комбинированный эндоскопический гемостаз: инъекционный метод + диатермокоагуляция (либо АПК или клипирование).
- Повторное эндоскопическое исследование рекомендовано при неполном первичном осмотре, неустойчивом гемостазе (высокий риск рецидива кровотечения), в ряде случаев – при рецидиве геморагии.

Раздел III. Ведение больных с массивной кровопотерей

- Основными задачами интенсивной терапии являются восполнение крови, потерь жидкости и стабилизация гемодинамики. Восполнение ОЦК следует начинать с введения кристаллоидных растворов через два периферических катетера или центральный катетер с подключением инфузии коллоидов (растворы желатина), при неэффективности кристаллоидов.
- Проведение гемотрансфузии показано при уровне гемоглобина менее 90 г/л. При дефиците факторов свертывания крови показана трансфузия свежезамороженной плазмы. При гипоксии

	ГБУЗ ЛО «Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф.Калмыкова»			
	Стандартная операционная процедура (СОП)			
	Идентификационный код		СМК-РГ-МП-С06-11-035	
	Версия	1	Введена в действие	18.06.2018
	Экземпляр	1	Страница	3 из 5
Название	Регламент оказания медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении			

показана кислородотерапия. Для временного поддержания доставки O_2 тканям можно использовать перфторан, внелегочную оксигенацию. ИВЛ показана при нестабильной гемодинамике, гипоксии и нарушении сознания. Переливание эритроцитсодержащих сред при выполнении временного или постоянного гемостаза.


- Вазопрессоры показаны при недостаточной эффективности инфузионно-трансфузионной терапии. Применение серотонина рекомендовано для улучшения периферического кровообращения и местного гемостаза.
- Критерием восстановления микроциркуляции следует считать восстановление гемодинамики и почасового диуреза.

Раздел IV. Медикаментозный гемостаз

- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение H_2 -блокаторов, а также соматостатина и его синтетических аналогов не рекомендовано;
- Рекомендуются (при наличии) внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов;
- С 3 суток рекомендуется перевод на пероральные формы ингибиторов протонной помпы;
- Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие *Нр*-инфекции и при положительном результате обследования проводить эрадикационную терапию в стационаре;

Раздел V. Хирургическое лечение

- Выполнение хирургическое вмешательство не позднее 12 часов от момента поступления в стационар (при неэффективности эндоскопического гемостаза).
 - Основными задачами оперативного вмешательства при язвенном гастродуоденальном кровотечении являются: обеспечение надежности гемостаза, устранение источника геморрагии и профилактика рецидива кровотечения;
 - Экстренная операция показана у пациентов с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза либо при рецидиве кровотечения;
 - При кровоточащей язве желудка рекомендуется выполнять резекцию желудка;
 - При кровоточащих язвах 12-перстной кишки рекомендованы следующие оперативные вмешательства:
 1. Пилородуоденотомия с иссечением язвы передней стенки, пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией;
 2. Пилородуоденотомия с прошиванием язвы задней стенки, пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией;
 3. Резекция желудка.
- У пациентов находящихся в критическом состоянии, возможно выполнение гастро(-дуодено)томии с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы.

	ГБУЗ ЛО «Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф.Калмыкова»			
	Стандартная операционная процедура (СОП)			
	Идентификационный код		СМК-РГ-МП-С06-11-035	
	Версия	1	Введена в действие	18.06.2018
	Экземпляр	1	Страница	4 из 5
Название	Регламент оказания медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении			

Раздел VI. Прогноз рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения

- Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано стратифицировать по степени риска рецидива геморрагии.
- Критериями высокого риска рецидива кровотечения являются клинические (тяжелая кровопотеря, коллапс в анамнезе, возраст больного, тяжелая сопутствующая патология) и лабораторные признаки (низкий уровень гемоглобина).
- Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива язвенного кровотечения являются кровотечения типа FIA-B, FIIA-B, а также глубина, размеры и локализация язвы.
- У пациентов с высоким риском рецидива кровотечения возможно выполнение срочного оперативного вмешательства (в течение 24 часов, после короткого предоперационной подготовки), направленного на предотвращение повторной геморрагии. Выполнение гастро(-дуодено)томии с прошиванием кровоточащей язвы в срочном порядке не рекомендуется.

Раздел VII. Ведение больных с рецидивом кровотечения

Под рецидивом язвенного кровотечения понимается его возобновление после спонтанной или эндоскопической остановки, что оценивается по известным клиническим, лабораторным и эндоскопическим данным;

Возможными лечебными мероприятиями при рецидиве кровотечения являются:

1. Повторный эндоскопический гемостаз.
2. Экстренная операция.

Раздел VIII. Ведение больных с НПВП-ассоциированными кровотечениями

- Все пациенты, нуждающиеся в постоянном приеме НПВП, должны быть стратифицированы в зависимости от риска возникновения геморрагических осложнений.
- При высоком риске развития кровотечений рекомендован перевод пациентов на селективные ингибиторы ЦОГ-2 в сочетании с постоянным приемом ингибиторов протонной помпы или мизопростол.
- При развитии кровотечения прием НПВП должен быть прекращен (замена препаратами других групп). Рекомендовано сочетание эндоскопического и медикаментозного (ингибиторы протонной помпы) гемостаза.

	ГБУЗ ЛО «Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф.Калмыкова»			
	Стандартная операционная процедура (СОП)			
	Идентификационный код		СМК-РГ-МП-С06-11-035	
	Версия	1	Введена в действие	18.06.2018
	Экземпляр	1	Страница	5 из 5
Название	Регламент оказания медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении			

Приложение № 1 Алгоритм действия при выявлении пациента с подозрением на ЖКК

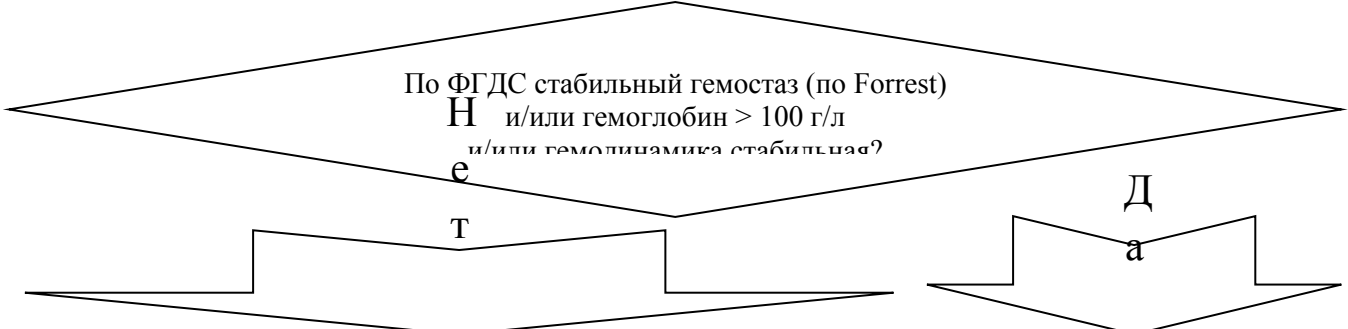
Желудочно-кишечное кровотечение



Вызов хирурга и терапевта;
 ЭКГ; ОАК; ОАМ; биохимия крови (глюкоза, билирубин общий и прямой, АСТ, АСТ, общий белок и альбумин, К+, Na+, Ca2+, мочевины, креатинин, коагулограмма (ПТИ; АЧТВ; МНО);
 Постановка желудочного зонда (желательно через нос) с эвакуацией содержимого (зонд не удалять);



Вызов врача-эндоскописта (по назначению хирурга при несомненных признаках ЖКК)



Н и нет возможности эндоскопического гемостаза

Снижение Сист.АД > 40 мм.рт.ст. от «привычного»;

Гемоглобин < 80 г/л;

Н I – II

Все пациенты после эндоскопического гемостаза

Снижение Сист.АД < 40 мм.рт.ст. от «привычного»;

Гемоглобин > 80 г/л;

Н III – IV

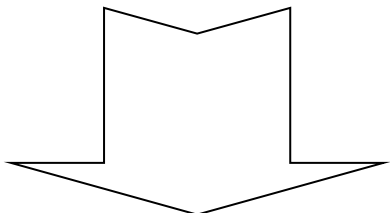
Вызов врача анестезиолога-реаниматолога



Операционная



Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии



Отделение хирургии