

ԽՈՑԱՅԻՆ ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ և ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Ներածություն.

Ուղեցույցի նպատակն է արդի ապացուցողական տեղեկատվության ներքո վերանայել խոցային արյունահոսության սահմանումը, համաճարակաբանությունը, պատճառները, վարման տարբերակները և բարելավել այս ախտաբանությամբ մեծահասակ պացիենտների բուժման ելքերը:

Մեթոդներ.

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է "Վիրաբույժների հայկական ասոցիացիա"-ի անդամների կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Ամերիկայի գաստրոէնտերոլոգների քոլեջի 2012 թ. "Խոցային արյունահոսություններով պացիենտների վարումը ուղեցույց"-ը (ACG practice guidelines: Management of patients with ulcer bleeding): Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE): Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել «Վիրաբույժների հայկական ասոցիացիա»-ի կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է վիրաբույժների, գաստրոէնտերոլոգների, ինտենսիվ թերապևտների, բժշկ-էնդոսկոպիստների, ճառագայթաբանների ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Արդյունքներ.

Վերին ՍՍՏ արյունահոսությունով հոսպիտալիզացիաների մեջ խոցը հանդիսանում է ամենատարածված պատճառներից մեկը, եւ ՍՍՏ արյունահոսությունների բուժման կլինիկական փորձարկումների

հակայական մեծամասնությունը կենտրոնացած է հենց խոցային պացիենտության վրա: Սույն ուղեցույցում մասնավորապես լուսաբանվել են հետևյալ հիմնահարցերը՝ պացիենտների դասակարգումը են ըստ ռիսկի խմբերի, նախաէնդոսկոպիկ էրիթրոմիցինի կիրառումը, պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորի (ՊՊԻ) նախաէնդոսկոպիկ օգտագործումը, վերին էնդոսկոպիան իրականացման օպտիմալ ծամանակահատվածը, խոցերի էնդոսկոպիկ առանձնահատկությունները, ակտիվ արյունահոսող եւ չարյունահոսող տեսանելի անոթներով պացիենտների էնդոսկոպիկ թերապիան, էնդոսկոպիկ թերապիայից հետո կրկնվող արյունահոսությամբ պացիենտների բուժումը կրկնակի էնդոսկոպիկ միջամտությամբ, կրկնակի արյունահոսության կանխարգելումը, իդիոպաթիկ խոցով պացիենտների երկարաժամկետ հակախոցային բուժումը:

Եզրակացություն.

Բազմաբնագավառ մոտեցումը և ապացուցողական խորհուրդներին հետևելը համակցված կիրառվող միջամտությունների օգուտ/վնաս հարաբերությունների վերլուծության հետ, դա խոցային արյունահոսությամբ պացիենտների բուժման ելքերի բարելավման բանալիներն են:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ուղեցույցներ, ցուցումների ուսումնասիրման, սպեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, խոցային արյունահոսություն, թաքնված արյունահոսություն, էնդոսկոպիկ ախտորոշում, էնդոսկոպիկ թերապիա:

Պատասխանատու համակարգող

Վարդանյան Ա.Ս., բ.գ.թ., դոցենտ (Վիրաբուժության թիվ 3 ամբիոն, «Էրեբունի» ԲԿ)

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Մինասյան Հ.Լ., բ.գ.թ., դոցենտ (Վիրաբուժության թիվ 3 ամբիոն, «Էրեբունի» ԲԿ)
- Մինասյան Ա.Հ., բ.գ.թ., ասիստենտ (Վիրաբուժության թիվ 3 ամբիոն, «Էրեբունի» ԲԿ)
- Մելիքյան Գ.Բ., ասիստենտ (Վիրաբուժության թիվ 3 ամբիոն, «Էրեբունի» ԲԿ)
- Հարությունյան Գ.Վ., կլին. օրդինատոր (Վիրաբուժության թիվ 3 ամբիոն, «Էրեբունի» ԲԿ)

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կառույցը չի ունեցել և ոչ մի ազդեցություն սույն ուղեցույցի մշակման որևէ փուլի վրա:

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհուրդը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին, հատկապես՝ պրոֆ. Սարուխանյան Հ.Վ.-ին:

Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումներ ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում:

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Նախնական գնահատումը եւ դասակարգումը ըստ ռիսկի

Նախաէնդոսկոպիկ բժշկական թերապիա

- Պրոկլինետիկ թերապիա

- Թերապիա պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորներով

Ստամոքսի լվացում

Էդոսկոպիայի ժամկետները

Խոցի եւ կայացած արյունահոսության էնդոսկոպիկ ախտորոշումը

Էնդոսկոպիկ թերապիա

Ինչ էնդոսկոպիկ թերապիա պետք է օգտագործվի

Դեղորայքային բուժումը էնդոսկոպիայից հետո

Էնդոսկոպիայի կրկնությունը

ՎՍԱԱ-ով պացիենտների հոսպիտալացումը

Խոցային արյունահոսության վերսկսման երկարաժամկետ կանխարգելում

Եզրահանգում

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Գրականության ցանկ

Հավելված 1. Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (GRADE):

Հավելված 2. Ուղեցույցի առանցքային խորհուրդների ամփոփում

Հապավումներ

ՍԱՏ՝ ստամոքս-աղիքային տրակտ

ՎՍԱԱ՝ վերին ստամոքս-աղիքային արյունահոսություն

ԿԱՆ՝ կայացած արյունահոսության նշաններ

ՆԳ՝ նազոգաստրալ

ՊՊԻ՝ պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորներ

ՊԲՎՓ՝ պատահական բաշխմամբ վերահսկավող փորձարկումներ

ՈՍՀԲԴ՝ ոչ-ստերոիդային հակաբորբոքային դեղեր

Նախաբան

Վերին ՍԱՏ արյունահոսությունով հոսպիտալիզացիաների մեջ խոցը հանդիսանում է ամենատարածված պատճառներից մեկը, եւ ՍԱՏ արյունահոսությունների բուժման կլինիկական փորձարկումների հսկայական մեծամասնությունը կենտրոնացած է հենց խոցային պացիենտության վրա: Ուղեցույցը տրամադրում է պացիենտների վարման խորհուրդները այն դեպքերում, երբ բացահայտ ՍԱՏ արյունահոսությունը առաջացել է ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղու խոցերից: “Բացահայտ” նշանակում է, որ պացիենտը ներկայացել է հետեւյալ սիմպտոմներով՝ հեմատեմեզիս (արյան փսխում), մելենա, հեմատոչեզիա (հետանցքից արյուն): Սկզբում մենք քննարկում ենք պացիենտների նախնական վարումը՝ ներառյալ նախնական գնահատումը եւ շերտավորումը ըստ ռիսկի, նախաէնդոսկոպիկ դեղորայքի օգտագործումը եւ ստամոքսի լվացումը, էնդոսկոպիայի ժամկետները՝ առանց տեղեկատվության պորտալ հիպերտենզիայի վերաբերյալ: Այնուհետեւ մենք կենտրոնանում ենք խոցային հիվանդության էնդոսկոպիկ եւ բուժական վարման վրա, ներառյալ էնդոսկոպիկ բացահայտումները եւ նրանց պրոգնոստիկ իմաստը; էնդոսկոպիկ հեմոստատիկ թերապիայի, հետէնդոսկոպիկ թերապիայի եւ կրկնակի արյունահոսության կանխարգելման վրա:

Փաստաթղթի ամեն մի հատվածում ներկայացված են հանգուցային խորհուրդներ, որոնք կապված են այդ մասի նյութի հետ, որին հաջորդում է

ապացույցների ամփոփումը: Խորհուրդների ամբողջական ամփոփումը ներկայացված է Հավելված 2-ում:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է «Վիրաբույժների հայկական ասոցիացիա»-ի անդամների կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Ամերիկայի գաստրոէնտերոլոգների քոլեջի 2012 թ. “Խոցային արյունահոսություններով պացիենտների վարումը ուղեցույց”-ը (ACG practice guidelines: Management of patients with ulcer bleeding): Տեղեկատվության հավաքագրման մարտավարությունը ընդգրկել է բանալի բառերի օգնությամբ իրականացվող բազմաբնագավառ որոնում MEDLINE, PubMed, Cochrane library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարաններում: Որոնման ժամանակային շրջանակն է՝ 2008 – 2017թթ.: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումներ (ՊԲՎՓ), ցանկացած խոհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն, ապացույցների ուժի և որակի գնահատականներ և այլ), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու:

Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE) [1]: Համաձայան այս համակարգի ապացույցների մակարդակը կարող է լինել “**բարձր**” ինչը ենթադրում է, որ հետագա հետազոտությունները քիչ հավանական է, որ կփոփոխեն հեղինակների վստահությունը ստացված արդյունքների վերաբերյալ, “**միջին**” հետագա հետազոտությունները հավանական է, որ կփոփոխեն հեղինակների վստահությունը ստացված արդյունքների

վերաբերյալ և “**ցածր**”՝ հետագա հետազոտությունները ամենայան հավանականությամբ զգալի կփոփոխեն հեղինակների վստահությունը ստացված արդյունքների վերաբերյալ: Խորհուրդները գնահատվել են իբրև “**ուժեղ**” երբ տվյալ միջամտության բարենպաստ ազդեցությունները հստակ գերակշռում են անցանակալի հետևանքներին և “**պայամանական**” երբ տվյալ միջամտության բարենպաստ և անբարենպաստ ազդեցություններ հավասարակշռության վերաբերյալ վստահությունը հստակ չէ (մանրամասները տես՝ Հավելված 1.):

Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել «Վիրաբույժների հայկական ասոցիացիա»-ի կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է վիրաբույժների, գաստրոէնտերոլոգների, ինտենսիվ թերապևտների, բժիշկ-էնդոսկոպիստների, ճառագայթաբանների ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Նախնական գնահատումը եւ դասակարգումը ըստ ռիսկի

Խորհուրդներ

- 1. Հեմոդինամիկ ստատուսը պետք է գնահատվի անմիջապես պացիենտի ներկայանալու պահին, անհրաժեշտության դեպքում պետք է ձեռնարկվեն վերակենդանացման միջոցառումներ (կարելուր խորհուրդ, ցածր որակի ապացույցներ)*

2. Արյան փրանսֆուզիաները պետք է նպատակ ունենան հասցնել հեմոգլոբինի արժեքը ≥ 7 գ/դլ, ձգտելով հասնել հեմոգոբինի ավելի բարձր արժեքների այն պացիենտների մոտ, որոնց մոտ կան կլինիկական փաստեր արյան ներանոթային ծավալի նվազման կամ հարակից պացիենտությունների (ինչպիսին է կորոնար անոթների պացիենտությունը) վերաբերյալ (պայմանական խորհուրդ, ցածրից-միջին որակի խորհուրդ)
3. Ռիսկի գնահատումը պետք է իրականացվի պացիենտներին ըստ բարձր եւ ցածր ռիսկի խմբերի շերտավորելու նպատակով եւ կարող է օգնել այնպիսի նախնական որոշումների ժամանակ, ինչպիսիք են՝ դուրս գրման, էնդոսկոպիայի ժամկետների, խնամքի աստիճանի որոշումը (պայմանական խորհուրդ, ցածր որակի ապացույցներ)
4. Անհետաձգելի բուժօգնության բաժնից առանց ստացիոնար էնդոսկոպիայի դուրս գրման հարցը կարող է քննարկվել այն պացիենտների մոտ, որոնց միզանյութը <18.2 մգ/դլ, հեմոգլոբինը ≥ 13.0 գ/դլ փղամարդկանց համար (12.0 գ/դլ կանանց համար), սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը ≥ 100 մմ.սս., պոլսը <100 զարկ/րոպե, բացակայում է մելենայի, ուշագնացության դրվագը, չկա սրտային անբավարարության, լյարդի պացիենտություն, քանի որ նշված պացիենտների մոտ միջամտության կարիքի հավանականությունը փոքր է 1%-ից (պայմանական խորհուրդ, ցածր որակի ապացույցներ)

Ապացույցների ամփոփում.

Հիմնվելով արյունահոսության այլ մոդելների վրա [2]՝ ՍԱՏ սուր արյունահոսությունով պացիենտների մոտ վարման առաջին քայլը պետք է լինի հեմոդինամիկ ստատուսի գնահատումը եւ անհրաժեշտության դեպքում վերակենդանացման միջոցառումների ձեռնարկումը: Ի լրացում ներերակային հեղուկների, կարող է էրիթրոցիտների տրանսֆուզիայի կարիք լինել: Ռանդոմիզացված հետազոտությունները առանց

ընթացիկ արյունահոսության էուվոլյուցիոն [3] եւ UAS արյունահոսությունով ցիռոտիկ պացիենտների մոտ [4] ցույց են տվել, որ արյան տրանսֆուզիան պետք է կատարել հեմոգլոբինը հասցնելով ≥ 7 գ/դլ: Սահմանափակ տրանսֆուզիայի քաղաքականությունը խրախուսվել է նաեւ մի հատ հին ՊԲՎՓ կողմից, որը անց է կացվել 50 պացիենտների մոտ, առանց տեղեկության նրանց մոտ վարիկոզ երակների վերաբերյալ, երբ ընդունման պահից 24 ժամվա սահմաններում պացիենտները ստացել են ≥ 2 միավոր եւ ունեցել են նշանակալիորեն ավել արյունահոսության կրկնողություն, քան նրանք, ովքեր չեն ստացել տրանսֆուզիա քանի դեռ Hgb-ն չի հասել < 8 գ/դլ արժեքին: Ավելի բարձր հեմոգլոբինի արժեքների հասնելու կարիք կարող է լինել հարակից պացիենտություններով պացիենտների մոտ (օր.՝ կորոնար անոթների հիվանդություն) եւ այն պացիենտների մոտ, որոնք ունեն ներանոթային ծավալի իջեցում (այսինքն հիպոտենզիա եւ տախիկարդիա), որի դեպքում տեղի է ունենում հեմոգլոբինի քանակի “արհեստականորեն” բարձրացում, քանի դեռ ներանոթային ծավալը չի վերականգնվել հեղուկների միջոցով: Ասպիրացիայի կանխարգելման եւ օդի մուտքի ապահովման նպատակով կարող է քննարկվել ինտուբացիայի հարցը այն պացիենտների մոտ, որոնք ունեն ծանր ընթացիկ հեմատեմեզիս(արյան փսխում) կամ գիտակցության փոփոխված ստատուս; դրա իրականացումը կարող է կարելու լինել նաեւ որոշ պացիենտների մոտ (օր.՝ նրանք ովքեր ունեն հարակից պացիենտություններ) էնդոսկոպիայի ժամանակ անվտանգ եւ էֆեկտիվ սեդացիայի ապահովման նպատակով:

Պացիենտների մոտ ռիսկի գնահատումը կլինիկորեն օգտավետ է հասկանալու համար, թե որ պացիենտները ունեն հետագա արյունահոսության կրկնողության եւ մահվան բարձր ռիսկ, եւ կարող է օգնել վարման այնպիսի որոշումների կայացման համար, ինչպիսիք են էնդոսկոպիայի ժամկետները, դուրս գրման ժամանակը, խնամքի աստիճանը (օր.՝ պալատ/ “step-down unit”(մոնիտորով պալատ)/ԻԹԲ):

Գործիքները, որոնք օգտագործվում են ռիսկի գնահատման համար, իրենց մեջ ներառում են նախաէնդոսկոպիկ Rockall-ի սանդղակը (7) եւ Blatchford-ի սանդղակը (8):

Նախաէնդոսկոպիկ Rockall-ի սանդղակը(դասակարգումը 0-7) օգտագործում է միայն կլինիկական տվյալները, որոնք հասանելի են անմիջապես պացիենտի ներկայանալու պահին եւ կապված են արյունահոսության էպիզոդի ծանրության (սիստոլիկ ճնշում եւ պուլս) եւ պացիենտի ընդհանուր վիճակի հետ (տարիք, հարակից պացիենտություններ): Այն ներկայացվել է վերին ՍԱՏ արյունահոսությունով հոսպիտալիզացված պոպուլյացիայի մեջ հետագա արյունահոսության եւ մահվան ռիսկը կանխագուշակելու համար (7): Blatchford-ի սանդղակը (դասակարգումը 0-23) օգտագործում է կլինիկական (սիստոլիկ ճնշում, պուլս, մելենա, ուշագնացություն, լյարդի պացիենտություն, սրտային անբավարարություն) եւ լաբորատոր (հեմոգլոբին, միզանյութ) տվյալները, որոնք հասանելի են ընդունման պահից հետո կարճ ժամանակում: Այն ներկայացվել է վերին ՍԱՏ արյունահոսությունով հոսպիտալիզացված պոպուլյացիայի մեջ միջամտության (տրանսֆուզիոն եւ էնդոսկոպիկ կամ վիրաբուժական թերապիա) եւ մահվան ռիսկը կանխագուշակելու համար (8):

Առաջահայաց շարքով Stanley-ը եւ նրա թիմը չէին ընդունում Blatchford-ի սանդղակով 0 միավոր հավաքած, վերին ՍԱՏ արյունահոսությունով անհետաձգելի բուժօգնության բաժին դիմած պացիենտներին, եթե այլ պատճառներով չկար դրա անհրաժեշտությունը: 0 միավորով 123 պացիենտներից 84-ը չեն ընդունվել: 23 պացիենտների մեջ, որոնց մոտ կատարվել է ամբուլատոր էնդոսկոպիա, չեն հայտնաբերվել ոչ խոցեր, ոչ էլ վարիկոզ երակներ կամ չարորակ գոյացություններ եւ որեւէ միջամտության կարիք չի եղել: Մնացածի մեջ որեւէ մեկը ≥ 6 ամիս հսկողության ընթացքում նորից չի ընդունվել ՍԱՏ արյունահոսությունով կամ մահացել: Այսպիսով, անհետաձգելի բուժօգնության բաժնից առանց ստացիոնար էնդոսկոպիայի դուրս գրման հարցը կարող է քննարկվել այն պացիենտների մոտ, որոնք Blatchford-ի սանդղակով ունեն 0 միավոր եւ պատկանում են շատ ցածր ռիսկի խմբին:

Նախաէնդոսկոպիկ բժշկական թերապիա

Պրոկինետիկ թերապիա

Խորհուրդներ

5. Ներերակային էրիթրոմիցինի ինֆուզիայի (էնդոսկոպիայից մոտ 30 րոպե առաջ՝ 250մգ) հարցը պետք է քննարկվի որպես դիագնոստիկ էֆեկտիվությունը բարձրացնելու եւ կրկնակի էնդոսկոպիայի անհրաժեշտությունը նվազեցնելու միջոց: Այնուամենայնիվ, էրիթրոմիցինը հստակ չի ներկայացել որպես վերջնական կլինիկական արդյունքները բարելավող միջոց (պայմանական խորհուրդ, միջին որակի ապացույցներ)

Ապացույցների ամփոփում.

էնդոսկոպիայից առաջ պրոկինետիկ միջոցների կիրառումը առաջարկվել է էնդոսկոպիայի վիզուալիզացիան բարելավելու նպատակով: Վերջերս կատարված “systematic review”-ի մեջ ուսումնասիրվել են երեք ամբողջական տպագրված ռանդոմիզացված հետազոտություններ, որոնց ժամանակ էնդոսկոպիայից առաջ պացիենտին տալիս էին ներերակային էրիթրոմիցին (12):250մգ կամ 3մգ/կգ էրիթրոմիցինի ինֆուզիան կատարում էին 5 կամ 30ր, իսկ էնդոսկոպիան անց էր կացվում ինֆուզիայի ավարտից 20-60ր անց (13-15): Բոլոր հետազոտությունները ցույց են տվել նշանակալի արդյունքներ կապված լորձաթաղանթի վիզուալիզացիայի բարելավման հետ: Այնուամենայնիվ, կլինիկական ավելի կարելի է, արդյոք էրիթրոմիցինի կիրառումը արտահայտվում է առաջնային էնդոսկոպիայի ժամանակ կատարված ավելի ախտորոշումների եւ ավելի լավ կլինիկական արդյունքների տեսքով: Այս երեք հետազոտությունների մետաանալիզը բացահայտում է առաջին էնդոսկոպիայի ընթացքում ախտորոշման համար շատ համեստ, բայց կարելի օգտավետություն (հարաբերական ռիսկ (RR) = 1.13, 1.02-1.26; բուժման համար

անհրաժեշտ քանակը (NNT) = 9): Էրիթրոմիցինը նշանակալիորեն չի իջացնում այնպիսի կլինիկական արդյունքներ, ինչպիսիք են արյան տրանսֆուզիաների քանակը, պացիենտանոցում մնալու ժամանակը կամ վիրաբուժական միջամտությունները, սակայն այն նվազեցնում է պացիենտների այն մասնաբաժինը, որոնք ենթարկվում են երկրորդ էնդոսկոպիայի (12): Մետոկլոպրամիդը գնահատող միայն երկու աբստրակտ են ուսումնասիրվել այս մետաանալիզի մեջ, եւ որեւէ նշանակալի օգտավետություն չի հայտնաբերվել այդ փոքր օրինակներում (12):

Այդ մետաանալիզից հետո մի հետազոտություն, որը ներկայացնում է ռանդոմիզացված փորձարկման մեջից վարիկոզ անոթների արյունահոսությունով պացիենտների խմբի ոչ-ռանդոմիզացված ուսումնասիրությունը, գտել է, որ էրիթրոմիցինի օգտագործման ժամանակ առկա է ավելի լավ վիզուալիզացիա եւ կրճատվում է նաեւ պացիենտների պացիենտանոցում մնալու ժամանակը, սակայն տրանսֆուզիաների կամ էնդոսկոպիաների կրկնողության քանակի նշանակալի նվազում չի նկատվել (16): Վերին ՍՍՏ արյունահոսությունով 253 պացիենտների մոտ էրիթրոմիցինի, ստանդարտ տրամաչափի նազոգաստրալ (ՆԳ) զոնդի եւ էրիթրոմիցինի համակցումը ՆԳ զոնդի հետ ռանդոմիզացված համեմատությունը չի բացահայտել որեւէ նշանակալի տարբերություններ վիզուալիզացիայի, առաջին կամ կրկնակի էնդոսկոպիայի ժամանակ ախտորոշման, հետագա արյունահոսության, տրանսֆուզիայի տվյալների միջեւ (17):

Թերապիա պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորներով

Խորհուրդներ

- 6. Նախաէնդոսկոպիկ ներերակային ՊՊԻ-ի կիրառությունը (օր.՝ 80մգ բոլորս, որին հաջորդում է 8մգ/ժ ինֆուզիան) կարող է քննարկվել որպես միջոց, որը նվազեցնում է էնդոսկոպիայի ընթացքում արյունահոսության բարձր ռիսկ*

ունեցող պացիենտների հարաբերությունը էնդոսկոպիկ բուժում ստացող պացիենտների համեմատ: Այնուամենայնիվ, ՊՊԻ-ները չեն բարելավում այնպիսի կլինիկական արդյունքներ, ինչպիսիք են՝ հեղուկ արյունահոսումը, վիրաբուժական միջամտության կարիքը, մահը: (պայմանական խորհուրդ, բարձր որակի ապացույցներ)

- 7. Ներերակային ՊՊԻ-ի կիրառումը խորհուրդ է տրվում հեղուկ արյունահոսության հավանականության նվազեցման նպատակով, եթե էնդոսկոպիան հեղաձգվել է կամ չի կարա իրականացվի (պայմանական խորհուրդ, միջին որակի ապացույցներ)*

Ապացույցների ամփոփում.

Cochrane-ի կատարած 6 ռանդոմիզացված հետազոտությունների (N = 2.223) մետաանալիզը, որոնց ընթացքում իրականացվել է նախաէնդոսկոպիկ ՊՊԻ թերապիա, չի հայտնաբերել ՊՊԻ օգտագործած եւ կոնտրոլ խմբերի միջեւ որեւէ նշանակալի տարբերություն կապված մահացության (6.1 ընդդեմ 5.5%; հավանականությունների հարաբերությունը(OR) = 1.12, 0.72 – 1.73), արյունահոսության կրկնողության (13.9 ընդդեմ 16.6%; OR = 0.81, 0.61– 1.09) կամ վիրաբուժության (9.9 ընդդեմ 10.2%, OR = 0.96, 0.68– 1.35) դեպքերի հետ (18): ՊՊԻ թերապիան նշանակալիորեն նվազեցրել է պացիենտների այն մասնաբաժինը, որոնք ունեն էնդոսկոպիկ բարձր ռիսկի նշաններ (ակտիվ արյունահոսություն, չարյունահոսող տեսանելի անոթ եւ կպած թրոմբ) (37.2 ընդդեմ 46.5%; OR = 0.67, 0.54– 0.84) եւ նրանց, ովքեր ենթարվում են էնդոսկոպիկ բուժման (8.6 ընդդեմ 11.7 % ; OR = 0.68, 0.50 – 0.93): Նմանատիպ արդյունքներ նկատվել են նաեւ բարձր որակի միակ հետազոտությունում, որն օգտագործել է բարձր դոզայով բոլյուս ՊՊԻ, այնուհետեւ շարունակական ներերակային ինֆուզիան (19): Էնդոսկոպիկ թերապիան իրականացվել է 19.1 ընդդեմ 28.4 %-ի մոտ (P = 0.007) եւ ՊՊԻ թերապիա ստացած

խոցերով պացիենտների մեջ ակտիվ արյունահոսությունները նշանակալիորեն ավելի հազվադեպ էին հանդիպում (6.4 ընդդեմ 14.7 %; $P = 0.01$), իսկ մաքուր հատակով խոցերը ավելի հաճախ (64.2 ընդդեմ 47.4 % ; $P = 0.001$): Էնդոսկոպիայից հետո ՊՊԻ թերապիան պետք է դադարեցվի, քանի դեռ պացիենտը չունի պատճառներ, որոնց համար ՊՊԻ-ն կլինի օգտավետ (օր.՝ խոցեր կամ էրոզիաներ):

Cochrane-ի կատարած ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետաանալիզը, որոնց ժամանակ վերին ՍԱՏ արյունահոսությունով պացիենտները հետետողականորեն չեն ստացել հեմոստատիկ էնդոսկոպիկ թերապիա, ցույց է տվել, որ ՊՊԻ թերապիան զուգակցվում է կրկնակի արյունահոսությունների ($OR = 0.38$, $0.18-0.81$ (նշանակալի տարբերությամբ); $NNT = 10$) եւ վիրաբուժական դեպքերի ($OR = 0.62$, $0.44-0.88$; $NNT = 17$), սակայն ոչ մահացության նվազման հետ: Սա ենթադրում է, որ եթե էնդոսկոպիան հետաձգվել է կամ չի կարա իրականացվի, ապա ՊՊԻ թերապիան կարող է բարելավել կլինիկական արդյունքները:

Ստամոքսի վնասում

խորհուրդներ

- 8. ՍԱՏ արյունահոսությունով պացիենտների մոտ դիագնոստիկայի, պրոզնոզի, վիզուալիզացիայի կամ թերապեւտիկ էֆեկտի նպատակով նազոգաստրալ կամ օրոգաստրալ զոնդով վնասման կարիք չկա (պայմանական խորհուրդ, ցածր որակի ապացույցներ)*

Ապացույցների ամփոփում.

ՍԱՏ արյունահոսությունով պացիենտների մոտ ՆԳ վնասման օգտագործումը առաջարկվել է մի շարք պատճառներով՝ որոշելու համար արդյոք արյունահոսության աղբյուրը ՍԱՏ վերին հատվածներն են, պրոզնոստիկ ինֆորմացիան ապահովելու նպատակով, էնդոսկոպիայի ավելի լավ վիզուալիզացիա ապահովելու նպատակով

արյունը եւ թրոմբերը մաքրելու համար, ինչպես նաեւ ՍԱՏ արյունահոսությունը բուժելու նպատակով:

Վերին ՍԱՏ աղբյուրի արձանագրումը.

ՆԳ գոնդով արյան կամ կոֆեի նստվածքի բնույթի ասպիրացիան պարզ արձանագրում է վերին ՍԱՏ արյունահոսության առկայությունը, եւ արյունային բնույթի ասպիրացիայի դեպքում հավանականությունը որ կլինի ակտիվ արյունահոսության կամ չարյունահոսող տեսանելի անոթ ավելի բարձր է ի համեմատ այն դեպքերի, երբ ասպիրացիան մաքուր է կամ կոֆեի նստվածքի բնույթի (21,22): Այնուամենայնիվ, մաքուր կամ լեղային բնույթի ասպիրացիա ավելի քան 18% դեպքերում կարող է հանդիպել նաեւ վերին ՍԱՏ արյունահոսության աղբյուրով պացիենտների մոտ (22-27): Օրինակի համար, Կանադայի վերին ՍԱՏ արյունահոսությունների ռեգիստրը գրանցել է, որ վերին ՍԱՏ արյունահոսությունով պացիենտների 13%-ը ունի մաքուր կամ լեղային ասպիրացիոն նյութ; մաքուր կամ լեղային ասպիրացիոն նյութով պացիենտների 15%-ը ունեին ակտիվ արյունահոսություն կամ չարյունահոսող տեսանելի անոթ, ի համեմատ կոֆեի նստվածքով պացիենտներ՝ 23%, արյունային ասպիրացիայով պացիենտներ՝ 45%:

Մի առաջահայաց ուսումնասիրության, պացիենտների մոտ ներկայացնելով հեմատոշիզիային գումարած հիպոտենզիա, հաճախասրտություն, հեմոգլոբինի անկում կամ փոխներարկում եւ նազոգաստրալ բացասական արտազատուկ, նկարագրել է, որ 15%-ն են ունեցել էր վերին ստամոքսաղիքային աղբյուր (27): Չնայած՝ ոմանք ենթադրում են, որ ոչ արյունային, լեղային պարունակությամբ արտազատուկը ցույց է տալիս դուոդենալ պարունակություն, բացառելով ՎՍԱԱ-ի աղբյուրը, սակայն բժիշկները սխալվում են մոտ 50% դեպքերում, երբ արտազատուկը ստացվում է լեղային բնույթի (25): Ի լրումն, ՆԳ արտազատուկի թեստը թաքնված արյունահոսության հայտնաբերման համար կիրառելի չէ:

Կանխատեսվող արժեքը: Կոահողականորեն, ՆԳ շարունակվող արյունային արտազատուկը թվում է թե ցույց է տալիս առավել ծանր ՎՍԱԱ մասին: ՆԳ արտազատուկը կարմիր արյան տեսքով, հաղորդում է առավել ծանր արյունահոսության մասին (համպատասխանաբար պահանջելով > 5 միավոր արյան եւ վիրահատություն) (21,22), եւ մեծացնում է էնդոսկոպիայի ժամանակ բարձր ռիսկայնության դրոշմի հայտնաբերելու հավանականությունը (21, 22): Այնուամենայնիվ հայտնի չէ, թե արդյոք արյունային արտազատուկը ապահովում է ավելի լավ կանխատեսող տեղեկատվություն, քան այլ մատչելի մեթոդները, ինչպիսիք են արյան զարկերակային ճնշման եւ պուլսի հաճախության որոշումը: Կատարված առաջահայաց հետազոտության տվյալները, որոնք ստացվել են 325 պացիենտների մոտ, «շոկի» համամասնությունը (սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը <100 մմ ս.ս. եւ պուլսի հաճախականությունը > 100 զարկ րոպեում), փոխկապակցվել է ՆԳ արտազատուկի հետ հետևյալ կերպ. 11% մաքուր արտազատուկ, 36% սուրճի նստվածքի տեսքով եւ 60%՝ արյունային արտազատուկ(28):

Տեսանելիության բարելավում: Ստանդարտ փոքր տրամաչափի ՆԳ խողովակը, սովորաբար օգտագործվում է ստամոքսից արտածման համար, այդքան էլ արդյունավետ չէ ստամոքսից մակարդուկների դուրս բերման համար: Մեծ տրամաչափի օրոգաստրալ խողովակը է առավել արդյունավետ կմաքրի ստամոքսը առատ ՎՍԱԱ-ի ժամանակ: 40 French օրոգաստրալ խողովակի փոքր ռանդոմիզացված համեմատությունը (սեդացիայի պայմաններում) ստամոքսը չլվանալու հետ 38 պացիենտների մոտ ցույց տվեց հատակի գերազանց տեսամեղիության զգալիորեն բարձր համամասնություն եւ նմանատիպ միտում անտարալ հատվածում ($P = 0.06$) (29): Ստամոքսում արյունահոսություն աղբյուրի համամասնության մեջ էական տարբերություն չկար (95% եւ 83%): Մեծ տրամաչափի օրոգաստրալ խողովակի օգտագործումը պացիենտների համար դժվար է ու անհարմար եւ չի կարող խորհուրդ տրվել սովորաբար կիրառելու:

Արտաձծման էնդոսկոպիկ մեթոդները նախատեսված են բարելավելու տեսանելությունը, այդ թվում՝ մեծ խողովակի օգտագործումը (6 մմ) կամ արտաքին օժանդակ սարքի օգտագործումը, որի աշխատանքը արդեն գնահատվել է մի շարք դեպքերում (30,31): Հետագա ուսումնասիրությունը անհրաժեշտ է պարզելու դրենց պոտենցիալ դերը որպես համեմատություն պրոկինետիկ թերապիայի եւ ՆԳ արտաձծման հետ:

Թերապևտիկ ազդեցություն: Հին դասագրքերը հաղորդում են, որ ՆԳ լվացումը կարող է դադարեցնել արյունահոսությունը դեպքերի մեծամասնությունում եւ խորհուրդ էր տրվում օգտագործել սառցե աղաջուր: Սակայն, ՎՍԱԱ-ն դադարում է սպոնտան ձևով պացիենտների մեծամասնության մոտ, առանց կոնկրետ թերապիայի, եւ շների մոտ փորձարարական ձևով առաջացված խոցերը արտացոլում էին նույն արդյունքները լվացման ժամանակ եւ կարող էր նույնիսկ ավելի վատ արդյունք ստացվել ջերմաստիճանի 0-4 ° C-ի դեպքում (32):

Էնդոսկոպիան ախտորոշման համար

Էնդոսկոպիայի ժամկետները

Խորհուրդներ:

9. ՎՍԱԱ-ով պացիենտները ընդհանուր առմամբ պետք է անցնեն էնդոսկոպիա 24 ժամվա ընթացքում, հետագա ինտենսիվ թերապիայի միջոցառումների հետ՝ օպտիմալացնելով հեմոդինամիկ ցուցանիշները եւ այլ բժշկական խնդիրները (իրավիճակային խորհուրդներ, ցածր որակի ապացույցներ):

10. Հեմոդինամիկորեն կայուն են եւ առանց լուրջ ուղեկցող հիվանդություններ ունեցող պացիենտների մոտ էնդոսկոպիան պետք է իրականացվի որքան հնարավոր է արագ, էական համամասնությամբ բացահայտվի ցածր ռիսկային էնդոսկոպիկ արդյունքները,

որոնց շնորհիվ պացիենտը կարող է ապահով դուրսգրվել (իրավիճակային խորհուրդ, չափավոր որակի ապացույցներ):

11. Կլինիկական բարձր ռիսկային ցուցանիշներ ունեցող պացիենտների շրջանում (օրինակ, տախիկարդիա, հիպոտենզիա, արյունախիտում կամ ՆԳ արյունային արտածծում պացիենտանոցում) Էնդոսկոպիան պետք է կատարվի 12 ժամվա ընթացքում բարելավելու համար կլինիկական արդյունքները (իրավիճակային խորհուրդ, ցածրորակ ապացույցներ):

Ապացույցների ամփոփում

Վաղ Էնդոսկոպիան սահմանվում է որպես Էնդոսկոպիա, որը իրականացվում է 2-24 ժամվա ընթացքում: Մի շարք դիտարկված ուսումնասիրությունները եւ մի քանի ռանդոմիզացված հետազոտությունները գնահատել են այս նյութը, սակայն ուսումնասիրության մեջ տատանումների ընդգծումը սահմանումները , կետերը եւ մեթոդաբանակ խստությունը արդյունքների սինթեզը դարձնում են դժվար: Երկու համակարգված հետազոտություններ ամփոփել են այդ ուսումնասիրությունները (33,34): Էնդոսկոպիայի վաղ ուսումնասիրությունները հետետողականորեն ցույց են տալիս, որ պացիենտները, որոնք ենթարկվում Էնդոսկոպիայի 8 ժամվա ընթացքում, ունեն ավելի բարձր ռիսկայնություն (ակտիվ արյունահոսություն, տեսանելի անոթներ կամ արյան մակարդուկներ), քան նրանք, ովքեր ավելի ուշ են ենթարկվում Էնդոսկոպիայի (34)՝ դրանով իսկ մեծացնելով նրանց համամասնությունը, ովքեր պահանջում են Էնդոսկոպիկ թերապիա: Սակայն ուսումնասիրությունները չեն փաստաթղթավորել կլինիկական ելքերի օգտակարություն Էնդոսկոպիաներից, որոնք իրականացվել են 2-12 ժամվա ընթացքում (33,34): Հետազոտությունները վկայում են, որ Էնդոսկոպիան օգտակար է ընդունվելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում՝ նվազեցնելով հոսպիտալացման տևողությունը (35,36) եւ վիրաբուժական միջամտությունը (35): Այսպիսով, Էնդոսկոպիան, որը կատարվում է ընդունվելուց հաշված 24 ժամվա ընթացքում, դառնում է նպատակահարմար ՎՍԱԱ-ով ընդունված

բնակչության համար: Սակայն, ռիսկայնության աստիճանավորումը կարող է նույնպես դերակատարություն ունենալ էնդոսկոպիայի կատարման ժամկետների համար:

Ցածր ռիսկայնությամբ պացիենտներ: Lee et al. (37) կատարվել է ռանդոմիզացված հետազոտություն, որտեղ համեմատվել են էնդոսկոպիաները, որոնք կատարվել են 2 և 48 ժամվա ընթացքում 110 պացիենտների մոտ, որոնք եղել են հեմոդինամիկորեն կայուն, լուրջ ուղեկցող խնդիրներ չեն ունեցել եւ չի եղել արյունահոսության կասկած վարիոզ լայնացած երակներից: Էական տարբերություններ լավացման և վերջնարդյունքների միջև, ինչպիսիք են արյունահոսությունը, վիրահատությունը կամ մահացությունը, չեն հայտնաբերվել: Սակայն, հոսպիտալացման տևողությունը, հետդուրսգրումային չալանավորված բժշկական այցելությունները եւ ծախսերը էապես նվազել են վաղ էնդոսկոպիա անցկացված խմբում: Վաղ էնդոսկոպիայի խմբի պացիենտների քառասունվեց տոկոսը կարող էին դուրս գրվել տուն անմիջապես, քանի որ չեն ունեցել կրկնակի արյունահոսություն և կրկնակի էնդոսկոպիա հաջորդ ամսվա ընթացքում:

Հաջորդ ռանդոմիզացված հետազոտության մեջ համեմատվել են վաղ էնդոսկոպիաները անցկացված համապատասխանաբար 6 և 48 ժամերի ընթացքում 93 պացիենտների մոտ, որոնք եղել են հեմոդինամիկորեն կայուն ծանր ուղեկցող պացիենտությունների բացակայությամբ: Արդյունքում չեն դիտվել էական օգուտներ կլինիկական վերջնարդյունքներում կամ ռեսուրսների օգտագործման մեջ (38). Չնայած դուրս գրումը առանց հոսպիտալացման առաջարկվել է վաղ էնդոսկոպիայի ենթարկված պացիենտներից 40% -ին, ովքեր հանդիպել են վաղ դուրս գրման չափանիշներին, այս խորհուրդին հետևել են ընդամենը 9% -ը՝ համարելով, որ վաղ էնդոսկոպիայի ֆինանսական օգուտը կարող է լինել միայն այն դեպքում, երբ բժիշկները օգտագործում են էնդոսկոպիայի արդյունքները բուժման որոշումների կայացման համար:

Այսպիսով, երկու ուսումնասիրությունները վկայում են, որ վաղ Էնդոսկոպիայի իրականացումը պացիենտների մոտ, ովքեր հեմոդինամիկորեն կայուն եւ չունեն լուրջ ուղեկցող խնդիրներ կարող է հանգեցնել ցածր ծախսերին՝ հնարավորություն տալով վաղ դուրսգրել պացիենտների մինչեւ 40-45% - ին և նպաստելով Էնդոսկոպիայի կատարմանը այնքան արագ, որքան հնարավոր է կլինիկական ցածր ռիսկային առանձնահատկություններ ունեցող պացիենտների շրջանում: Սակայն, կլինիկական օգուտի բացակայությունը դեմ է հանդես գալիս անհետաձգելի ցուցումներով Էնդոսկոպիայի կատարմանդեմ (օրինակ՝ «գիշերվա կեսին») ցածր ռիսկային պացիենտների մոտ: Բացի այդ, ինչպես արդեն նշվեց, ցածր ռիսկային պացիենտների մոտ, հիմնվելով նախնական Էնդոսկոպիայի գնահատման վրա (օրինակ, Blatchford հաշիվը 0), կարելի է ենթադրել դուրս գրում անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքից՝ չենթարկվելով Էնդոսկոպիայի (9):

Բարձր ռիսկայինություն ունեցող պացիենտների: Մի ռանդոմիզացված հետազոտության ժամանակ համեմատվել են Էնդոսկոպիան, որը կատարվել է 12 ժամվա ընթացքում Էնդոսկոպիայի հետ, որը կատարվել է ընդունվելուց 12 ժամ հետո, առանց բացառության բարձր ռիսկայինություն ունեցող պացիենտների, առանց որևէ էական առավելության արյունահոսության, վիրահատություն կամ մահացության մեջ: Ենթախմբերի վերլուծության ժամանակ պարզվել է, որ պացիենտները, ովքեր ունեցել են արյունային արտազատում ՆԳ զոնդից մինչ Էնդոսկոպիան (բայց ոչ նրանք, ում մոտ եղել է մաքուր կամ սուրճի նստվածքի տեսքով արտազատուկ) ստացել են զգալիորեն ավելի քիչ միավորներ արյան փոխներարկում եւ պացիենտանոցային օրեր (28): Ինչպես վերը նշվեց, այս արյունային արտազատումով պացիենտների մոտ սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը եղել է <100 մմ Hg, իսկ պուլսի հաճախականությունը> 100 զարկ / րոպեում-ից: Նույն կերպ վերջերս կատարված դիտարկումային ուսումնասիրությունը հայտնաբերել է զգալիորեն ավելի բարձր մահացություն բարձր ռիսկայինություն ունեցող ՎՍԱԱ-ով այն պացիենտների մոտ (Blatchford ցուցանիշը \geq 12), որոնց Էնդոսկոպիան կատարվել է ընդունվելուց 13 ժամ անց (44%), ի

տարբերություն վաղ կատարված էնդոսկոպիայի (0%, $P < 0.001$) [39]: Բազմակողմանի վերլուծությունը ցույց է տվել, որ պացիենտի ընդունվելուց մինչև էնդոսկոպիա ընկած ժամանակահատվածի փոփոխականությունն էր միայն զգալիորեն կապված մահացության հետ:

Այսպիսով, սահմանափակ տվյալները, ստացված ենթախմբի ռանդոմիզացված հետազոտության և դիտարկումային ուսումնասիրության վերլուծությունից, բարձրանում է հավանականությունը, որ բարձր ռիսկային կլինիկական առանձնահատկություններ ունեցող պացիենտների մոտ կարող են բարելավվել կլինիկական արդյունքները, եթե էնդոսկոպիան կատարվում է ընդունման պահից հաշված 12 ժամվա ընթացքում:

Վաղ էնդոսկոպիայի ռիսկը: էնդոսկոպիայի պոտենցիալ ռիսկը, որը հաճախ կատարվում է սահմանափակ ժամերում պացիենտ պացիենտների նկատմամբ, պետք է քննարկվի: Մի առաջադեպ, ոչ ռանդոմիզացված ուսումնասիրությունը ցույց է տվել թթվածնի դեսատուրացիայի ռիսկի բարձրացում այն պացիենտների մոտ, որոնք ենթարկվել են էնդոսկոպիայի 2 ժամվա՝ համեմատելով էնդոսկոպիային, որը կատարվել է 2-24 ժամվա ընթացքում [40]: Այս ուսումնասիրությունը կարելի էր արժեքավորվել այն փաստը, որ վաղ էնդոսկոպիան ունի հետագա բարդությունների աճի պոտենցիալ, եթե դրանք առաջացել են շատ շուտ, նախքան համապատասխան վերակենդանացման ել կայունացման միջոցառումները:

Խոցի եւ կայացած արյունահոսության էնդոսկոպիկ ախտորոշումը

Խորհուրդներ:

12.4այացած արնահոսության նշանները (ԿԱՆ) պետք է գրանցվեն, որպեսզի կանխատեսվի հետագա արյունահոսության վրանգը եւ կազմվի որոշումների

ուղեցույցը: Արյունահոսության նշաններն են կտրված շիթային արյունահոսությունը, չարյունահոսող տեսանելի անոթը, արյան ակտիվ ծորումը, արյան ամրացած մակարդուկը, հարթ պիգմենտային բիծը և մաքուր հալակը (ուժեղ խորհուրդ, բարձրորակ ապացույց):

Ապացույցների ամփոփում

Խոցի հյուսվածքաբանական սահմանումը պահանջում է թափանցում մինչև ենթալորձային շերտ կամ ավելի խորը: Ի հակադրություն, էռոզիայի, որը սահմանափակվում է լորձաթաղանթում: Այն կլինիկորեն համապատասխանելի է, քանի որ լուրջ արյունահոսություն էրոզիայից չի առաջանում լորձաթաղանթում երակների եւ զարկերակների բացակայության պատճառով: Բավականին լուրջ արյունահոսություն տեղի է ունենում այն ժամանակ, երբ խոցը թափանցում է ենթալորձային շերտի կամ ավելի խորը տեղակայված անոթների մեջ: Swain et al. [41] կողմից գնահատվել է histological տեսանելի անոթներով ստամոքսի խոցերի հուսվածքաբանական բնութագրերը 27 պացիենտների մոտ, որոնց մոտ պահանջվել է վիրահատություն հետագա արյունահոսության կապակցությամբ, եւ բացահայտվել են զարկերակները խոցի հատակում 27 նմուշներից 26-ի մոտ (96%):

Աղյուսակ 2.4այսցած արյունահոսության դասակարգումը 2401 խոցային արյունահոսությունով հոսպիտալացված պացիենտների մոտ ԱՄՆ-ի 72 էնդոսկոպիայի կենտրոններում(48):

Արյունահոսության նշան	Forrest դասակարգում	Հանդիպման հաճախություն
Ակտիվ շիթային արյունահոսություն	IA	12% (շիթային և ծորացող)
Ակտիվ ծորացող արյունահոսություն	IB	-

Չարյունահսող տեսանելի անոթ	IIA	8%
փակցված մակարդուկ	IIB	8%
Հարթ պիգմենտային բիծ	IIC	16%
Մաքուր հատակ	III	55%

Չնայած նրան, որ խոցի սահմանումը պայմանավորված է հյուսվածքաբանական խորությամբ, գործնականում ոչ մի օբյեկտիվ մեթոդով խոցի խորության չափում չի իրականացվում: Ներկայումս, խոցի էնդոսկոպիկ ախտորոշումը հիմնված է էնդոսկոպիստի մեկնաբանության վրա, երբ միանշանակ խորությունը ներկա է էնդոսկոպիկ արտացոլման մեջ:

Խոցը մակերեսը, չափերը կամ տրամագիծը կարող է գնահատվել հայտնի սարքի օգտագործման չափանիշներով, ինչպես օրինակ՝ բաց բիոպսիայի պինգետը: Խոցերը, որոնք մեծ են 1-2 սմ-ից ասոցացվում են են հետագա արյունահոսություն բարձր հաճախության հետ պահպանողական թերապիայից եւ էնդոսկոպիկ թերապիայի հետո [42-44]:

Կայացած արյունահոսության նշանները նկարագրում են խոցային արյունահոսության ժամկետները էնդոսկոպիայի ենթարկված պացիենտների մոտ: Կայացած արյունահոսության նշանները ապահովում են կանխատեսիչ տեղեկություններ կրկնակի արյունահոսության ռիսկի, թերապևտիկ միջամտություններ կարիքի և մահացության վերաբերյալ [45,46]: Կայացած արյունահոսության նշանները, հետեւաբար, օգտագործվում են դասակարգելու խոց արյունահոսությունով պացիենտներին եւ առաջնորդելու բուժման որոշումները, ներառելով էնդոսկոպիկ եւ դեղորայքային թերապիան, ընդունումը, դուրսգրումը եւ պացիենտանոցում խնամքի մակարդակը: Արյունահոսության կլինիկական ապացույցների բացակայության դեպքում, սակայն,

կայացած արյունահոսության նշանների առկայությունը չի կապվում հաջորդող արյունահոսության ռիսկի հետ [47]:

Կայացած արյունահոսության նշանների նկարագրողական ժամկետները ընդհանուր առմամբ օգտագործվում է Հյուսիսային Ամերիկայում, իսկ Forrest դասակարգումը տարածված է Եվրոպայում եւ Ասիայում: Կայացած արյունահոսության նշանների նկարագրողական ժամկետները և Forrest դասակարգումը ներկայացված են աղյուսակ 2-ում ԱՄՆ-ի գերակշռության հետ միասին: Խոցային արյունահոսությունով շատ պացիենտներ ունեն մաքուր հատակների կամ հարթ բծերի ցածր ռիսկային բնութագրեր՝ նկարագրված էնդոսկոպիայի միջոցով [48]: Ակտիվ արյունահոսությունը կարող է թուլանալ զարկերակային շիթայինից եւ ծորացողից, թեեւ դեպքերի գերակշիռ մասը համատեղում են այս ձևերը: Վերջերս խոշոր առաջահայաց հետազոտությունը գտել է, որ 397 պացիենտներից միայն 68-ի (17%) մոտ ակտիվ խոցային արյունահոսություններն են եղել շիթային զարկերակային [49]: Աղյուսակ 3-ում ցուցադրված է հետագա արյունահոսության, վիրահատության եւ մահացության համախմբված հաճախությունը, առանց էնդոսկոպիկ թերապիայի՝ դասակարգվելով ըստ կայացած արյունահոսության նշանների:

Շատ ուսումնասիրություններ եւ մետաանալիզներ խոցային արյունահոսության ելքերը միավորում են շիթային և ծորացող արյունահոսությունները «ակտիվ խոցային արյունահոսություն» անվանակարգում: Սակայն, առաջահայաց հետազոտության արդյունքները ենթադրում են, որ դրանք պետք է դիտարկել առանձին-առանձին, քանի որ շիթային արյունահոսության հետագա արյունահոսության ռիսկը էականորեն ավելի բարձր է, քան՝ ծորացողի ռիսկը: Ոչ ռանդոմիզացված ուսումնասիրությունները միայն կոնսերվատիվ թերապիա ստացող (առանց էնդոսկոպիկ թերապիայի) պացիենտների մոտ ցույց է տվել, որ երկու դեպքերում էլ վիրահատություն պահանջող հետագա արյունահոսության հաճախությունը եղել է ավելի բարձր շիթայինի ժամանկ, քան՝ ծորացողի (7/10 (70%) ընդդեմ 7/24 (29%) եւ 5/8 (63%) ընդդեմ 7/35 (20%)) (50,51): Մի

ուսումնասիրության մեջ ընդգրկված ՎՍԱԱ-ով պացիենտների մոտ, որոնք ընդունվել են վերակենդանացման բաժանմունք, փոխներարկում պահանջող հետագա արյունահոսություն տեղի է ունեցել 23/24 (88%) շիթային եւ 3/28 (11%) ծորացող դեպքերում [52]. Ութ առաջահայաց հետազոտությունների տվյալները ցույց են տվել, որ ծորում ունեցող ՎՍԱԱ-ով պացիենտները ստացել են կոնսերվատիվ բուժում առանց էնդոսկոպիկ թերապիայի և պարզվել է, որ հետագա արյունահոսության հաճախությունը եղել է 39% (միջակայքը 10-100%) [50,51,53-58] եւ հետագա արյունահոսությունը, որը պահանջել է անհետաձգելի վիրահատություն կազմել է 26 % (միջակայքը 20-38%) [50,51,55,56]:

Աղյուսակ 3.

Կայացած արյունահոսության նշանները և հետագա արյունահոսության միջին հաճախությունը(միջակայքերը), վիրաբուժությունը եւ մահացությունը առաջահայաց հետազոտություններում առանց էնդոսկոպիկ թերապիայի [45]

նշանները	Հետագա արյունահոսություն (N = 2,994)	Վիրահատություն արյունահոսության կապակցությամբ (N = 1,499)	Մահացություն (N = 1,387)
Ակտիվ արյունահոսություն	55% (17-100%)	35% (20-69%)	11% (0-23%)
Չարյունահոսող տեսանելի անոթ	43% (0-81%)	34% (0-56%)	11% (0-21%)
Սուսնձված	22% (14-36%)	10% (5-12%)	7% (0-10%)

մակարդուկ			
Հարթ պիզմենտային հատակ	10% (0-13%)	6% (0-10%)	3% (0-10%)
Մաքուր խոցային հատակ	5% (0-10%)	0.5% (0-3%)	2% (0-3%)

Կայացած արյունահոսության նշանների թվարկված տարբերությունները կարելի է տեսնել տարբեր հաշվետվությունների հարաբերական համամասնություններում եւ կարող է պայմանավորված լինել մի քանի գործոններով: Մեկ պոտենցիալ բացատրությունը էնդոսկոպիայի ժամկետներն են, ինչպես նշվեց վերելում, կայացած արյունահոսության առավել բարձր ռիսկայնությունը որոշվում է ավելի վաղ կատարված էնդոսկոպիայով: Մեկ այլ պոտենցիալ բացատրություն էլ որոշ էնդոսկոպիստների միջ-հետազոտական անհամաձայնությունն է: Զգալի փոփոխականությունը արձանագրում են որոշ էնդոսկոպիստներ՝ դասակարգելով կայացած արյունահոսության նշանները լուսանկարներով կամ տեսանկարահանումով [59,60]: Համաձայնության մեջ բարելավումների կարելի է հասնել վարժանքներով (օրինակ՝ հրահանգավորում լուսանկարների, տեսանյութերի, ատլասների ցուցադրումով) [49,59,61]: Հնարավոր է նաեւ պացիենտների բնութագրերի տարբերակումը (օրինակ, ուղեկցող պացիենտությունների ծանրությունը) կարող է ազդել կայացած արյունահոսության նշանների վրա:

Կայացած արյունահոսության նշանների նկարագրված համամասնություններում մեկ այլ պոտենցիալ տարբերություն կարող է վերաբերել մակարդուկների ոռոգման փոփոխականությանը: Ջրային պոմպերով ուժեղ ոռոգումը լվանում է ստորադիր մակարդուկը և բացահայտում է կայացած արյունահոսության նշանը պացիենտների

զգալի մասի մոտ: Մի ուսումնասիրությունով ստացվել է, ներարկիչային ոռոգմամբ, որը հաջորդել է միայն 10 օրային պոմպով ոռոգելուց հետո, հեռացվել են մակարդուկները պացիենտների 33% -ի մոտ [62] : Մեկ այլ հետազոտությունով ջրայինի պոմպերը ոռոգել են մինչև 5 րոպե տևողությամբ, և հեռացվել են մակարդուկները 43% պացիենտների մոտ, բացահայտելով էնդոսկոպիկ թերապիայի կատարման բարձր ռիսկային նշանները 30%-ի մոտ եւ ցածր ռիսկային նշանները՝ 13%-ի, ոչ մի բուժում չի կատարվել 57% դեպքերում , երբ դիտվել է հատակում սոսնձված մակարդուկ, իսկ կրկնակի արյունահոսության հաճախությունը կազմել է ընդամենը 8% (63): Այսպիսով, խորհուրդ է տրվում կատարել մակարդուկի ուժեղ ոռոգում խոցի հատակում, որպեսզի ավելի ճշգրտորեն բացահայտվի ստորադիր գտնվող կայացած արյունահոսության նշանները, եւ ավելի ճշգրտորեն գնահատվի կրկնակի արյունահոսության ռիսկը:

էնդոսկոպիկ Թերապիա

Ո՞վ պետք է ստանա էնդոսկոպիկ թերապիա:

խորհուրդներ:

13. *էնդոսկոպիկ թերապիան պետք է տրամադրվի այն պացիենտներին, որոնց մոտ առկա է ակտիվ շիթային կամ ծորումով արյունահոսություն կամ չարյունահոսող տեսանելի անոթ (Ուժեղ խորհուրդ, բարձր որակ ապացույց) (նկ. 1):*

<p>Ակտիվ արյունահոսություն կամ չարյունահոսող տեսանելի անոթ</p>
--

<p>Սոսնձված մակարդուկ</p>

<p>Հարթ բիծ կամ մաքուր հատակ</p>

Էնդոսկոպիկ
թերապիա

Կարող է
քննարկվել
Էնդոսկոպիկ
թերապիան

Ոչ Էնդոսկոպիկ
թերապիա

ն/ե պրոտոնային
պոմպի
ինհիբիտորի
բոլուս+ինֆուզիա

ն/ե պրոտոնային
պոմպի
ինհիբիտորի
բոլուս+ինֆուզիա

Խմելու
պրոտոնային
պոմպի
ինհիբիտոր

Նկար1. առաջարկված Էնդոսկոպիկ և դեղորայքային բուժում հիմնված խոցի հատակում արյունահոսության նշանի վրա:

14. Էնդոսկոպիկ թերապիան կարող է քննարկվել ուժեղ ոռոգմանը ռեզիստենտ սոսնձված մակարդուկով պացիենտների համար: Ավելի մեծ օգուտ կարող է լինել այն պացիենտների մոտ, որոնց կլինիկական նշանները համակցվում են բարձր ռիսկայնությամբ կրկնակի արյունահոսության հետ (օրինակ՝ մեծ փարիք, ուղեկցող պացիենտություն, սրացիոնարում գտնվելու ժամանակ արյունահոսության վերսկսում) (պայմանական առաջարկություն, չափավոր որակի ապացույց):

15. Էնդոսկոպիկ թերապիան չպետք է տրամադրվի պացիենտներին, ովքեր ունեն խոցի մաքուր հատակ կամ հարթ պիզմենտային բիծ (ուժեղ խորհուրդ, բարձրորակ ապացույց):

Ապացույցների ամփոփում

Ակտիվ խոցային արյունահոսություն ունեցող պացիենտների շրջանում (շիթային եւ ծորացող համակցված) անցկացված էնդոսկոպիկ թերապիայի մետաանալիզի արդյունքների համեմատությունը ոչ էնդոսկոպիկ թերապիայի հետ, ցույց է տալիս հետագա արյունահոսության զգալի նվազում ($RR = 0.29, 0.20-0.43$), ինչպես նաեւ NNT-ում ընդամենը 2 (64)։ Հրատապ միջամտության եւ վիրահատության անհրաժեշտությունը նույնպես զգալիորեն նվազել է։ Չարյունահոսող և խոցի հատակում տեսանելի անոթի առակայությամբ պացիենտների մոտ անցկացված մետաանալիզը բացահայտել է հետագա արյունահոսության էական նվազում ($RR = 0.49, 0.40-0.59$; $nnt = 5$), ինչպես նաեւ անհետաձգելի միջամտության եւ վիրահատության զգալի նվազում (64)։

Չնայած նրան, որ մետաանալիզների և ռանդոմիզացված վերլուծություններում շիթային եւ ծորացող արյունահոսությունները ներկայացված են համակցված, հետագա արյունահոսության հաճախությունը էապես ցածր է ծորացող արյունահոսության ժամանակ։ Այնուամենայնիվ, կրկնակի արյունահոսության 39% հաճախությունը պացիենտների մոտ, որոնք բուժվել են կոնսերվատիվ, աջակցվում է էնդոսկոպիկ թերապիայի կատարումը ծորացող արյունահոսության ժամանակ։ Ավելի լավ արդյունավետություն կարելի է սպասել էնդոսկոպիկ թերապիայից ծորում ունեցող պացիենտների մոտ քան նրանց մոտ, ովքեր ունեն բարձր ռիսկային նշաններ։ Մի ռանդոմիզացված պլացեբո հետազոտության ժամանակ բարձր դոզայով PPI ստացած պացիենտների շրջանակներում ընդդեմ պլացեբոյի էնդոսկոպիկ թերապիայից հետո, հետագա արյունահոսության հաճախությունը 72 ժամում ավելի ցածր էր ծորացողի (4.9%), քան շիթային (22.5%), մակարդակով (17.7%), կամ չարյունահոսողող տեսանելի անոթի (11,3%) դեպքում (65)։

Պատահական բաշխմամբ փորձարկման մետաանալիզը սուսնձված մակարդուկով պացիենտների մոտ ցույց չի տվել զգալի օգուտ (RR = 0.31, 0.06-1.77) (64): Սակայն, առկա է զգալի հետերոգենություն է տվյալ ուսումնասիրությունների մեջ: ԱՄՆ-ի երկու հետազոտություններ արձանագրեցին կրկնակի արյունահոսության ժամանակ զգալի օգուտ էնդոսկոպիկ հեմոստազից՝ համեմատելով կոնսերվատիվ թերապիայի հետ՝ 3% ընդդեմ 35%-ի (61,66): Մյուս ուսումնասիրությունները՝ ստացված Եվրոպայից եւ Ասիայից, ցույց չտվեցին որևէ օգտակար առաջարկություն: Մի ուսումնասիրություն, օգտագործելով թերապիայի խորհուրդներ (ուժեղ ոռոգում, PPI-ի բոլուս եւ շարունակական Ինֆուզիա՝ էնդոսկոպիային հաջորդող), հաղորդում է կրկնակի արյունահոսության բացակայություն մակարդուկ ունեցող 24 պացիենտների մոտ, որոնք ստացել են միայն դեղորայքային թերապիա (67): Նշված արդյունքների տատանումների պատճառները անորոշ են, բայց պոտենցիալ բացատրությունները կարող են ներառել ուղեկցող պացիենտությունների ծանրության տարբերությունը(ԱՄՆ-ում կատարած ուսումնասիրություն հիմնականում երրորդական խնամքի կենտրոններում), խոցային պացիենտության էթիոլոգիան(H. pylori խոցերը կարող են ավելի տարածված լինեն ԱՄՆ-ից դուրս), եւ արձագանքը պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորների նկատմամբ (ավելի բարձր է H. pylori դրական պացիենտների մոտ եւ Ասիայում):

Մաքուր հիմքով կամ հարթ պիզմենտավորված հատակով խոցեր ունեցող պացիենտները հազվադեպ են ունենում լուրջ կրկնվող արյունահոսություն (45) եւ, հետեւաբար, զգալի օգուտ է էնդոսկոպիկ թերապիայից չի դիտվում:

Ի՞նչ էնդոսկոպիկ թերապիա պետք է օգտագործվի

Խորհուրդներ:

16. Էպինեֆրինային թերապիան չպետք է օգտագործվի միայնակ: Եթե օգտագործվում է, ապա այն պետք է զուգորդվի երկրորդի հետ (ուժեղ խորհուրդ, բարձրորակ ապացույց):

17. Ջերմային թերապիա երկբեւեռ էլեկտրակազույլացիայով կամ ջերմարձակող զոնդի օգնությամբ և սկլերոզացնող նյութերի ներարկմամբ (օրինակ՝ ալկոհոլ), դրանք խորհուրդ են տրվում, քանի որ նվազեցնում են հետագա արյունահոսությունը, վիրահատության անհարժեշտությունը եւ մահացությունը (ուժեղ խորհուրդ, բարձրորակ ապացույցներ):

18. Կլիպավորումը խորհուրդ է տրվում, նվազեցվում են հետագա արյունահոսությունը եւ վիրահատության անհրաժեշտությունը: Սակայն, կլիպավորման համեմատությունը այլ բուժման հետ տալիս է փոփոխական արդյունքներ եւ ներկայումս օգտագործվող կլիպսերը ենթակա չեն ուսումնասիրման (պայմանական խորհուրդ, ցածրից չափավոր որակի ապացույցներ):

19. Ակտիվորեն արյունահոսող խոցերով պացիենտների մոտ նախնական հեմոստազին հասնելու համար ջերմային թերապիան կամ էպինեֆրինին գումարած երկրորդ օժանդակությունը կարող է ավելի նախընտրելի լինել, քան կլիպավորումը կամ սկլերոզանտը միայնակ (պայմանական առաջարկություն, ցածրից չափավոր որակի ապացույց):

Ապացույցների ամփոփում

Առաջնային վերջակետը ՎՍԱԱ-ի հետազոտություններում առաջարկվում է կանխարգելել հետագա արյունահոսությունը, որը ներառում է նախնական հեմոստազը ակտիվորեն արյունահոսող պացիենտների մոտ գումարած կրկնակի արյունահոսության կանխարգելումը նրանց մոտ, ովքեր եղել են նախնական հեմոստազով եւ նրանց մոտ, ովքեր եղել են առանց ակտիվ արյունահոսության ընդունվելու պահին (68): Էնդոսկոպիկ թերապիան, որի արդյունավետությունը

ցուցադրվել է ռանդոմիզացված հետազոտության ընթացքում, ներառում է ջերմային թերապիա (օրինակ, երկբեւեռ էլեկտրակոագուլյացիա, ջեռակի փորձը, միաբեւեռ էլեկտրակոագուլյացիա, արգոնային պլազմային կոագուլյացիա եւ լազերային), ինյեկցիոն թերապիա (էպինեֆրին, սկլերոզանտներ (օրինակ՝ էթիլ սպիրտ, պոլիդոկանոլ եւ էթանոլամին), թրոմբինային կամ ֆիբրինային սոսինձ (թրոմբին գումարած ֆիբրինոգեն)) և կլիպավորում (64):

Ռանդոմիզացված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ էպինեֆրինի ներարկումը արդյունավետ է ակտիվ արյունահոսող պացիենտների մոտ նախնական հեմոստազի հասնելու և այլ թերապիայի արդյունքները էապես չեն տարբերվում (64): Սակայն, էպինեֆրինով մոնոթերապիան, ողղված հետագա արյունահոսություն կանխարգելմանը, պակաս արդյունավետ է, քան այլ մոնոթերապիաները՝ (RR = 1.72, 1.08-2.78; NNT = 9) վիրահատությունը, հիմնված վրա երեք փորձարարական աշխատանքների մետասանալիզի վրա, երկբեւեռ էլեկտրակոագուլյացիան, կլիպավորումը կամ ֆիբրինայի սոսինձը որպես համեմատություն(64): Բացի այդ, էպինեֆրինին գումարած երկրորդ մոդալը (օրինակ՝ երկբեւեռ էլեկտրակոագուլյացիան, սկլերոզանտը եւ կլիպավորումը) զգալիորեն ավելի արդյունավետ է, քան էպինեֆրինը միայնակ՝ ուղղված նվազեցնելու հետագա արյունահոսությունը (RR = 0.34, 0.23- 0.50; NNT = 5) եւ վիրահատությունը (64): Սակայն, եթե “երկրորդ զննում” էնդոսկոպիան կատարվում է եւ բարձր ռիսկային ախտահարումները նահանջել են, առավելություն համակցված թերապիայի, համեմատած էպինեֆրինի միայնակ կիրառման հետ, չի դիտվել (64):

Ջերմային կոնտակտ թերապիան երկբեւեռ էլեկտրակոագուլյացիայով կամ ջեռակով զգալիորեն ավելի արդյունավետ է, քան ոչ էնդոսկոպիկ թերապիան նախնական հեմոստազին հասնելու համար (RR = 11.70, 5.15-26.56), նվազեցնելով հետագա արյունահոսությունը (RR = 0.44, 0.36-0.54, NNT = 4), վիրահատությունը եւ մահացությունը (RR = 0.58, 0.34-0.98; NNT = 33), 15 ռանդոմիզացված

հետազոտություններում (64): Ոչ էական տարբերություններ են դիտվել ռանդոմիզացված հետազոտություններում՝ համեմատելով այս երկու ջերմային մշակման մեթոդները: «Բազմաբեւեռ էլեկտրակազույլացիա» տերմինը օգտագործվում է որոշ ուսումնասիրություններում: Բազմաբեւեռ հասկացությունը եւ այլ երկբեւեռ հասկացությունները, բոլորն էլ ենթադրում են երկբեւեռ էլեկտրակազույլացիա: Տերմինների տարբերությունը վերաբերում է միայն էլեկտրոդի կառուցվածքին: Այսպիսով, մետա-անալիզը համատեղել է բազմաբեւեռ եւ երկբեւեռ էլեկտրակազույլացիայով փորձերը:

Երկու փոքր ուսումնասիրությունների արդյունքները ցուցադրեցին օգուտ էպինեֆրին գումարած երկբեւեռ էլեկտրակազույլացիայից ընդդեմ երկբեւեռ էլեկտրակազույլացիայից միայնակ, սակայն արդյունքները ջերմային մոնոթերապիայից ավելի աղքատ էին այդ ուսումնասիրության, քան շատ այլ ուսումնասիրությունների ժամանակ (69,70): Մի մեծ բարձրորակ ուսումնասիրություն պարզել է, որ թրոմբինային ներարկմանը գումարած ջերմային ազդեցությունը առավելություն չուներ ջերմայինի նկատմամբ միայնակ (71): Այսպիսով, թեւ սահմանափակ տեղեկատվությունը ենթադրում է, որ էպինեֆրինը հաջորդելով ջերմային ազդեցությանը պետք է լինի ավելի արդյունավետ , քան ջերմային թերապիա միայնակ, տվյալները բավարար չեն որպեսզի առաջարկեն չօգտագործել ջերմային կոնտակտային սարքերը միայնակ, որպես մոնոթերապիա:

Սակայն կարող են լինել գործնական պատճառներ արյունահոսության նշանների ժամանակ նախապես ներարկել էպինեֆրին մինչեւ մյուս տեսակի թերապիաները կիրառելը: Իրատեսական է, երբ ակտիվ արյունահոսության համար ներարկելով էպինեֆրին կարող է դանդաղել կամ դադարել արյունահոսությունը, որը թույլ է տալիս ավելի լավ տեսանելիությամբ կիրառել հետագա թերապիան: Բացի այդ, եթե մակարդուկի հեռացումը պլանավորված է ոռոգմանը դիմացկուն սոսնձված մակարդուկների ժամանակ, էպինեֆրինի նախնական ներարկումով կարող է

նվազեցվել ծանր արյունահոսության հավանականությունը, որը ծագում է մակարդուկի հեռացման ժամանակ:

Սկլերոզանտների ներարկումը նույնպես էապես նվազեցնում է հետագա արյունահոսությունը ($RR = 0.56, 0.38-0.83; NNT = 5$), ինչպես նաև վիրահատությունը եւ մահացության ցուցանիշը՝ համեմատելով ոչ էնդոսկոպիկ թերապիայի հետ՝ հիմնված երեք ռանդոմիզացված մետաանալիզներով ուսումնասիրությունների վրա՝ կիրառելով մաքուր ալկոհոլ (64): Քանի որ սկլերոզանտի ծավալը պետք է լինի սահմանափակ՝ պայմանավորված հյուսվածքների նեկրոզի վտանգով, թերապիան միայնակ չի կարող լինել օպտիմալ ակտիվ արյունահոսող խոցերի համար: Ի թիվս ակտիվորեն արյունահոսությունով պացիենտների մոտ ռանդոմիզացված հետազոտության ժամանակ մաքուր ալկոհոլի համեմատությունը թերապիայի չկիրառման հետ պարզվել է, նախնական հեմոստազ ձեռք է բերվել միայն 46%-ի մոտ ալկոհոլ կիրառելիս, ընդդեմ 8% կոնտրոլի (64): Ակտիվորեն արյունահոսող խոցերի համար էպինեֆրինի ներարկումը մինչեւ սկլերոզանտով թերապիան թվում է տրամաբանական, թեւ ռանդոմիզացված հետազոտությունների ժամանակ այն չի համեմատվել սկլերոզանտի միայնակ կիրառման հետ:

Հետազոտությունները, ուղղված ջերմային թերապիայի համեմատմանը սկլերոզանտով թերապիայի հետ ոչ մի էական տարբերություն չի հայտնաբերել հետագա արյունահոսության, վիրահատության կամ մահացության ցուցանիշների միջև, թեւ ջերմային թերապիան ցույց է տվել զգալիորեն ավելի քիչ հրատապ միջամտությունների անհրաժեշտություն (վիրահատություն, էնդոսկոպիկ թերապիայի կրկնում կամ ինտերվենցիոնալ ճառագայթաբանության) եւ դիտվել է ավելի քիչ հետագա արյունահոսության միտում ($RR = 0.69, 0.47-1.01$) (64):

Կլիպավորումը չի համեմատվել ոչ էնդոսկոպիկ թերապիայի հետ, բայց ավելի արդյունավետ է, քան էպինեֆրինի ներարկումը կամ ջրային մեթոդը ուղղված նվազեցնելուն հետագա արյունահոսությունը եւ վիրահատությունը (64): Համեմատելով

այլ ստանդարտ թերապիաների հետ (ջերմային կամ սկլերոզանտ, էպինեֆրինով կամ առանց էպինեֆրինի), կլիպավորումը ավելի քիչ արդյունավետ է նախնական հեմոստազի համար քան ջերմային թերապիան (ջերմային փորձ) (64), բայց էապես չի տարբերվում է արդյունքների առումով, ինչպիսիք են հետագա արյունահոսությունը: Սակայն, այդ ուսումնասիրությունները եղել են տարասեռ՝ մեկ ցույց տալով կլիպավորման զգալի առավելությունը եւ նշելով երկու ուրիշներ կլիպավորումներ զգալիորեն ավելի վատ՝ համեմատելով դրանց ազդեցությունը հետագա արյունահոսության վրա: Այսպիսով, ավելի շատ տվյալներ են անհրաժեշտ կլիպավորման միայնակ դերակատարման մեջ ՎՍԱԱ-ի բուժման ժամանակ: Հաշվի առնել փոփոխականությունը, հետերոգեն ուսումնասիրության արդյունքները գնահատելիս, ներառում են տատանումները տարբեր էնդոսկոպիստների միջև եւ տարբեր տեսակի կլիպավորումների միջև: Ավելի նոր կլիպսերի ընթացիկ օգտագործումն ավելի հեշտ է տեղադրել եւ տարբեր են չափերով, կոշտությամբ, խորության հավելվածի եւ ազդեցության պահպանման տևողությամբ(72,73), այնուամենայնիվ, նրանք լավ չեն ուսումնասիրվել ռանդոմիզացված հետազոտություններում: Կլիպսերը ունեն նաեւ տեսական առավելություն՝ չի խթանում հյուսվածքների վնասվածքը, ի տարբերություն ջերմային թերապիայի եւ սկլերոզանտերի, եւ հետեւաբար, կարող են նախընտրելի լինել հակաթրոմբային թերապիա ստացող պացիենտների մոտ եւ նրանց մոտ ովքեր ենթարկվում կրկնակի բուժման կրկնակի արյունահոսության կապակցությամբ:

Չնայած ռանդոմիզացված հետազոտությունների արձանագրած արդյունավետությանը՝ լազերային, միաբեւեռ էլեկտրակոագուլյացիոն, արգոնային պլազմային կոագուլյացիան եւ թրոմբինի ներարկումը կամ ֆիբրինի սոսինձումը խորհուրդ չի տրվում կրառել որպես առաջին գծի բուժում հետևյալ պատճառներով. քիչ են ուժեղ ապացույցները, կողմնակի ազդեցությունների թեթևակի բարձր ռիսկի պոտենցիալը, հասանելիությունը, հեշտ կիրառելիությունը, եւ / կամ ծախսերը (64):

Էնդոսկոպիկ հեմոսպարիկ թերապիայի տեխնիկան: Արյունահոսության էնդոսկոպիկ դադարեցնող ձեւերը, ընդհանուր առմամբ կատարվում են արյունահոսող տեղում դադարեցնելու եւ անմիջական կայացած արյունահոսության նշանների տարածքում խոցի հատակում դադրացնելու դեպքում, նպատակ ունենալով փակել կամ խցանել ստորադիր անոթը եւ կանխել կրկնակի արյունահոսությունը: Տեխնիկան օգտագործվել է բուժելու փակցված մակարդուկները երկու ուսումնասիրություններում, էնդոսկոպիկ թերապիայից արձանագրելով օգուտը, էպինեֆրինը ներարկվել է խոցի բոլոր չորս քարորդներում՝ հաջորդելով մակարդուկի մեխանիկական հեռացմանը (օրինակ՝ մանիպուլյացիա պինցետով, էնդոսկոպի փորձով կամ ծայրով) եւ ջերմային թերապիայի կատարմանը (61,66):

Նոսրացված (1: 10000 կամ 1: 20,000 Saline) էպինեֆրինը, ընդհանուր առմամբ, ներարկվել է 0.5-2 մլ լուծույթի ձևով խոցի հատուկ արյունահոսության նշանի մեջ և շուրջը: Չնայած նրան, որ մեծ ծավալի էպինեֆրինը (օրինակ, 30-45 մլ) արձանագրել է ավելի բարձր արդյունավետությամբ, որպես մոնոթերապիա (74-76), ոչ մի ուսումնասիրություն չի արձանագրել օպտիմալ ծավալը, երբ օգտագործվում է համակցությամբ այլ մեթոդների հետ: Մենք խորհուրդ ենք տալիս ներարկել այնքան մինչև ակտիվ արյունահոսությունը դանդաղի կամ դադարի կամ մինչև արյունահոսության բացակայության նշաններ, խոցի հատակի բոլոր չորս քարորդներում կայացած արյունահոսության նշանների շուրջ:

Բացարձակ ալկոհոլը, ընդհանուր առմամբ, կիրառվում է 0,1-0,2 մլ լուծույթի ձևով սահմանափակվելով 1-2 մլ ծավալով՝ (77) պայմանավորված հյուսվածքների վնասվածքի մտահոգությամբ բարձր ծավալների ժամանակ: Հինգ տոկոս էթանոլը իրականացվում է 0,5-1,0 մլ լուծույթով, լայնորեն փոփոխական ընդհանուր ծավալները կազմում են 0.5-14 մլ, որը ներկայացվել է խոցային արյունահոսության համար ռանդոմիզացված հետազոտություններում (78-80):

Երկբեւեռ էլեկտրակոագուլյացիան պետք է իրականացվի էնդոսկոպի ծայրով հնարավորին չափ մոտ արյունահոսող խոցին: Խոշոր (3.2 մմ) ծայրերը պետք է կիրառվեն նվազագույն հնարավոր անկյան տակ ամուր / առավելագույն ճնշմամբ (81,82): ~ 15 W կարգավորումով և 8-10 s ապիկացիաները խորհուրդ են տրվում (81,83,84): Բազմաթիվ ապիկացիաները պետք է կիրառվեն խոցի հատակի վրա եւ կայացած արյունահոսության նշանի շուրջ, մինչեւ արյունահոսությունը դադարի և անոթը հարթվի, իսկ հատակը whitened: Խորհուրդները ջերմային ազդեցության համար համապատասխանում են 30 Ս-ին՝ կիրառվելով:

Կլիպսերը պետք է տեղադրվեն արյունահոսող վայրում եւ կայացած արյունահոսության նշանների վայրում՝ փորձելով փակել հատակում տեղակայված զարկերակը:

Դեղորայքային բուժումը էնդոսկոպիայից հետո

Խորհուրդներ:

20. Հաջողված էնդոսկոպիկ հեմոստազից հետո, պրոֆոնային պոմպը ընկճող ներերակային թերապիան 80 մգ բոլուսոլ, որին հաջորդում է 8 մգ / Ժ շարունակական ներարկումը 72 Ժ պետք է տրվի պացիենտներին, ովքեր ունեն ակտիվ արյունահոսող խոց, չարյունահոսող տեսանելի անոթ կամ սոսնձված մակարդուկ (ուժեղ խորհուրդ, բարձրորակ ապացույց) (նկ. 1):

21. Պացիենտները, որոնք ունեն հարթ պիզմենտային բիծ կամ մաքուր հատակ, կարող են ստանալ ստանդարտ պրոֆոնային պոմպը ընկճող թերապիա (օրինակ՝ բերանով պրոֆոնային պոմպը ընկճող օրական մեկ անգամ) (ուժեղ խորհուրդ, չափավոր որակի ապացույց):

Ապացույցների ամփոփում

Ներերակային պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիայի ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետաանալիզը (80 մգ բոլուսին հաջորդում է 8 մգ / ժ շարունակական ինֆուզիոն) ընդդեմ պլացեբոյի / ոչ մի բուժում էնդոսկոպիկ թերապիայից 72 ժ հետո բարձր ռիսկայնությամբ արյունահոսության նշանների ժամանակ, բացահայտում է հետագա արյունահոսություն զգալի կրճատում (RR = 0.40, 0.28-0.59; nnt = 12), վիրահատության զգալի կրճատում (RR = 0.43, 0.24- 0.76; nnt = 28), եւ մահացության զգալի կրճատում (RR = 0.41, 0.20-0.84; nnt = 45) (64):

Վերջին մեծ ռանդոմիզացված հետազոտությունը, որը համեմատել է բոլուսը, որին հաջորդում է շարունակական պրոտոնային պոմպը ընկճող ինֆուզիան ընդդեմ պլացեբոյի հաջողված էնդոսկոպիկ հեմոստազից հետո, ծորացող արյունահոսությունով պացիենտների ենթախմբի վերլուծությունը ցույց է տվել շատ ցածր կրկնակի արյունահոսության հաճախություն պլացեբոյի հետ (8/163 (4,9%)) (65): Այս ենթախմբի վերլուծության արդյունքները վկայում են, որ պրոտոնային պոմպը ընկճող ինտենսիվ թերապիայի անհրաժեշտություն կարող է չպահանջվել ծորումով արյունահոսության ժամանակ, եթե արյունահոսության այլ նշաններ չկան:

Հետազոտությունների մետաանալիզը, որը համեմատում է բերանային կամ ներերակային պրոտոնային պոմպի ընկճումը ընդդեմ պլացեբոյի / ոչ մի բուժում, բացահայտում է հետագա արյունահոսության զգալի կրճատում (RR = 0.53, 0.35-0.78), բայց ոչ էական տարբերություն վիրահատության, հրատապ միջամտություն կամ մահացության: Հինգ լիովին հրատարակված ռանդոմիզացված հետազոտությունները, որոնք համեմատել են պրոտոնային պոմպը ընկճող բոլուսը, որին հաջորդում է շարունակական ինֆուզիան ընդդեմ ընդմիջվող պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիայի հետ էնդոսկոպիկ միջամտությունից հետո բարձր ռիսկայնությամբ նշաններով պացիենտների մոտ բացահայտում է հետագա արյունահոսության ռիսկի նվազում ընդմիջվող պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորի կիրառման ժամանակ՝ 1% (95%

CI - 3 է 5%) (85-89): Այդ հետազոտությունների մեծ մասը համեմատաբար փոքր է, մեթոդաբանական մտահոգությունները բարձրացրել են եզակի մեծ հետազոտության մեջ, եւ կրկնակի արյունահոսության հավանականությունը շատ ցածր էր ուսումնասիրությունների բոլոր թւերում (3-14%): Այս պատճառներով դժվար է եզրակացնել որ երկու բուժումները «համարժեք են»: Այնուամենայնիվ, այս տվյալները վկայում են, որ ընդմիջվող պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիան կարող է լինել բավարար էնդոսկոպիկ միջամտությունից հետո բարձր ռիսկի նշանների ժամանակ:

Լուրջ կրկնակի արյունահոսության հաճախությունը ցածր ռիսկի նշանների ժամանակ (մաքուր հատակ, հարթ պիզմենտային բիծ) ցածր են (45) եւ, հետեւաբար, ստանդարտ հակասեկրետոր խոցը բուժող դեղամիջոցները ամբողջն են, ինչը խորհուրդ է տրվում այդպիսի արդյունքներով պացիենտների համար:

Էնդոսկոպիայի կրկնությունը

Խորհուրդներ:

22. Ընթացիկ կրկնակի դիտում էնդոսկոպիան, որի ժամանակ կրկնակի էնդոսկոպիան իրականացվում է 24 ժ հետո սկզբնական արյունահոսությունը դադարեցնող էնդոսկոպիկ թերապիայից հետո, խորհուրդ չի տրվում (պայմանական խորհուրդ, չափավոր որակի ապացույց):

23. Կրկնակի էնդոսկոպիան պետք է իրականացվի պացիենտների մոտ արյունահոսության կրկնության կլինիկական ապացույցների դեպքում, եւ հեմոստատիկ թերապիան պետք է կիրառվի նրանց նկատմամբ արյունահոսության բարձր ռիսկի նշանների ժամանակ (ուժեղ առաջարկություն, բարձրորակ ապացույց):

24. Եթե հետագա արյունահոսությունը պարտադիր է երկրորդ էնդոսկոպիկ թերապեւտիկ միջամտությունից հետո, վիրահատությունը կամ ինտերվենցիոն

ռադիոլոգիան ներկաթերերային զարկերակային էմբոլիզացիայի հետ ընդհանուր առմամբ կիրառվում է (պայմանական խորհուրդ, ցածրորակ ապացույց):

Ապացույցների ամփոփում

Երկրորդ դիտում Էնդոսկոպիան ընդհանուր առմամբ սահմանվում է որպես Էնդոսկոպիայի ընթացիկ կրկնություն 24 ժամվա ընթացքում սկզբնական Էնդոսկոպիայից եւ հեմոստատիկ թերապիայից հետո: Կրկնակի Էնդոսկոպիկ հեմոստատիկ թերապիան սովորաբար տրվում է արյունահոսության բարձր ռիսկ ունեցող պացիենտներին: Մի ռանդոմիզացված հետազոտության մետաանալիզը, գնահատելով երկրորդ դիտում Էնդոսկոպիան, արձանագրեց կրկնակի արյունահոսության փոքր, բայց էական կրճատում պացիենտների մոտ, որոնք ենթարկվում են երկրորդ դիտում Էնդոսկոպիային (նվազեցման բացարձակ ռիսկը = 6,2% (1.3-11.1%, nnt = 16)), առանց էական նվազեցման վիրահատության կամ մահացության ցուցանիշներով (90): Մի հաջորդող մետաանալիզ գտավ ոչ էական օգուտ, երբ արյունահոսությունը դադարեցնող թերապիան կատարվում է էպինեֆրինի ներարկմամբ կամ ֆիբրին սոսինձի ներարկմամբ, բայց բացահայտեց կրկնակի արյունահոսության զգալի տարբերություն երկու ռանդոմիզացված հետազոտություններում, երբ կիրառվել է ջերմային թերապիա (RR = 0.29, 0.11-0.73) (91):

Սակայն, այդ ուսումնասիրությունները կատարվել են նախքան ներկայումս ընդունված պրակտիկայի, երբ ավելացվում էպրոտոնային պոմպը ընկճող ինտենսիվ թերապիան Էնդոսկոպիկ թերապիայից հետո, որն արդեն ցուցադրվել է որպես՝ հետագա արյունահոսությունը նվազեցնող: Մի ռանդոմիզացված հետազոտությամբ համեմատվել է միանվագ Էնդոսկոպիային գումարած բարձր դոզայով ներերակային պրոտոնային պոմպի ընկճումը ընդդեմ ընթացիկ երկրորդ դիտում Էնդոսկոպիայի՝ առանց պրոտոնային պոմպի ընկճման. կրկնակի արյունահոսությունը դիտվել է 8.2 ընդդեմ 8,7%-ի (RR = 1.1, 0.4-2.7) (91):

Երկրորդ դիտում էնդոսկոպիայի արժեքը նաեւ պետք է հաշվի առնել: Մի մեծ թվով անհարկի էնդոսկոպիաներ կկատարվեն, մինչդեռ շատ պացիենտներ չեն ունենա կրկնակի արյունահոսություն: Բացի այդ, երկրորդ դիտում էնդոսկոպիան չի կանխում հետագա արյունահոսությունը բոլոր պացիենտների մոտ, եւ կրկնակի էնդոսկոպիկ թերապիան հաջողված է կրկնակի արյունահոսությունով շատ պացիենտների մոտ (92): Մի տնտեսական վերլուծություն վկայում է, որ ներերակային պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիան կլինի գերիշխող ռազմավարություն, համեմատելով երկրորդ դիտում էնդոսկոպիայի հետ, եթե պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիան կրճատի կրկնակի արյունահոսությունը 9%-ով, կամ եթե այն արժենա \$ 10 մեկ օրում (93): Վերջին ՊԲՎՓ արձանագրեց կրկնակի արյունահոսության հաճախությունը փոքր 9%-ից (49,91) խոցային արյունահոսության բարձր ռիսկայնություն ունեցող պացիենտների մոտ, որոնք բուժվել են էնդոսկոպիկ թերապիայով եւ պրոտոնային պոմպը ընկճող դեղորայքով: Բացի այդ, ինտենսիվ պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիան համարվում է որպես ստանդարտ թերապիա էնդոսկոպիկ թերապիայից հետո արյունահոսության նշանների բարձր ռիսկի ժամանակ (ինչպես քննարկվել է վերեւում), եւ պետք է կիրառվի, եթե նույնիսկ երկրորդ դիտում էնդոսկոպիան կատարվում է:

Եթե կրկնակի արյունահոսության շատ բարձր ռիսկ ունեցող բնակչությունը էնդոսկոպիկ հեմոստազից հետո կարելի է հայտնաբերել, ապա այս խումբը կարող էր պոտենցիալ օգուտ ստանալ երկրորդ դիտում էնդոսկոպիայից: Չնայած նրան, որ մի քանի հատկանիշներ կապված են արյունահոսության ռիսկի բարձրացման հետ հեմոստատիկ թերապիայից հետո, ոչ մի գնահատման համակարգ չկա, որը կարող է վավերացվել շատ բարձր ռիսկի բնակչության հուսալիորեն բացահայտումը (44):

Կրկնակի էնդոսկոպիան էնդոսկոպիկ թերապիայի հետ տեղին է կիրառել պացիենտների մոտ, եթե առկա են կրկնված արյունահոսության կլինիկական ապացույցներ: Մի ռանդոմիզացված հետազոտություն, համեմատելով էնդոսկոպիկ թերապիան վիրահատության հետ կրկնված արյունահոսության կապակցությամբ

էնդոսկոպիկ հեմոստատիկ թերապիայից հետո, պարզվել է, որ կրկնված արյունահոսությամբ պացիենտների 73% - ը կարող է հաջողությամբ բուժվել կրկնակի էնդոսկոպիկ թերապիայով եւ խուսափել վիրատուության անհրաժեշտությունից՝ ունենալով բարդությունների ավելի ցածր հաճախություն, քան նրանք, ովքեր բուժվել են վիրահատությամբ (92): Եթե հետագա արյունահոսությունը տեղի է ունենում երկրորդ էնդոսկոպիկ թերապիայից հետո, ապա վիրահատությունը կամ ինտերվենցիոն ռադիոլոգիան (տրանսկաթետերային զարկերակային էմբոլիզացիա), հանդիսանում են արդյունավետ հեմոստազին հասնելու միջոց: Վերջին դիտարկումը, անցկացված մի շարք անգիոգրաֆիկ էմբոլիզացիայի դեպքերի ՎՍԱԱ-ով պացիենտների, որոնց մոտ չի հաջողվել էնդոսկոպիկ եւ դեղորայքային թերապիան, բացահայտվել է տեխնիկական հաջողության հաճախության բարձրացում 90%-ից ավելի և կրկնված արյունահոսության հաճախության 33%, որը լայնորեն փոփոխական է ողջ հետազոտություններում (9-66%) (94):

ՎՍԱԱ-ով պացիենտների հոսպիտալացումը

Խորհուրդներ

25. Բարձր ռիսկային նշաններով պացիենտները (ակտիվ արյունահոսություն, փեսանելի անոթներ, մակարդուկներ) ընդհանուր առմամբ պետք է հոսպիտալացվեն 3 օրով, ենթադրաբար բացառելով կրկնված արյունահոսությունը եւ հոսպիտալացման այլ պատճառները: Նրանք կարող են սնվել մաքուր հեղուկներով անմիջապես էնդոսկոպիայից հետո (պայմանական խորհուրդ, ցածր որակի ապացույց):

26. Մաքուր խոցային հատակով պացիենտները կարող են պարբերաբար ստանալ դիետիկ սնունդ եւ պետք է դուրս գրվեն սրացիոնարից էնդոսկոպիայից հետո ենթադրելով, որ նրանք հեմոդինամիկորեն կայուն են, նրանց հեմոգլոբինը կայուն է, նրանք չունեն այլ բժշկական խնդիրներ, եւ նրանք պետք է գտնվեն պայմաններում,

որպեսզ կարող են դիտարկվել է պատասխանատու չափահասի կողմից (ուժեղ առաջարկություն, չափավոր որակի ապացույց):

Ապացույցների ամփոփում

Պարզ հեղուկ դիետան կարող է տրամադրվել էնդոսկոպիկ թերապիայից հետո: Այս առաջարկությունը հիմնված է այն փաստի վրա, որ կրկնված արյունահոսությամբ պացիենտը կարող է ենթարկվել հրատապ միջամտությունների, ինչպիսիք են էնդոսկոպիայի, ինտերվենցիոնալ ռադիոլոգիան, կամ վիրահատությունը: Մաքուր հեղուկները թույլ են տալիս իրականացնել սեդացիա կամ անզգայացում 2 ժամվա ընթացքում վերջին կլումից հետո (95): Այսպիսով, մենք առաջարկում ենք պարզ հեղուկով դիետա 2 օրով այն պացիենտների, ովքեր ունեն արյունահոսության վերսկսման բարձր ռիսկ: Սակայն, հաշվի առնելով գերազանց արդյունքները, որոնք ձեռք են բերվել ընթացիկ էնդոսկոպիայից եւ դեղորայքային թերապիայից, որոշ հետազոտողներ մեծացնում են արյունահոսության վաղ վերսկսման հավանականությունը բարձր ռիսկային պացիենտների մոտ: Մի ռանդոմիզացված հետազոտություն, համեմատելով նորմալ սննդակարգը բերանով ոչինչ չընդունելու հետ էնդոսկոպիկ թերապիայից 24 ժ հետո ծորացող արյունահոսության կամ չարյունահոսող տեսանելի անոթների կապակցությամբ, հայտնաբերել է արյունահոսության վերսկսման ոչ մի էական տարբերություն (2-ը ընդդեմ 6%-ի) (96): Այս հետազոտությունը չի կարող հանդիսանալ ստանդարտ պրակտիկա, քանի որ երկրորդ դիտում էնդոսկոպիան եւ կրկնաբուժումը կատարվել է 24 ժամում:

Արյունահոսության վերսկսման ցածր ռիսկի ժամանակ կանոնավոր դիետան կարող է նշանակվել: Մի ռանդոմիզացված հետազոտություն անցկացվել է ցածր ռիսկային ախտահարումով պացիենտների մոտ (օրինակ՝ Մելրի-Վեյսի ճաքեր, մաքուր հատակով կամ պիզմենտային բծերով խոցեր) բացահայտվել է ելքերի ոչ զգալի տարբերություններ՝ համեմատելով անմիջապես սնուցումը հետաձգված սնուցման հետ (մաքուր հեղուկներ 36 ժամում և կանոնավոր սննդակարգ 48 ժամում) (97): Չնայած՝

հարթ խոցային հատակ ունեցող պացիենտների մոտ այս հետազոտությունը արձանագրել է ելքերի նույնանման արդյունքներ անմիջական սնուցելուց հետո արյունահոսության վերսկսման 8% հաճախությունը եւ անհետաձգելի միջամտության 5% հաճախությունը կարող են վիճել է մաքուր հեղուկ դիետայի համար այդ պացիենտների համար 1-2 օրվա ընթացքում: Ուղեցույցային տվյալները հարթ պիզանտային բժեր ունեցող պացիենտների հոսպիտալացման տևողության համար բացակայում են:

Մի քանի հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ՎՍԱԱ ունեցող այն պացիենտները, ովքեր ունեն ցածր ռիսկի հատկանիշներ, կարող են դուրս գրվել առաջին պացիենտանոցային օրում (կամ դուրս գրվել որպես ամբուլատոր-պոլիկլինիկական պացիենտ) առանց բացասական հետեւանքների (9,33,98): Հետազոտություններում չափանիշները տարբերվում են, բայց, ընդհանուր առմամբ, ներառում են ցածր ռիսկի կլինիկական առանձնահատկություններ (օրինակ՝ կայուն կենսական նշաններ եւ հեմոգլոբին, ոչ մի լուրջ ուղեկցող պացիենտություն), ցածր ռիսկային էնդոսկոպիկ հատկանիշներ (օրինակ՝ մաքուր հատակով խոց, էռոզիվ պացիենտություն, Մելորի-Վեյսի ճաքեր), եւ բավարար տնային/ սոցիալական աջակցություն:

Բարձր ռիսկի նշաններով այլ պացիենտները (ակտիվ արյունահոսություն, տեսանելի անոթ եւ մակարդուկ), ընդհանուր առմամբ գտնվում են պացիենտանոցում 3 օր՝ ենթադրելով արյունահոսության վերսկսման կամ այլ առողջական խնդիրների բացակայություն: Սա հիմնված է հիմնականում հին հետազոտությունների վրա՝ վկայելով, որ արյունահոսության կրկնությունը գրեթե միշտ ($\geq 95\%$) տեղի է ունեցել 3 օրվա ընթացքում (43,99-101): Ռանդոմիզացված հետազոտությունների վերջին արդյունքները վկայում են, որ պացիենտների էական փոքրամասնությունը կարող է ունենալ կրկնված արյունահոսություն 3 օր հետո, առավել հաճախ առաջացող 7 օրվա ընթացքում (49,102,103): Օրինակ՝ վերջերս մի մեծ ռանդոմիզացված հետազոտություն բարձր ռիսկի արյունահոսության խոցեր ունեցող պացիենտների մոտ, որոնք բուժվել են

էնդոսկոպիկ թերապիայով, կրկնակի արյունահոսությունով 30 օրյա ժամկետում հետազոտվող 82 պացիենտներից 24% -ի մոտ կրկնակի արյունահոսությունը եղել է 3 օրից հետո, որը համարժեք համամասնությամբ դիտվել է խմբում, որը ստացել է պրոտոնային պոմպը ընկճող շարունակական ներարկում եւ նրանց մոտ, ովքեր ստացել են պլացեբո էնդոսկոպիկ թերապիայից հետո (49): Կրկնակի արյունահոսության 6 տոկոսը տեղի է ունեցել 7 օրից հետո (49):

Չնայած՝ պացիենտները պետք է տեղեկացված լինեին ՎՍԱԱ-ի ախտանիշերի մասին եւ անհրաժեշտության դեպքում վերադառնան պացիենտանոց, եթե այդ ախտանշանները զարգանում են, մենք չենք առաջարկում պացիենտանոցում մնալ 3 օրից ավել այն պացիենտներին ովքեր հետագա արյունահոսություն կամ այլ առողջական խնդիրներ չունեն:

Խոցային արյունահոսության վերսկսման երկարաժամկետ կանխարգելում

խորհուրդներ:

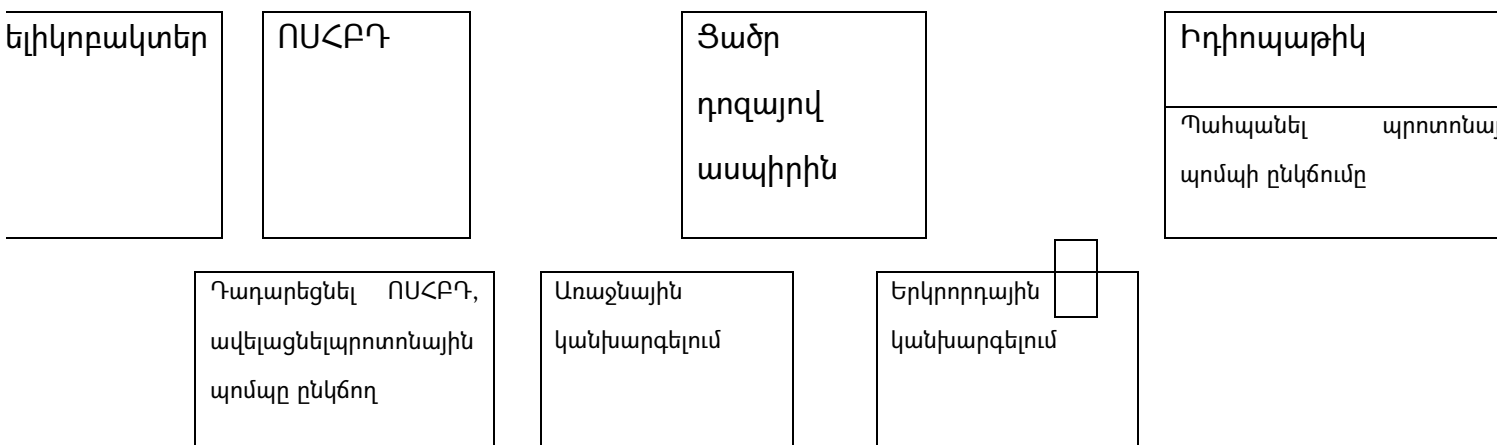
27. Պացիենտները, որոնց մոտ առկա է հելիկոբակտեր կապկցված խոցային արնահոսություն, պետք է ստանան հակահելիկոբակտերային թերապիա: Էրադիկացիայի փաստաթղթավորումից հետո հակասեկրետոր դեղամիջոցներով պահպանվող բուժում չի պահանջվում, եթե պացիենտը պահանջում է նաեւ ոչ-ստերոիդային հակաբորբոքային դեղեր (ՈՍՀԲԴ) կամ հակաթրոմբային դեղեր (ուժեղ խորհուրդ, բարձրորակ ապացույց) (նկ. 2):

28. ՈՍՀԲԴ-ի հետ կապակցված խոցային արնահոսություններով պացիենտների մոտ ՈՍՀԲԴ-ի կիրառման անհրաժեշտությունը պետք է ուշադիր գնահատվի եւ ՈՍՀԲԴ չպետք է վերսկսել օգտագործել, եթե հնարավոր է: Պացիենտները, ովքեր պետք է ստանան ՈՍՀԲԴ, խորհուրդ է տրվում COX-2-սելեկտիվ ՈՍՀԲԴ կիրառել ամենացածր

արդյունավետ դոզաներով գումարած օրական պրոֆոնային պոմպի ընկճողներ (ուժեղ առաջարկ, բարձրորակ ապացույց):

29. Ցածր ասպիրինային դոզայով խոցային արյունահոսությունով պացիենտների մոտ ասպիրինի կիրառման անհրաժեշտությունը պետք է գնահատվի: Եթե տրվել է երկրորդային կանխարգելում (այսինքն հաստատվել է սրտանոթային պացիենտությունը), ապա ասպիրինը պետք է վերսկսվի հնարավորինս արագ արյունահոսությունը դադարելուց հետո. իդեալականը 1-3 օրվա ընթացքում, եւ իհարկե 7 օրվա ընթացքում: Երկարաժամկետ օրական պրոֆոնային պոմպը ընկճող թերապիան նույնպես պետք է տրամադրվի: Եթե տրվում է առաջնային կանխարգելում (այսինքն, չի հաստատվել սրտանոթային պացիենտությունը), ապա հակաթրոմբոցիտային թերապիան, ամենայն հավանականությամբ, չպետք է վերսկսվի պացիենտների մեծ մասի մոտ (պայմանական խորհուրդ, չափավոր որակի ապացույց):

30. Իդեոպաթիկ խոցերով պացիենտների մոտ (ոչ հեղիկորակտերային, ոչ ՈՍՀԲԴային) երկարաժամկետ թերապիան (օրինակ՝ օրական պրոֆոնային պոմպը ընկճող) խորհուրդ է տրվում (պայմանական խորհուրդ, ցածրորակ ապացույց):



կահելիկո-
կտերային
ժում

ժման
դարեցում

Չվերսկսել
ասպիրինը
պացիենտերի մեծ
մասի մոտ

Վերսկսել ասպիրինը
հեմոստազից հետո 1-7
օրերին, պրոտոնային
պոմպը ընկճող բուժում

Նկ. 2 Արյունահոսության վերսկսման կանխարգելման առաջարկություն՝ հիմնված խոցային արյունահոսության էթիոլոգիայի վրա:

Ապացույցների ամփոփում

Խոցային արյունահոսությունով պացիենտները ունեն կրկնվող արյունահոսության անընդունելիորեն բարձր հաճախություն, եթե որևէ ռազմավարություն չկա, որը ուղղված է նվազեցնելու այդ ռիսկը: Օրինակ՝ տասներկուամտնյա աղիքի խոցային արյունահոսություն ունեցող պացիենտները (հելիկոբակտեր չի գնահատվել, ՈՍՀԲԴ չի օգտագործվել) ենթարկվել են կրկնակի կույր հետազոտության խոցի բուժումից հետո, և արյունահոսությունը կրկնվել է 1 տարվա ընթացքում 40% -ի մոտ (104): Ռանդոմիզացված հետազոտությունների մի համակարգված դիտարկման մեջ հելիկոբակտեր կապկացված խոցային արյունահոսություն ունեցող պացիենտների մոտ (105) արյունահոսության վերսկսման հաճախությունը 12-ամսյա դիտարկման ընթացքում կազմել էր 26% (106-109): Հելիկոբակտեր դրական և ՈՍՀԲԴ օգտագործողների մոտ խոցային արյունահոսության վերսկսումը հաջորդել է 6 ամիս հետո խոցի բուժումից հետո, խոցային կրկնված արյունահոսությունը տեղի է ունեցել ՈՍՀԲԴի վերսկսումից հետո այն պացիենտների 19%-ի մոտ, ովքեր ստացել են միայն հակահելիկոբակտերային թերապիա (110), իսկ հելիկոբակտեր դրական, ասպիրինի ցածր դոզա օգտագործողները, ովքեր ունեցել են խոցային բարդություններ եւ հաջորդել է խոցի բուժումից և հելիկոբակտերի էրադիկացիայից հետո 12 ամիս, խոցային

արյունահոսության վերսկսումը տեղի է ունեցել ցածր դոզայով ասպիրինի վերսկսումից հետո 15% -ի մոտ (111): Վերջապես, մի առաջահայաց հետազոտություն իդեոպաթիկ խոցային արնահոսությունով պացիենտների մոտ (հելիկոբակտեր բացասական, ՈՍՀԲԴ-ի օգտագործման բացակայություն) հաջորդող 7 տարիում խոցային արյունահոսության վերսկսումը կազմել է 42% (112):

Հելիկոբակտերային խոցեր

Բիոպսիայի վրա հիմնված հելիկոբակտերային թեստավորումը առաջարկել է հելիկոբակտերային ուղեցույցներ ACG-ի կողմից պարբերաբար խոցային արյունահոսություն ունեցող պացիենտների համար (113): Քանի որ որոշ ուսումնասիրություններ վկայում են զգայունության հնարավոր նվազեցում սուր ՎՍԱԱ-ի ժամանակ, բացասական թեստի հաստատումը հետագա ոչ էնդոսկոպիկ քննությամբ նույնպես խորհուրդ է տրվում (113,114): Սակայն, եթե բիոպսիայի նմուշների հյուսվածքաբանական փորձաքննությունը ցույց չի տալիս լորձային մոնոնուկլեար բջջային ինֆիլտրացիա, հելիկոբակտերի բացակայության կանխատեսող արժեքը մոտենում է 100%-ին, իսկ նեյտրոֆիլիկ ինֆիլտրացիան կազմում է հելիկոբակտերով վարակման դրական կանխատեսող 95%-ից բարձր արժեք (115):

Մի ռանդոմիզացված հետազոտության մետաանալիզ ցույց տվեց, որ հելիկոբակտերի էրադիկացոն թերապիան՝ ուղղված կրկնակի արյունահոսության կանխարգելմանը, զգալիալիորեն ավելի արդյունավետ է, քան միայնակ կարճաժամկետ հակասեկրետոր դեղամիջոցներով թերապիան (կրկնակի արյունահոսությունը 4.5 ընդդեմ 23.7%, OR = 0.18, 0.10-0.35) (105): Բացի այդ, հելիկոբակտերային էրադիկացոն թերապիան եղել է ավելի արդյունավետ է, քան երկարաժամկետ հակասեկրետոր դեղամիջոցներով թերապիայի պահպանման պրոտոնային պոմպը ընկճողներով կամ հիստամինային-2 ռեցեպտորները արգելակողներով (H2RA) (թեւս պացիենտների մեծ մասը ստացել է H2RA. 1.6 ընդդեմ 5.6%, OR = 0.24, 0.09-0.67) (105): Հետազոտությունների սիստեմատիկ դիտարկումը, որը գնահատում է կրկնակի արյունահոսությունը

փաստաթղթավորված հելիկոբակտերային էրադիկացիոն թերապիա ստացած պացիենտների մոտ, բացահայտել է կրկնակի արյունահոսության 1.3% հաճախություն 11-53 ամիս ժամանակաշրջանում դիտարկելիս (105):

Քանի որ հելիկոբակտերային խոցերն ունեն կրկնակի արյունահոսության ցածր տեմպեր, եթե պացիենտները ստացել են էրադիկացիոն թերապիա, ապա կարելի է վարակի բուժումը փաստաթղթավորել բուժումը ավարտելուց 1 ամիս և ավելի ժամանակ հետո: Էնդոսկոպիկ բիոպսիա կարելի է կատարել, եթե պացիենտը ենթարկվում կրկնակի Էնդոսկոպիայի մեկ այլ պատճառով (օրինակ՝ փաստաթղթավորելու ստամոքսի խոցի բուժումը), բայց մի urea breath թեստը կամ կղանքի հակածինային թեստը պետք է կատարել, եթե Էնդոսկոպիան ցուցված չէ (113): Հակամարմինային թեստավորումը չպետք է կիրառվի, քանի դեռ այն շարունակում է մնալ դրական պացիենտների մեծամասնության մոտ հաջող թերապիայից հետո (116): Պրոտոնային պոմպի ընկճողները կարող են առաջացնել հելիկոբակտերի կեղծ բացասական թեստավորում մոտ դեպքերի մեկ երրորդում (117,118), այդ իսկ պատճառով պրոտոնային պոմպը ընկճողները պետք է դադարեցվեն հետազոտությունից 2 շաբաթ առաջ, երբ կապահովվի օպտիմալ զգայունություն (118): Որոշ պրակտիկ բժիշկներ կարող են օգտագործել H2 ռեցեպտորները արգելակող դեղորայք այս ժամանակահատվածում նվազեցնելու համար կրկնակի արյունահոսության ռիսկը այն դեպքում, երբ հակահելիկոբակտերային թերապիան հաջողված չէր:

ՈՍՀԲԴ-ային խոցեր

ՈՍՀԲԴ օգտագործողների մոտ անցկացված ռանդոմիզացված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ համակցված թերապիա միզոպրոստոլով, պրոտոնային պոմպը ընկճողով եւ H2 ռեցեպտորները արգելակողի կրկնակի դոզայով կամ COX-2-ընտրովի ընկճողների օգտագործումը նվազեցնում է Էնդոսկոպիկ խոցերը ՈՍՀԲԴ օգտագործող

պացիենտների մոտ (119,120), ինչպես նաև նվազում են խոցային բարդությունները արթրիտով պացիենտների մոտ(120,121): Չնայած՝ այս հետազոտությունները վկայում են, որ գործոնների ուսումնասիրությունը կարող է օգտակար լինել պացիենտներին, ովքեր ունեն արյունահոսող խոց, այնուամենայնիվ դրանք մասնավորապես չեն անդրադառնում այդ բարձր ռիսկային պացիենտների բուժմանը:

Մի քանի ռանդոմիզացված հետազոտություններ Հոնգ Կոնգ-ից ուսումնասիրել են կրկնված արյունահոսությունը ՈՍՀԲԴ օգտագործողների մոտ, ովքեր ունեցել են խոցային արյունահոսություն: Պացիենտների մոտ, ովքեր վերսկսվել են ՈՍՀԲԴ-ի օգտագործումը խոցի բուժումից հետո, պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիայի շարունակումը ունեցել է զգալիորեն ցածր ռիսկայնություն խոց արյունահոսության վերսկսման առումով 6 ամսվա ընթացքում՝ համեմատելով միայնակ հակահելիկոբակտերային թերապիայի հետ (4.4 ընդդեմ 18,8%; nnt = 7) (110): Մի երկարաժամկետ հետազոտությամբ ցելեկոքսիբը համեմատվել է դիկլոֆենակին գումարած պրոտոնային պոմպը ընկճող դեղորայքի հետ խոցի բուժումից հետո այն պացիենտների մոտ, որոնք եղել են հելիկոբակտեր բացասական կամ ունեցել են հաջողված հակահելիկոբակտերային թերապիա (122): Կրկնված խոցային արյունահոսության հաճախությունը 6 ամսվա ընթացքում կազմել է 4,9% ցելեկոքսիբով և 6.4% դիկլոֆենակին գումարած պրոտոնային պոմպի ընկճող. կրկնված խոցեր դիտվել են 6-ամսյա էնդոսկոպիայի ընթացքում 19 եւ 26% պացիենտների մոտ (123): Քանի որ կրկնակի խոցային արյունահոսության հաճախությունը համեմատաբար բարձր էր առաջահայաց ռազմավարության ժամանակ՝ համեմատելով հաջորդող 12-ամսյա կրկնակի կույր նմանատիպ հետազոտությամբ ցելեկոքսիբին գումարած օրական երկու անգամ պրոտոնային պոմպը ընկճողը ընդդեմ ցելեկոքսիբին գումարած պլացեբո (124): Կրկնված խոցային արյունահոսություն տեղի ունեցել 0 ընդդեմ 8.9% (nnt = 12): Այսպիսով, խոցային արյունահոսությամբ պացիենտները մինչ ստանում են ՈՍՀԲԴեր և որոնք պետք է շարունակեն ՈՍՀԲԴ, պետք է ստանան COX-2-ընտրովի

ՈՍՀԲԴ ամենացածր արդյունավետ դոզայով՝ գումարած պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիա:

Ցածր դեղաչափով ասպիրինային խոցեր

Ցածր դեղաչափով ասպիրին օգտագործողների մոտ ռանդոմիզացված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ պրոտոնային պոմպը ընկճողները եւ ստանդարտ դոզայով H2ռեցեպտորները արգելակողները նվազեցնում են էնդոսկոպիկ խոցերը (125-127), եւ այդպիսով պրոտոնային պոմպը ընկճողները նվազեցնում են ՎՍԱԱ-ը ցածր դոզայով ասպիրին գումարած կոպիդոգրել ստացող պացիենտների մոտ (128):

Հելիկոբակտեր դրական արյունահոսող խոց ունեցող ցածր դոզայով ասպիրին օգտագործողների մոտ կրկնակի խոցային արյունահոսության հաճախությունը 6 ամսվա ընթացքում ցածր դոզայով ասպիրինի վերսկսումից հետո կազմել է 0.9% պրոտոնային պոմպը ընկճողով եւ 1.9%՝ հակահելիկոբակտերային թերապիայով (110): Չնայած՝ ոչ մի պլացեբո խումբ ներառված չէր, այս հետազոտությունը բարձրացրել է հավանականությունը, որ հելիկոբակտերային էռադիկացիան միայնակ կարող է նվազեցնել կրկնակի խոցային արյունահոսությունը ցածր դոզայով ասպիրին օգտագործելիս: Մի հաջորդական հետազոտություն կատարվեց հելիկոբակտեր դրական խոցային բարդություններով ցածր դոզայով ասպիրին օգտագործողների և ցուցադրեց, որ հելիկոբակտերային էռադիկացիայից և խոցի բուժումից հետո պրոտոնային պոմպ ընկճող թերապիան ունեցել է զգալիորեն ավելի քիչ կրկնված խոցային արյունահոսություն, քան պլացեբոն միջևը 12 ամսվա ընթացքում (1,6 ընդդեմ 14.8 %; nnt = 8) (111): Այսպիսով, խոցային արյունահոսությունով պացիենտների մոտ, որոնք պահանջում են շարունակել հակաթրոմբոցիտային թերապիան, օրական մեկ անագամ պետք է տրվի պրոտոնային պոմպը ընկճող դեղամիջոց:

Հակաթրոմբոցիտային թերապիայի անհրաժեշտությունը պետք է վերանայվի պացիենտների մոտ, ովքեր ունեցել են խոցային արյունահոսություն ցածր դոզայով ասպիրին ստանալու ընթացքում: Պացիենտների մոտ, ովքեր ստանում են ասպիրին առաջնային կանխարգելման նպատակով (ոչ ակնհայտ սրտանոթային պացիենտություն), օգուտը ցածր դոզայով ասպիրինից հարաբերականորեն փոքր է. ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետաանալիզը բացահայտում է բացարձակ ռիսկի ամենամյա նվազեցում 0.07% (nnt = 1,429) (129): Առաջնային կանխարգելումը խորհուրդ է տրվում միայն այն պացիենտներին, որոնք ունեն սիրտանոթային պացիենտությունների բարձր ռիսկ՝ հիմնվելով ռիսկերի գնահատման գործիքների վրա: Պացիենտների մոտ, որոնք հոսպիտալացվել են խոցային արյունահոսության կապակցությամբ, հետագա արյունահոսության ռիսկը ավելի մեծ է քան սրտանոթային օգուտը առաջնային կանխարգելում ստացող շատ պացիենտների մոտ:

Ի հակադրություն դրան, ցածր դոզայով ասպիրինից ստացած օգուտը երկրորդային կանխարգելումից հաստատված սրտանոթային պացիենտության ժամանակ շատ ավելի մեծ է (տարեկան բացարձակ ռիսկի նվազեցումը 1.49% (nnt = 68)) (129) եւ խոցային արյունահոսությունից հետո ցածր դոզայով ասպիրինի վերսկսման ձախողումը կապված է մահացության աճի հետ (130): Հաստատված սիրտանոթային պացիենտությունով ցածր դոզայով ասպիրին օգտագործողների մոտ, որոնք ունեցել են խոցային արյունահոսություն, մի ռանդոմիզացված հետազոտություն ցույց է տվել ցածր դոզայով ասպիրինի վերսկսումը՝ համեմատած պլացեբոյի հետ էնդոսկոպիկ հեմոստազից եւ պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիայից հետո, կապված էր կրկնված արյունահոսության ոչ էական աճով 1 ամսվա ընթացքում (10.3 ընդդեմ 5.4%), բայց մահացության էական նվազում 1 ամսվա եւ 2 ամսվա ընթացքում (1.3 ընդդեմ 12,9%) (130): Այսպիսով, կարելի է վերսկսել հակաթրոմբոցիտային թերապիան պրոտոնային պոմպը ընկճողների հետ համակցված հաստատված սրտանոթային պացիենտությունով պացիենտների մոտ, որքան հնարավոր է շուտ:

Ասպիրինի վերսկսման ժամանակը պարզ չէ, եւ տվյալները հիմնականում հիմնված է դիտողական ուսումնասիրությունների վրա: Մի սիստեմատիկ դիտարկում պարզել է, որ թրոմբոտիկ դեպքերը հաստատված սրտանոթային պացիենտությամբ պացիենտների մոտ տեղի են ունեցել ասպիրինի դուրս բերումից հետո միջինը 10.7 օր անց (131), մինչդեռ մյուս սիստեմատիկ դիտարկումը երկրորդային կանխարգելումով պացիենտների մոտ, ովքեր նախավիրահատականորեն դադարեցրել են ասպիրինի ընդունումը, արձանագրել է, որ ընդհատումից մինչև սուր ուղեղային դեպքեր ընկած ժամանակահատվածը միջինը կազմել է 14.3 օր եւ սուր կորոնար համախտանիշ՝ 8.5 օր (132): ԱՄՆի սրտաբանների և ստամոքսաղիքային մասնագետների վերջին համատեղ համաձայնեցված խորհուրդներով հայտարարվել է, որ « բարձր սրտանոթային ռիսկի պացիենտների մոտ հակաթրոմբոցիտային թերապիայի վերսկսումը խելամիտ է նրանց համար, ովքեր չեն ունեցել կրկնակի արյունահոսություն 3-7 օր անց» (133), իսկ Sung et al-ի հետազոտության մեջ (130) նշված է ցածր դոզայով ասպիրինի վերսկսման օգտակարությունը անմիջապես էնդոսկոպիկ հեմոստազից հետո բարձր ռիսկի նշաններ ունեցող պացիենտների մոտ: Այսպիսով, օգուտ-ռիսկ հարաբերակցությունը ասպիրինի վերսկսումից պետք է ուշադիր քննարկվի գաստրոէնտերոլոգների, սրտաբանների նյարդաբանների և պացիենտների կողմից համատեղ՝ հիմնվելով դեպքից -դեպքի վրա: Սակայն, հակաթրոմբոցիտային թերապիայի վաղ վերսկսումը 1-3 օրվա ընթացքում հեմոստազից հետո եւ, իհարկե, 7 օրվա ընթացքում, հաստատված սրտանոթային պացիենտությամբ պացիենտների մեծամասնության համար կլինի համապատասխան:

Իդիպաթիկ (ոչ հելիկոբակտերային, ոչ ՈՍՀԲԴային) խոցեր

Իդիպաթիկ խոցային արյունահոսությունով պացիենտները ունեն կրկնության բարձր հաճախության, երբ չի հետևում պաշտպանիչ համակցված թերապիան (112): Ծածուկ ՈՍՀԲԴ-ի օգտագործումը անկասկած կազմում է այս խոցերի որոշ մասը: Չնայած՝ ոչ մի

ռանդոմիզացված հետազոտություն չի գնահատել դեղորայքային համակցված թերապիայի օգուտը այս բնակչության մոտ, հակախոցային թերապիան, կարծես, մեծ հավանականությամբ, նվազեցնում է կրկնված իդիոպաթիկ խոցերը եւ արդյունավետ կլինի նաեւ նվազեցնելու համար կրկնվող խոցերը ծածուկ ՈՍՀԲԴ օգտագործողների մոտ:

Եզրահանգում

Ակնհայտ արյունահոսությունով պացիենտի բուժումը կատարվում է խոհեմ քայլի վարվելակերպով: Առաջին քայլը հեմոդինամիկ վիճակի գնահատումն է եւ վերակենդանացման միջոցառումների նախաձեռնությունը անհրաժեշտության դեպքում: Պացիենտները ունեն շերտավորված ռիսկ՝ հիմնված կլինիկական առանձնահատկությունների, ինչպիսիք են հեմոդինամիկ վիճակը, ուղեկցող պացիենտությունները, տարիքը եւ սկզբնական լաբորատոր հետազոտության արդյունքները: Շատ պացիենտներ պետք է ենթարկվեն վերին Էնդոսկոպիայի 24 ժամվա ընթացքում, կամ ավելի շուտ, եւ խոցի Էնդոսկոպիկ առանձնահատկությունները նպաստում են հետագա բուժմանը: Նրանք, ովքեր ունեն բարձր ռիսկային արդյունքներ ակտիվ արյունահոսության կամ չարյունահոսող տեսանելի անոթի ձևով, պետք է ստանան Էնդոսկոպիկ թերապիա եւ նրանք, ովքեր ունեն փակցված մակարդուկ կարող են ստանալ Էնդոսկոպիկ թերապիա. այդ պացիենտները պետք է ստանան նաև ներերակային պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիա բուլուսով, որին հաջորդում է շարունակական ինֆուզիան: Նրանք, ովքեր ունեն տափակ բժիկ կամ մաքուր խոցային հատակ չեն պահանջում Էնդոսկոպիկ թերապիա կամ պրոտոնային պոմպը ընկճողի ինտենսիվ ներերակային թերապիա: Էնդոսկոպիկ թերապիայից հետո խոցային արյունահոսության կրկնությունը պետք է բուժվի երկրորդ Էնդոսկոպիկ բուժմամբ, բայց եթե արյունահոսությունը դեռեւս պահպանվում է կամ կրկնվում է, ապա բուժումը վիրահատությամբ կամ ինտերվենցիոն ռադիոլոգիայի միջոցով պետք է իրականացվի:

Արյունահոսության կրկնության կանխարգելումը հիմնված է արյունահոսող խոցի ենթադրվող էթիոլոգիայի վրա: Հելիկոբակտերը պետք է արմատական վերացվի, եթե առկա է եւ բուժումից հետո փաստաթղթավորված է, ոչ մի հետագա թերապիա անհրաժեշտ չէ: ՈՍՀԲԴերը պետք է դադարեցվեն, եթե դրանց ընդունումը պետք է շարունակվի, ապա ցածր դոզայով COX-2-ի ընտրական ՈՍՀԲԴին գումարած պրոտոնային պոմպը ընկճողը պետք է օգտագործվի: Հաստատված սրտանոթային պացիենտությամբ պացիենտները, որանց անհրաժեշտ է ասպիրին կամ այլ հակաթրոմբոցիտային դեղորայք, պետք է սկսել պրոտոնային պոմպը ընկճող թերապիան եւ, ընդհանուր առմամբ, պետք է վերսկսվի հակաթրոմբոցիտային թերապիան որքան հնարավոր է շուտ արյունահոսության դադարումից հետո (իդեալականը 1-3 օրվա ընթացքում, եւ, իհարկե 7 օրվա ընթացքում): Նրանք, որոնց մոտ առկա են իդիպաթիկ խոցեր, պետք է ստանան երկարաժամկետ հակախոցային թերապիա:

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Հայաստանի բժշկական ծառայություններ մատուցող հաստատություններում Խոցային արյունահոսությունների վարման ուղեցույցի ներդրումը պետք է կրի համակարգված և ամփոփ բնույթ: Ցանկացած օղակի թերագնահատումը կամ ծածկույթից դուրս մնալը՝ լինի դա էնդոսկոպիկ ախտորոշման ծառայություն, վիրաբուժական բաժանմունք, ընդունարան թե ԻԹԲ, վտանգում է ամբողջ գործընթացը և բուժման վերջնական ելքերը: Բոլոր ներգրավված օղակների համար հարկավոր է մշակել համապատասխան գործելակարգեր, որոնք կլինեն համահունչ ինչպես արդի ուղեցույցային խորհուրդներին, այնպես էլ տեղային կադրային և տեխնիկական հնարավորություններին: Խոցային արյունահոսությունով պացիենտների պատշաճ բուժման համար անհրաժեշտ գրեթե բոլոր դեղորայքը և/կամ սարքավորումները հասանելի են ՀՀ բուժհաստատություններում: Միևնույն ժամանակ, աշխատանքային խմբի անդամների կարծիքով, այս ուղեցույցի ներդրման հնարավոր խոչընդոտներից են.

- **Համապատասխան գործելակարգերի և ընթացակարգերի բացակայությունը**
- **Էնդոսկոպիկ ծառայությունների թերի զարգացումը**

Առաջարկվող աուդիտի ցուցանիշներն են՝

- **ՎՍԱԱ ախտորոշմամբ պացիենտների շրջանում էնդոսկոպիկ ուսումնասիրությունների քանակը**

Գրականության ցանկ

- 1 . Guyatt GH , Oxman AD , Vist GE et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations . BMJ 2008 ; 336 : 924 – 6 .
- 2 . Cocchi MN , Kimlin E , Walsh M et al. Identification and resuscitation of the trauma patient in shock . Emerg Med Clin N Am 2007 ; 25 : 623 – 42 .
- 3 . Hebert PC , Wells G , Blajchman MA et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group . N Engl J Med 1999 ; 340 : 409 – 17 .
- 4 . Colomo A , Hernandez-Gea V , Muñoz-Díaz E et al. Transfusion strategies in patients with cirrhosis and acute gastrointestinal bleeding . Hepatology 2008 ; 48 : 413A .
- 5 . Blair SD , Janvrin SB , McCollum CN et al. Effect of early blood transfusion on gastrointestinal haemorrhage . Br J Surg 1986 ; 73 : 783 – 5 .
- 6 . Wu WC , Rathore SS , Wang Y et al. Blood transfusion in elderly patients with acute myocardial infarction . N Engl J Med 2001 ; 345 : 1230 – 6 .
- 7 . Rockall TA , Logan RFA , Devlin HB et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage . Gut 1996 ; 38 : 316 – 21 .
- 8 . Blatchford O , Murray WR , Blatchford M . A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage . Lancet 2000 ; 356 : 1318 – 21 .
- 9 . Stanley AJ , Ashley D , Dalton HR et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation . Lancet 2009 ; 373 : 42 – 7 .
- 10 . Chen IC , Hung MS , Chiu TF et al. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding . Am J Emerg Med 2007 ; 25 : 774 – 9 .

- 11 . Pang SH , Ching JYL , Lau JYW et al. Comparing the Blatchford and pre-endoscopic Rockall score in predicting the need for endoscopic therapy in patients with upper GI hemorrhage . *Gastrointest Endosc* 2010 ; 71 : 1134 – 40 .
- 12 . Barkun AN , Bardou M , Martel M et al. Prokinetics in acute upper GI bleeding: a meta-analysis . *Gastrointest Endosc* 2010 ; 72 : 1138 – 45 .
- 13 . Carbonell N , Pauwels A , Serfaty L et al. Erythromycin infusion prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double-blind trial . *Am J Gastroenterol* 2006 ; 101 : 1211 – 5 .
- 14 . Coffin B , Pocard M , Panis Y et al. Erythromycin improves the quality of EGD in patients with acute upper GI bleeding: a randomized controlled study . *Gastrointest Endosc* 2002 ; 56 : 174 – 9 .
- 15 . Frossard JL , Spahr L , Queneau PE et al. Erythromycin intravenous bolus infusion in acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double-blind trial . *Gastroenterology* 2002 ; 123 : 17 – 23 .
- 16 . Altraif I , Handoo FA , Aljumah A et al. Effect of erythromycin before endoscopy in patients presenting with variceal bleeding: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial . *Gastrointest Endosc* 2011 ; 73 : 245 – 50 .
- 17 . Pateron D , Vicaut E , Debuc E et al. Erythromycin infusion or gastric lavage for upper gastrointestinal bleeding: a multicenter randomized controlled trial . *Ann Emerg Med* 2011 ; 57 : 582 – 9 .
- 18 . Sreedharan A , Martin J , Leontiadis GI et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding . *Cochrane Database Syst Rev* 2010 (7): CD005415 .
- 19 . Lau JY , Leung WK , Wu JCY et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding . *N Engl J Med* 2007 ; 356 : 1631 – 40 .
- 20 . Leontiadis GI , Sharma VK , Howden CW . Proton pump inhibitor therapy for peptic ulcer bleeding: Cochrane collaboration meta-analysis of randomized controlled trials . *Mayo Clin Proc* 2007 ; 82 : 286 – 96 .
- 21 . Silverstein FE , Gilbert DA , Tedesco FJ et al. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. II. Clinical prognostic factors . *Gastrointest Endosc* 1981 ; 27 : 80 – 93 .
- 22 . Aljebreen AM , Fallone CA , Barkun AN . Nasogastric aspirate predicts high-risk endoscopic lesions in patients with acute upper-GI bleeding . *Gastrointest Endosc* 2004 ; 59 : 172 – 8 .
- 23 . Gilbert DA , Silverstein FE , Tedesco FJ et al. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding — III. Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding . *Gastrointest Endosc* 1981 ; 27 : 92 – 102 .

- 24 . Ahmad A , Bruno JM , Boynton R et al. Nasogastric aspirates frequently lead to erroneous results and delay of therapy in patients with suspected UGI bleeding . *Gastrointest Endosc* 2004 ; 59 : P163 .
- 25 . Cuellar RE , Gavalier JS , Alexander JA et al. Gastrointestinal tract hemorrhage. The value of a nasogastric aspirate . *Arch Intern Med* 1990 ;
- 26 . Jensen DM , Machicado GA . Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge . *Gastroenterology* 1988 ; 95 : 1569 – 74 .
- 27 . Laine L , Shah A . Randomized trial of urgent vs. elective colonoscopy in patients hospitalized with lower GI bleeding . *Am J Gastroenterol* 2010 ; 105 : 2636 – 41 .
- 28 . Lin HJ , Kun W , Perng CL et al. Early or delayed endoscopy for patients with peptic ulcer bleeding: a prospective randomized study . *J Clin Gastroenterol* 1996 ; 22 : 267 – 71 .
- 29 . Lee SD , Kearney KJ . A randomized controlled trial of gastric lavage prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding . *J Clin Gastroenterol* 2004 ; 38 : 861 – 5 .
- 30 . Kodali VP , Petersen BT , Miller CA et al. A new jumbo-channel therapeutic gastroscope for acute upper gastrointestinal bleeding . *Gastrointest Endosc* 1997 ; 45 : 409 – 11 .
- 31 . Sedarat A , Jensen D , Ohning G et al. Definitive endoscopic diagnosis and hemostasis when clots obscure the bleeding site in severe UGI hemorrhage: prevalence, techniques, & results . *Am J Gastroenterol* 2011 ; 106 (Suppl 2) : S541 .
- 32 . Ponsky JL , Hoffman M , Swayngim DS . Saline irrigation in gastric hemorrhage: the effect of temperature . *J Surg Res* 1980 ; 28 : 204 – 5 .
- 33 . Spiegel BM , Vakil NB , Ofman JJ . Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review . *Arch Intern Med* 2001 ; 161 : 1393 – 404 .
- 34 . Tsoi KKF , Ma TKW , Sung JY . Endoscopy for upper gastrointestinal bleeding: How urgent is it? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2009 ; 6 : 463 – 9 .
- 35 . Cooper GS , Chak A , Way LE . Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay . *Gastrointest Endosc* 1999 ; 49 : 145 – 52 .
- 36 . Cooper GS , Chak A , Connors AF Jr et al. The effectiveness of early endoscopy for upper gastrointestinal hemorrhage: a community based analysis . *Med Care* 1998 ; 36 : 462 – 74 .
- 37 . Lee JG , Turnipseed S , Romano C et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial . *Gastrointest Endosc* 1999 ; 50 : 755 – 61 .
- 38 . Bjorkman DJ , Zaman A , Fennerty MB et al. Urgent vs. elective endoscopy for acute non-variceal upper-GI bleeding: an effectiveness study . *Gastrointest Endosc* 2004 ; 60 : 1 – 8 .

- 39 . 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 ; 43 : 300 – 6 .
- 40 . Yen D , Hu S , Chen L et al. Arterial oxygen desaturation during emergent nonsedated upper gastrointestinal endoscopy in the emergency department . *Am J Emerg Med* 1997 ; 15 : 644 – 7 .
- 41 . Swain CP , Storey DW , Bown SG et al. Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers . *Gastroenterology* 1986 ; 90 : 595 – 608 .
- 42 . Branicki FJ , Coleman SY , Fok PJ et al. Bleeding peptic ulcer: a prospective evaluation of risk factors for rebleeding and mortality . *World J Surg* 1990 ; 14 : 262 – 70 .
- 43 . Lin HJ , Perng CL , Lee FY et al. Clinical courses and predictors for rebleeding in patients with peptic ulcers and non-bleeding visible vessels . *Gut* 1994 ; 35 : 1389 – 93 .
- 44 . Elmunzer BJ , Young SD , Inadomi JM et al. Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers . *Am J Gastroenterol* 2008 ; 103 : 2625 – 32 .
- 45 . Laine L , Peterson WL . Bleeding peptic ulcer . *N Engl J Med* 1994 ; 331 : 717 – 27 .
- 46 . Savides TS , Jensen DM . GI bleeding . In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ (eds). *Sleisenger and Fordtran's. Gastrointestinal and Liver Disease. Pathophysiology/Diagnosis/Management* , 8th edn. Saunders Elsevier: Philadelphia , 2010 , pp 285 – 322 .
- 47 . Swain CP , Kalabakas A , Rampton DS et al. A prospective study of the incidence and significance of stigmata of recent hemorrhage in ulcer patients without clinical evidence of recent bleeding . *Gastroenterology* 1991 ; 100 : A171 .
- 48 . Enestvedt BK , Gralnek IM , Mattek N et al. An evaluation of endoscopic indications and findings related to nonvariceal upper-GI hemorrhage in a large multicenter consortium . *Gastrointest Endosc* 2008 ; 67 : 422 – 9 .
- 49 . Sung JJ , Barkun A , Kuipers EJ et al. Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding: a randomized trial . *Ann Intern Med* 2009 ; 50 : 455 – 64 .
- 50 . Chung SCS , Leung JWC , Steele RJC et al. Endoscopic injection of adrenaline for actively bleeding ulcers: a randomized trial . *Br Med J* 1988 ; 296 : 1631 – 3 .
- 51 . Chang-Chien CS , Wu CS , Chen PC et al. Different implications of stigmata of recent hemorrhage in gastric and duodenal ulcers . *Dig Dis Sci* 1988 ; 33 : 400 – 4 .
- 52 . Kovacs TOG , Jensen DM . Recent advances in the endoscopic diagnosis and therapy of upper gastrointestinal, small intestinal, and colonic bleeding . *Med Clin N Am* 2002 ; 86 : 1319 – 56 .
- 53 . Tekant Y , Goh P , Alexander D et al. Combination therapy using adrenaline and heater probe to reduce rebleeding in patients with peptic ulcer haemorrhage: a prospective randomized trial . *Br J Surg* 1995 ; 82 : 223 – 6 .

- 54 . Fullarton G , Birnie G , Macdonald A et al. Controlled trial of heater probe treatment in bleeding peptic ulcers . Br J Surg 1989 ; 76 : 541 – 4 .
- 55 . Pascu O , Draghici A , Acalovchi I . The effect of endoscopic hemostasis with alcohol on the mortality rate of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. A randomized prospective study . Endoscopy 1989 ; 21 : 53 – 5 .
- 56 . Freitas D , Donato A , Monteiro JG . Controlled trial of liquid monopolar electrocoagulation in bleeding peptic ulcers . Am J Gastroenterol 1985 ; 80 : 853 – 7 .
- 57 . Wara P . Endoscopic prediction of major rebleeding—a prospective study of stigmata of hemorrhage in bleeding ulcer . Gastroenterology 1985 ; 88 : 1209 – 14 .
- 58 . Fullarton GM , Murray WR . Prediction of rebleeding in peptic ulcers by visual stigmata and endoscopic Doppler ultrasound criteria . Endoscopy 1990 ; 22 : 68 – 71 .
- 59 . Laine L , Friedman M , Cohen H . Lack of uniformity in evaluation of endoscopic prognostic features of bleeding ulcers . Gastrointest Endosc 1994 ; 40 : 411 – 7 .
- 60 . Lau JYW , Sung JY , Chan ACW et al. Stigmata of hemorrhage in bleeding peptic ulcers: an interobserver agreement study among international experts . Gastrointest Endosc 1997 ; 46 : 33 – 6 .
- 61 . Jensen D , Kovacs T , Jutabha R et al. Randomized trial of medical or endoscopic therapy to prevent recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots . Gastroenterology 2002 ; 123 : 407 – 13 .
- 62 . Lin JH , Wang K , Perng KL et al. Natural history of bleeding peptic ulcers with a tightly adherent blood clot: a prospective observation . Gastrointest Endosc 1996 ; 43 : 470 – 3 .
- 63 . Laine L , Stein C , Sharma V . A prospective outcome of patients with clot in an ulcer and the effect of irrigation . Gastrointest Endosc 1996 ; 43 : 107 – 10 .
- 64 . Laine L , McQuaid KR . Endoscopic therapy for bleeding ulcers: an evidence-based approach based on meta-analyses of randomized controlled trials . Clin Gastroenterol Hepatol 2009 ; 7 : 33 – 47 .
- 65 . Jensen DM , Ahlbom H , Eklund S et al. Rebleeding risk for oozing peptic ulcer bleeding (PUB) in a large international study — a reassessment based upon a multivariate analysis . Gastrointest Endosc 2010 ; 71 : AB117 .
- 66 . Bleau B , Gostout C , Sherman K et al. Recurrent bleeding from peptic ulcer associated with adherent clot: a randomized study comparing endoscopic treatment with medical therapy . Gastrointest Endosc 2002 ; 56 : 1 – 6 .
- 67 . Sung J , Chan F , Lau J et al. The effect of endoscopic therapy in patients receiving omeprazole for bleeding ulcers with nonbleeding visible vessels or adherent clots: a randomized comparison . Ann Intern Med 2003 ; 139 : 237 – 43 .

- 68 . Laine L , Spiegel B , Rostom A et al. Methodology for randomized trials of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: recommendations from an international consensus conference . *Am J Gastroenterol* 2010 ; 105 : 540 – 50 .
- 69 . Bianco M , Rotondano G , Marmo R et al. Combined epinephrine and bipolar probe coagulation vs. bipolar probe coagulation alone for bleeding peptic ulcer: a randomized, controlled trial . *Gastrointest Endosc* 2004 ; 60 : 910 – 5 .
- 70 . Lin H , Tseng G , Perng C et al. Comparison of adrenaline injection and bipolar electrocoagulation for the arrest of peptic ulcer bleeding . *Gut* 1999 ; 44 : 715 – 9 .
- 71 . Church N , Dallal H , Masson J et al. A randomized trial comparing heater probe plus thrombin with heater probe plus placebo for bleeding peptic ulcer . *Gastroenterology* 2003 ; 125 : 396 – 403 .
- 72 . Jensen DM , Machicado GA , Hirabayashi K . Randomized controlled study of three different types of hemoclips for hemostasis of bleeding canine acute gastric ulcers . *Gastrointest Endosc* 2006 ; 64 : 768 – 73 .
- 73 . Jensen DM , Machicado GA . Hemoclippping of chronic ulcers; a randomized prospective study of initial deployment success, clip retention rates, and ulcer healing . *Gastrointest Endosc* 2009 ; 70 : 969 – 75 .
- 74 . Lin H , Hsieh H , Tseng G et al. A prospective, randomized trial of large- vs. small-volume injection of epinephrine for peptic ulcer bleeding . *Gastrointest Endosc* 2002 ; 55 : 615 – 9 .
- 75 . Park C , Lee S , Park J et al. Optimal injection volume of epinephrine for endoscopic prevention of recurrent peptic ulcer bleeding . *Gastrointest Endosc* 2004 ; 60 : 875 – 80 .
- 76 . Liou T , Lin S , Wang H et al. Optimal injection volume of epinephrine for endoscopic treatment for peptic ulcer bleeding . *World J Gastroenterol* 2006 ; 12 : 3108 – 13 .
- 77 . Laine L . Multipolar electrocoagulation vs. injection therapy in the treatment of bleeding peptic ulcers: A prospective, randomized trial . *Gastroenterology* 1990 ; 99 : 1303 – 6 .
- 78 . Choudari C , Rajgopal C , Palmer K . Comparison of endoscopic injection therapy vs. the heater probe in major peptic ulcer haemorrhage . *Gut* 1992 ; 33 : 1159 – 61 .
- 79 . Choudari C , Palmer K . Endoscopic injection therapy for bleeding peptic ulcer; a comparison of adrenaline alone with adrenaline plus ethanolamine oleate . *Gut* 1994 ; 35 : 608 – 10 .
- 80 . Moret ó M , Zaballa M , Su á rez M et al. Endoscopic local injection of ethanolamine oleate and thrombin as an effective treatment for bleeding duodenal ulcer: a controlled trial . *Gut* 1992 ; 33 : 456 – 9 .
- 81 . Laine LA . Determination of the optimum technique for bipolar electrocoagulation treatment . *Gastroenterology* 1991 ; 100 : 107 – 12 .

- 82 . Morris DL , Brearley S , Thompson H et al. A comparison of the efficacy and depth of gastric wall injury with 3.2- and 2.3-mm bipolar probes in canine arterial hemorrhage . *Gastrointest Endosc* 1985 ; 31 : 361 – 3 .
- 83 . Jensen DM , Machicado GA . Endoscopic hemostasis of ulcer hemorrhage with injection, thermal, or combination methods . *Tech Gastrointest Endosc* 2005 ; 7 : 124 – 31 .
- 84 . Laine L , Long GL , Bakos GJ et al. Optimizing bipolar electrocoagulation for endoscopic hemostasis: assessment of factors influencing energy delivery and coagulation . *Gastrointest Endosc* 2008 ; 67 : 502 – 8 .
- 85 . Hung WK , Li VK , Chung CK et al. Randomized trial comparing pantoprazole infusion, bolus and no treatment on gastric pH and recurrent bleeding in peptic ulcers . *ANZ J Surg* 2007 ; 77 : 677 – 81 .
- 86 . Andriulli A , Loperfido S , Focareta R et al. High vs. low-dose proton pump inhibitors after endoscopic hemostasis in patients with peptic ulcer bleeding: a multicentre, randomized study . *Am J Gastroenterol* 2008 ; 103 : 3011 – 8 .
- 87 . Y ü ksel I , Ataseven H , K ö kl ü S et al. Intermittent vs. continuous pantoprazole infusion in peptic ulcer bleeding: a prospective randomized study . *Digestion* 2008 ; 78 : 39 – 43 .
- 88 . Choi KD , Kim N , Jang IJ et al. Optimal dose of intravenous pantoprazole in patients with peptic ulcer bleeding requiring endoscopic hemostasis in Korea . *J Gastroenterol Hepatol* 2009 ; 24 : 1617 – 24 .
- 89 . Javid G , Zargar SA , U-Saif R et al. Comparison of p.o. or i.v. proton pump inhibitors on 72-h intragastric pH in bleeding peptic ulcer . *J Gastroenterol Hepatol* 2009 ; 24 : 1236 – 43 .
- 90 . Marmo R , Rotondano G , Blanco MA et al. Outcome of endoscopic treatment for peptic ulcer bleeding: is a second look necessary? A meta-analysis . *Gastrointest Endosc* 2003 ; 57 : 62 – 7 .
- 91 . Tsoi KKF , Chan HCH , Chiu PWY et al. Second-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding. A meta-analysis . *J Gastroenterol Hepatol* 2010 ; 25 : 8 – 13 .
- 92 . Lau JY , Sung JJ , Lam YH et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers . *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 751 – 6 .
- 93 . Spiegel BMR , Ofman JJ , Woods K et al. Minimizing recurrent peptic ulcer hemorrhage after endoscopic hemostasis: the cost-effectiveness of competing strategies . *Am J Gastroenterol* 2003 ; 93 : 86 – 97 .
- 94 . Loffroy R , Rao P , Ota S et al. Embolization of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage resistant to endoscopic treatment: results and predictors of recurrent bleeding . *Cardiovasc Intervent Radiol* 2010 ; 33 : 1088 – 100 .

- 95 . Gross JB , Bailey PL , Connis RT et al. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists . *Anesthesiology* 2002 ; 96 : 1004 – 17 .
- 96 . Hepworth CC , Newton M , Barton S et al. Randomized controlled trial of early feeding in patients with bleeding peptic ulcer and a visible vessel . *Gastroenterology* 1995 ; 108 : A113 .
- 97 . Laine L , Cohen H , Brodhead J et al. A prospective evaluation of immediate vs. delayed refeeding and the prognostic value of endoscopic features in patients with major upper gastrointestinal tract hemorrhage . *Gastroenterology* 1992 ; 102 : 314 – 6 .
- 98 . Cipolletta L , Bianco MA , Rotondano G et al. Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial . *Gastrointest Endosc* 2002 ; 55 : 1 – 5 .
- 99 . Lau JYW , Chung SCS , Leung JW et al. The evolution of stigmata of hemorrhage in bleeding peptic ulcers: as sequential endoscopic study . *Endoscopy* 1998 ; 30 : 513 – 8 .
- 100 . Hsu PI , Lin XZ , Chan SH et al. Bleeding peptic ulcer — risk factors for rebleeding and sequential changes in endoscopic findings . *Gut* 1994 ; 35 : 746 – 9 .
- 101 . Hsu PI , Lai KH , Lin XZ et al. When to discharge patients with bleeding peptic ulcers: a prospective study of residual risk of rebleeding . *Gastrointest Endosc* 1996 ; 44 : 382 – 7 .
- 102 . Jensen D , Pace S , Soffer E et al. Continuous infusion of pantoprazole vs. ranitidine for prevention of ulcer rebleeding: a U.S. multicenter randomized, double-blind study . *Am J Gastroenterol* 2006 ; 101 : 1991 – 9 .
- 103 . Zargar S , Javid G , Khan B et al. Pantoprazole infusion as adjuvant therapy to endoscopic treatment in patients with peptic ulcer bleeding: prospective randomized controlled trial . *J Gastroenterol Hepatol* 2006 ; 21 : 716 – 21 .
- 104 . Jensen DM , Cheng S , Kovacs TOG et al. A controlled study of ranitidine for the prevention of recurrent hemorrhage from duodenal ulcer . *N Engl J Med* 1994 ; 330 : 382 – 6 .
- 105 . Gisbert JP , Khorrami S , Carballo F et al. Meta-analysis: Helicobacter pylori eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer . *Aliment Pharmacol Ther* 2004 ; 19 : 617 – 29 .
- 106 . Jaspersen D , Koerner T , Schorr W et al. Helicobacter pylori eradication reduces the risk of rebleeding in ulcer hemorrhage . *Gastrointest Endosc* 1995 ; 41 : 5 – 7 .
- 107 . Rokkas T , Karameris A , Mavrogeorgis A et al. Eradication of Helicobacter pylori reduces the possibility of rebleeding in peptic ulcer disease . *Gastrointest Endosc* 1995 ; 41 : 1 – 4 .
- 108 . Vcev A , Horvat D , Rubinic M et al. Eradication of Helicobacter pylori reduces the possibility of rebleeding in duodenal ulcer disease . *Acta Fam Med Flum* 1996 ; 21 : 59 – 65 .
- 109 . Bataga S , Bratu B , Bancu L et al. The treatment in bleeding duodenal ulcer . *Gut* 1997 ; 41 (Suppl 3) : A167 .

- 110 . Chan FKL , Chung SCS , Suen BY et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen . *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 967 – 73 .
- 111 . Lai KC , Lam SK , Chu KM et al. Lansoprazole for the prevention of recurrences of ulcer complications from long-term low-dose aspirin use . *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 2033 – 8 .
- 112 . Wong GLH , Wong VWS , Chan Y et al. High incidence of mortality and recurrent bleeding in patients with *Helicobacter pylori*-negative idiopathic bleeding ulcers . *Gastroenterology* 2009 ; 137 : 525 – 31 .
- 113 . Chey WD , Wong BCY . American College of Gastroenterology guideline on the Management of *Helicobacter pylori* infection . *Am J Gastroenterol* 2007 ; 102 : 1808 – 25 .
- 114 . Barkun AN , Bardou M , Kuipers EJ et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding . *Ann Intern Med* 2010 ; 152 : 101 – 13 .
- 115 . Cutler AF , Havstad S , Ma CK et al. Accuracy of invasive and noninvasive tests to diagnose *Helicobacter pylori* infection . *Gastroenterology* 1995 ; 109 : 136 – 41 .
- 116 . Cutler AF , Prasad VM , Santagode P . Four-year trends in *Helicobacter pylori* IgG serology following successful eradication . *Am J Med* 1998 ; 105 : 18 – 20 .
- 117 . Hui WM , Lam SK , Ho J et al. Effect of omeprazole on duodenal ulcer-associated antral gastritis and *Helicobacter pylori* . *Dig Dis Sci* 1991 ; 36 : 577 – 82 .
- 118 . Laine L , Estrada R , Trujillo M et al. The effect of proton pump inhibitor therapy on diagnostic testing for *Helicobacter pylori* . *Ann Intern Med* 1998 ; 129 : 547 – 50 .
- 119 . Rostom A , Dube C , Wells G et al. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers . *Cochrane Database Syst Rev* 2002 (4): CD0022962002 .
- 120 . Rostom A , Muir K , Dube C et al. The gastrointestinal toxicity of COX-2 inhibitors: a Cochrane Collaboration Systematic Review . *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007 ; 5 : 818 – 28 .
- 121 . Silverstein FE , Graham DY , Senior JR et al. Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with rheumatoid arthritis receiving nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial . *Ann Intern Med* 1995 ; 123 : 241 – 9 .
- 122 . Chan FK , Hung LC , Suen BY et al. Celecoxib vs. diclofenac and omeprazole in reducing the risk of recurrent ulcer bleeding in patients with arthritis . *N Engl J Med* 2002 ; 347 : 2104 – 10 .
- 123 . Chan FKL , Hung LCT , Suen BY et al. Celecoxib vs. diclofenac plus omeprazole in high-risk arthritis patients: results of a randomized doubleblind trial . *Gastroenterology* 2004 ; 127 : 1038 – 43 .

- 124 . Chan FK , Wong VW , Suen BY et al. Combination of a cyclo-oxygenase-2 inhibitor and a proton-pump inhibitor for prevention of recurrent ulcer bleeding in patients at very high risk: a double-blind, randomised trial . Lancet 2007 ; 369 : 1621 – 6 .
- 125 . Yeomans N , Lanas A , Labenz J et al. Efficacy of esomeprazole (20 mg once daily) for reducing the risk of gastroduodenal ulcers associated with continuous use of low-dose aspirin . Am J Gastroenterol 2008 ; 103 : 2465 – 73 .
- 126 . Scheiman JM , Devereaux PJ , Herlitz J et al. Prevention of peptic ulcers with esomeprazole in patients at risk of ulcer development treated with low-dose acetylsalicylic acid: a randomized, controlled trial (OBERON) . Heart 2011 ; 97 : 797 – 802 .
- 127 . Taha A , McCloskey C , Prasad R et al. Famotidine for the prevention of peptic ulcers and oesophagitis in patients taking low-dose aspirin (FAMOUS): a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled trial . Lancet 2009 ; 374 : 119 – 25 .
- 128 . Bhatt DL , Cryer BL , Contant CF et al. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease . N Engl J Med 2010 ; 363 : 1909 – 17 .
- 129 . Antithrombotic Trialists (ATT) Collaboration . Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials . Lancet 2009 ; 373 : 1849 – 60 .
- 130 . Sung JY , Lau JWY , Ching JYL et al. Continuation of low-dose aspirin therapy in peptic ulcer bleeding: a randomized trial . Ann Intern Med 2010 ; 152 : 1 – 9 .
- 131 . Biondi-Zoccai GG , Lotrionte M , Agostoni P et al. A systematic review and meta-analysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50,279 patients at risk for coronary artery disease . Eur Heart J 2006 ; 27 : 2667 – 74 .
- 132 . Burger W , Chemnitius JM , Kneissl GD et al. Low-dose aspirin for secondary cardiovascular prevention-cardiovascular risks after its perioperative withdrawal vs. bleeding risks with its continuation-review and metaanalysis . J Intern Med 2005 ; 257 : 399 – 414 .

Հավելված 1.

Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (GRADE):

ԱՊԱՅՈՒՅՑՆԵՐԻ ՈՐԱԿԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ (GRADE համակարգ)

Մակարդակ	Նկարագիր
Բարձր որակ	Հետագա ուսումնասիրությունները քիչ հավանական է, որ կփոխեն մեր համոզվածությունը արդյունքների վերաբերյալ
Միջին որակ	Հետագա ուսումնասիրությունները հավանական է, որ էականորեն կփոխեն մեր համոզվածությունը արդյունքների վերաբերյալ
Ցածր որակ	Հետագա ուսումնասիրությունները մեծ հավանականությամբ էականորեն կփոխեն մեր համոզվածությունը արդյունքների վերաբերյալ
Շատ ցածր որակ	Վերջնական արդյունքի ցանկացած կանխատեսում անհնար է

ԱՊԱՑՈՒՑՅՆԵՐԻ ՈՒԺԻ ՎՐԱ ԱԶԴՈՂ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

Գործոն	Ուժեղ խորհուրդի օրինակ	Թույլ խորհուրդի օրինակ
Ապացույցների որակ	Բազմաթիվ բարձր որակի ՊԲՎՓ-եր ցույց են տվել ինհալացիոն ստերոիդների արդյունավետությունը ասթմայի ժամանակ	Պլևրոդեզի արդյունավետությունը պնևմոթորաքսի ժամանակ ուսումնասիրվել է միայն դեպքերի հաջորդականություններում
Հավանական դրական և բացասական հետևանքների հավասարակշռության վերաբերյալ համոզվածություն	Սրտամկանի ինֆարկտի ժամանակ ասպիրինը նվազեցնում է մահացությունը ուղեկցվելով նվազագույն տոքսիկ ազդեցություններով, անհարմարությամբ և ծախսերով	Նախասրտերի շողացումով և ցածր ռիսկի խմբում գտնվող պացիենտների շրջանում վարֆարինը բերում է ինսուլտի ռիսկի նվազագույն իջեցմանը և ուղեկցվում է զգալի անհարմարությամբ և արյունահոսությունների ռիսկի ավելացմամբ

<p>Արժեքների և նախապատվությունների տատանումներ կամ հավասարակշռության անհայտ կարգավիճակ</p>	<p>Լիմֆոնայով երիտասարդ պացիենտները անվերապահորեն ավելի կարժևորեն քիմքիթերապիայի շնորհիվ կայնքի երկարացումը ի համեմատ վերջինիս տոքսիկ ազդեցությունների</p>	<p>Լիմֆոնայով տարեց պացիենտները հնարավոր է չարժևորեն քիմքիթերապիայի շնորհիվ կայնքի երկարացումը ի համեմատ վերջինիս տոքսիկ ազդեցությունների</p>
<p>Համոզվածություն (կամ վերջինիս բացակայությունը) միջամտության տնտեսական արդյունավետության վերաբերյալ</p>	<p>Անցողիկ իշեմիկ գրոհներով պացիենտների շրջանում ասպիրինով կանխարգելման ցածր ծախսերը</p>	<p>Անցողիկ իշեմիկ գրոհներով պացիենտների շրջանում կլոպիդոգրեվով կամ դիպիրիդամոլով և ասպիրինով կանխարգելման բարձր ծախսերը</p>

Հավելված 2.

Ուղեցույցի առանցքային խորհուրդների ամփոփում

<p>Նախնական գնահատումը եւ դասակարգումը ըստ ռիսկի</p>
<p>1. Հեմոդինամիկ ստատուսը պետք է գնահատվի անմիջապես պացիենտի ներկայանալու պահին, անհրաժեշտության դեպքում պետք է ձեռնարկվեն</p>

<p>վերակենդանացման միջոցառումներ (կարելու խորհուրդ)</p>
<p>2. Արյան տրանսֆուզիաները պետք է նպատակ ունենան հասցնել հեմոգլոբինի արժեքը $\geq 7\text{գ/դլ}$, ձգտելով հասնել հեմոգոբինի ավելի բարձր արժեքների այն պացիենտների մոտ, որոնց մոտ կան կլինիկական փաստեր արյան ներանոթային ծավալի նվազման կամ հարակից պացիենտությունների (ինչպիսին է կորոնար անոթների պացիենտությունը) վերաբերյալ (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>3. Ռիսկի գնահատումը պետք է իրականացվի պացիենտներին ըստ բարձր եւ ցածր ռիսկի խմբերի շերտավորելու նպատակով եւ կարող է օգնել այնպիսի նախնական որոշումների ժամանակ, ինչպիսիք են՝ դուրս գրման, էնդոսկոպիայի ժամկետների, խնամքի աստիճանի որոշումը (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>4. Անհետաձգելի բուժօգնության բաժնից առանց ստացիոնար էնդոսկոպիայի դուրս գրման հարցը կարող է քննարկվել այն պացիենտների մոտ, որոնց միզանյութը</p> <p>5. $<18.2\text{մգ/դլ}$, հեմոգլոբինը $\geq 13.0\text{գ/դլ}$ տղամարդկանց համար (12.0գ/դլ կանանց համար), սիստոլիկ զարկերակային ճնշումը $\geq 100\text{մմ.սս.}$, պուլսը $<100\text{զարկ/րոպե}$, բացակայում է մելենայի, ուշագնացության դրվագը, չկա սրտային անբավարարության, լյարդի պացիենտություն, քանի որ նշված պացիենտների մոտ միջամտության կարիքի հավանականությունը փոքր է 1%-ից (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>Նախաէնդոսկոպիկ բժշկական թերապիա</p>
<p>6. Ներերակային էրիթրոմիցինի ինֆուզիայի (էնդոսկոպիայից մոտ 30 րոպե առաջ՝ 250մգ) հարցը պետք է քննարկվի որպես դիագնոստիկ էֆեկտիվությունը բարձրացնելու եւ կրկնակի էնդոսկոպիայի անհրաժեշտությունը նվազեցնելու միջոց: Այնուամենայնիվ, էրիթրոմիցինը հստակ չի ներկայացել որպես վերջնական կլինիկական արդյունքները բարելավող միջոց (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>7. Նախաէնդոսկոպիկ ներերակային ՊՊԻ-ի կիրառությունը (օր.՝ 80մգ բոլուս, որին հաջորդում է 8մգ/ժ ինֆուզիան) կարող է քննարկվել որպես միջոց, որը նվազեցնում է էնդոսկոպիայի ընթացքում արյունահոսության բարձր ռիսկ ունեցող պացիենտների հարաբերությունը էնդոսկոպիկ բուժում ստացող պացիենտների համեմատ: Այնուամենայնիվ, ՊՊԻ-ները չեն բարելավում այնպիսի կլինիկական</p>

<p>արդյունքներ, ինչպիսիք են՝ հետագա արյունահոսումը, վիրաբուժական միջամտության կարիքը, մահը: (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>8. Ներերակային ՊՊԻ-ի կիրառումը խորհուրդ է տրվում հետագա արյունահոսության հավանականության նվազեցման նպատակով, եթե էնդոսկոպիան հետաձգվել է կամ չի կարա իրականացվի (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p><i>Սրամոքսի լավատ</i></p>
<p>9. ՍԱՏ արյունահոսությունով պացիենտների մոտ դիագնոստիկայի, պրոզնոզի, վիզուալիզացիայի կամ թերապևտիկ էֆեկտի նպատակով նազոգաստրալ կամ օրոգաստրալ զոնդով լվացման կարիք չկա (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p><i>Էնդոսկոպիայի ժամկետները</i></p>
<p>10. Հեմոդինամիկ ցուցանիշների վերականգման կամ այլ բժշկական խնդիրների վերացման փորձերից հետո ՍԱՏ արյունահոսությունով բոլոր պացիենտները պետք է ենթարկվեն էնդոսկոպիայի՝ ընդունման պահից 24 ժամվա սահմաններում (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>11. Էնդոսկոպիան պետք է կատարվի հնարավորինս շուտ, սակայն ոչ-անհետաձգելի պայմաններով այն պացիենտների մոտ, որոնք հեմոդինամիկորեն կայուն են եւ չունեն հարակից լուրջ պացիենտություններ՝ բացահայտելու համար պացիենտների այն կարելու մասնաբաժինը, որոնք էնդոսկոպիկ հետազոտության արդյունքներով պատկանում են ցածր ռիսկին եւ ենթակա են դուրս գրման (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>12. Բարձր ռիսկին պատկանող կլինիկական առանձնահատկություններով (օրինակ՝ տախիկարդիա, հիպոտենզիա, պացիենտանոցում արյունային փսխում կամ նազոգաստրալ զոնդից արյան առկայություն) պացիենտների մոտ էնդոսկոպիայի իրականացման հարցը պետք է դրվի 12 ժամվա սահմաններում՝ նպատակ ունենալով բարելավել վերջնական կլինիկական արդյունքները</p>
<p><i>Էնդոսկոպիկ ախտորոշում</i></p>
<p>13. Թարմ արյունահոսության նշանները պետք է գրանցվեն, քանի որ նրանք կանխագուշակում են հետագա արյունահոսության ռիսկերը եւ ուղղորդում են վարման որոշումները: Նշանները ըստ հնարավոր արյունահոսման ռիսկի նվազման</p>

<p>հետեւյալն են՝ ակտիվ շիթով, չարյունահոսող տեսանելի անոթ, ակտիվ ծորում, կպած մակարդուկ, տափակ պիզմենտավորված բիծ եւ մաքուր հատակ (կարելոր խորհուրդ)</p>
<p>Էնդոսկոպիկ թերապիա</p>
<p>14. Էնդոսկոպիկ թերապիա պետք է իրականացվի այն պացիենտների մոտ, որոնք ունեն՝ ակտիվ շիթով կամ ակտիվ ծորումով արյունահոսություն եւ չարյունահոսող տեսանելի անոթ (կարելոր խորհուրդ)</p>
<p>15. Էնդոսկոպիկ թերապիայի կատարումը պետք է քննարկվի այն պացիենտների մոտ, որոնք ունեն կպած մակարդուկ՝ կայուն ակտիվ լվացման նկատմամբ: Էֆեկտիվությունը կլինի ավելի բարձր այն պացիենտների մոտ, որոնց բրոնոշ են արյունահոսության կրկնության համար կլինիկական առանձնահատկություններ (օր.՝ մեծ տարիք, հարակից պացիենտություններ, արյունահոսության սկիզբը ստացիոնար բուժման ժամանակ) (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>16. Էնդոսկոպիկ թերապիա չպետք է կատարվի այն պացիենտների մոտ, որոնք ունեն տափակ պիզմենտավորված բիծ կամ մաքուր հատակով խոց (կարելոր խորհուրդ)</p>
<p>17. Թերապիա միայն ադրենալինով չպետք է իրականացվի: Օգտագործման դեպքում այն պետք է համակցվի մեկ այլ միջոցի հետ (կարելոր խորհուրդ)</p>
<p>18. Խորհուրդ է տրվում բիպոլյար էլեկտրոկոագուլյացիայով կամ տաքացող զոնդով թերմալ թերապիան զուգակցել սկլերոզանտի (օր.՝ մաքուր ալկոհոլ) հետ, քանի որ նրանք նվազեցնում են հետագա արյունահոսության հավանականությունը, վիրաբուժական միջամտության կարիքը եւ մահացությունը (կարելոր խորհուրդ)</p>
<p>19. Խորհուրդ է տրվում կլիպսերի օգտագործումը, քանի որ նրանք իջացնում են հետագա արյունահոսության հավանականությունը եւ վիրաբուժության կարիքը: Այնուամենայնիվ, համեմատական արդյունքները կլիպսերի եւ այլ թերապետիկ միջոցների միջեւ դեռեւս տատանվում են եւ ներկայումս կիրառվող կլիպսերը լավ չեն ուսումնասիրված (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>20. Պացիենտների այն ենթախմբի համար, որոնք ակտիվ արյունահոսում են</p>
<p>Թերապիան էնդոսկոպիայից հետո</p>
<p>21. Բարեհաջող էնդոսկոպիկ հեմոստազից հետո պետք է կատարվի ներերակային</p>

<p>ՊՊԻ թերապիա (80մգ բոլորս, որին հաջորդում է 72ժամ 8մգ/ժ անընդհատ ինֆուզիան) այն բոլոր պացիենտների մոտ, որոնք ունեին ակտիվ արյունահոսող խոց, չարյունահոսող տեսանելի անոթ կամ կպած մակարդուկ (կարելուր խորհուրդ)</p>
<p>22. Պացիենտները, որոնք ունեին տափակ պիզմենտավորված բիծով կամ մաքուր հատակով խոց, կարող են ստանալ ստանդարտ ՊՊԻ թերապիա (օր.՝ օրալ ՊՊԻ օրը մի անգամ) (կարելուր խորհուրդ)</p>
<p>Կրկնակի էնդոսկոպիա</p>
<p>23. Սահմանված կարգով բոլոր պացիենտների մոտ կրկնակի էնդոսկոպիայի իրկանացումը առաջին էնդոսկոպիկ հեմոստազից 24 ժամ անց, երբ չկան արյունահոսության նշաններ, անցանկալի է (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>24. Կրկնակի էնդոսկոպիա պետք է կատարվի արյունահոսության կրկնության հավաստի կլինիկական նշաններով պացիենտների մոտ: Եթե կան արյունահոսության էնդոսկոպիկ բարձր ռիսկի նշաններ՝ իրականացվում է էնդոսկոպիկ հեմոստատիկ թերապիա (կարելուր խորհուրդ)</p>
<p>25. Եթե հետագայում արյունահոսությունը տեղի ունենա արդեն երկրորդ էնդոսկոպիկ միջոցառումից հետո, ապա հիմնականում իրականացվում է վիրաբուժական կամ էլ ինտերվենցիոն ռադիոլոգիական միջամտություն՝ արտերիալ էմբոլիզացիայով (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>Հոսպիտալիզացիա</p>
<p>26. Բարձր ռիսկի նշաններով պացիենտները (ակտիվ արյունահոսություն, տեսանելի անոթ, թրոմբեր) պետք է հոսպիտալիզացվեն 3 օրով՝ ընդունելով, որ չկա արյունահոսության կրկնողություն կամ հոսպիտալիզացիայի համար այլ պատճառներ: Էնդոսկոպիայից կարճ ժամանակ անց նրանք կարող են կերակրվել մաքուր հեղուկներով (պայմանական խորհուրդ)</p>
<p>27. Մաքուր հատակով խոց ունեցող պացիենտները կարող են ստանալ կանոնավոր դիետա եւ դուրս գրվել էնդոսկոպիայից հետո՝ ընդունելով, որ նրանք հեմոդինամիկորեն կայուն են, նրանց հեմոգլոբինի արժեքը կայուն է, նրանք չունեն ուրիշ բժշկական խնդիրներ եւ նրանք ունեն բնակավայր, որտեղ կարող են վերահսկվել հասուն պատասխանատու անձի կողմից (կարելուր խորհուրդ)</p>

խոցերի կրկնակի արյունահոսման երկարատև կանխարգելում

28. Պացիենտները, որոնք ունեն H.Pylori-ասոցիացված արյունահոսող խոց, պետք է ստանան հակահելիկոբակտերային թերապիա: Էրադիկացիայի վերաբերյալ փաստեր ունենալուց հետո հակասեկրետոր թերապիան շարունակելու կարիքը չկա, քանի դեռ պացիենտը չի ստանում ՈՍՀԴ կամ հակաթրոմբոտիկ:
29. Պացիենտների մոտ, որոնք ունեն ՈՍՀԴ-ասոցիացված արյունահոսող խոց, ՈՍՀԴ-ների օգտագործման անհրաժեշտությունը պետք է մանրակրկիտ քննարկվի եւ եթե հնարավոր է ՈՍՀԴ-ները չպետք է շարունակվեն: Այն պացիենտներին, որոնք պարտադիր պետք է ստանան ՈՍՀԴ, խորհուրդ է տրվում
30. Այն պացիենտների մոտ, որոնց արյունահոսող խոցը փոխկապակցված է ցածր դոզայով ասպիրինի հետ, պետք է գնահատվի ասպիրինի կիրառման կարիքը:
31. Իդիոպաթիկ (ոչ-H.Pylori, ոչ-ՈՍՀԴ) խոցերով պացիենտներին խորհուրդ է տրվում երկարատև հակախոցային բուժում (օր.¹ ամենօրյա ՊՊԻ) (պայմանական խորհուրդ)