|  |  |
| --- | --- |
| **O imagine care conține simbol, cerc, emblemă, Font  Descriere generată automat** | **MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA** |



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

**,,NICOLAE TESTEMIȚANU’’ DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**ULCERUL GASTRODUODENAL HEMORAGIC LA ADULT**

**Protocol Clinic Naţional**

**(ediția II)**

**PCN-332**

**Chişinău, 2024**

**Aprobat la şedinţa Consiliului de Experţi al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova**

**din 30.09.2024, proces-verbal nr. 3**

**Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 964 din 04.12.2024 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic naţional „Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II**

**CUPRINS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CUPRINS** | 2 |
| **SUMARUL RECOMANDĂRILOR** | 4 |
| **ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT** | 6 |
| **PREFAŢĂ** | 7 |
| **A. PARTEA INTRODUCTIVĂ** | 7 |
| *A.1. Diagnosticul* | 7 |
| *A.2. Codul bolii (CIM 10)* | 7 |
| *A.3. Utilizatorii* | 8 |
| *A.4. Obiectivele protocolului* | 8 |
| *A.5. Data elaborării protocolului* | 8 |
| *A.6. Data revizuirii protocolului* | 8 |
| *A.7. Data următoarei revizuiri* | 8 |
| *A.8. Lista şi informațiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului* | 8 |
| *A.9. Definițiile folosite în document* | 9 |
| *A.10. Informația epidemiologică* | 11 |
| *A.11. Clase de recomandare şi nivele de evidenţă* | 11 |
| **B. PARTEA GENERALĂ** | 12 |
| *B.1. Nivel de asistenţă medicală primară* | 12 |
| *B.2. Nivel de asistenţă medicală de urgenţă* | 13 |
| *B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulator* | 14 |
| *B.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească* | 16 |
| **C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ** | 18 |
| *C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu UGDH în staţionar* | 18 |
| **C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR** | 19 |
| *C.2.1. Clasificarea* | 19 |
| *C.2.2. Fiziopatologia ulcerului gastroduodenal hemoragic* | 21 |
| *C.2.3. Factorii de risc* | 20 |
| *C.2.4. Conduita pacientului cu ulcerul gastroduodenal hemoragic* | 21 |
| *C.2.4.1. Măsurile diagnostice generale* | 21 |
| *C.2.4.2. Manifestările clinice* | 22 |
| *C.2.4.2.1 Semne clinice* | 22 |
| *C.2.4.2.2 Evaluarea hemodinamicii centrale* | 23 |
| *C.2.4.2.3. Timpul spitalizării* | 23 |
| *C.2.4.2.4. Anamneza* | 24 |
| *C.2.4.2.5. Examenul obiectiv* | 24 |
| *C.2.4.3. Diagnosticul diferenţial* | 25 |
| *C.2.4.4. Criteriile de spitalizare* | 27 |
| *C.2.4.5. Investigaţiile paraclinice* | 28 |
| *C.2.4.6. Evaluarea gravității pierderii sangvine şi frecvenţa monitorizării* | 30 |
| *C.2.4.7. Gastroscopia diagnostică* | 32 |
| *C.2.4.7.1. Pregătirea pentru examinare endoscopică primară* | 32 |
| *C.2.4.7.2. Momentul efectuării gastroscopiei*  | 33 |
| *C.2.4.7.3. Factorii de risc ai informativităţii reduse a gastroscopiei* | 34 |
| *C.2.4.7.4. Depistarea sursei hemoragiei* | 34 |
| *C.2.4.7.5. Stigmatele hemoragiei ulceroase* | 36 |
| *C.2.4.8. Prognosticul episodului hemoragic* | 37 |
| *C.2.4.8.1. Aprecierea pronosticului* | 37 |
| *C.2.4.9. Terapia endoscopică* | 39 |
| *C.2.4.9.1. Indicaţiile către hemostaza endoscopică* | 39 |
| *C.2.4.9.2. Metodele hemostazei endoscopice* | 40 |
| *C.2.4.9.2.1. Metodele termice de hemostază endoscopică* | 40 |
| *C.2.4.9.2.2. Metodele injecţionale de hemostază endoscopică* | 41 |
| *C.2.4.9.2.3. Metodele mecanice de hemostază endoscopică* | 42 |
| *C.2.4.9.2.4. Metodele topice de hemostază endoscopică* | 42 |
| *C.2.4.9.3. Hemostaza endoscopică combinată* | 43 |
| *C.2.4.9.4. Insuccesul hemostazei endoscopice* | 43 |
| *C.2.4.9.5. Endoscopia second-look* | 44 |
| *C.2.4.10. Complicațiile gastroscopiei diagnostico-curative* | 45 |
| *C.2.4.10.1. Complicaţiile gastroscopiei diagnostice* | 45 |
| *C.2.4.10.2. Gastroscopia diagnostico-curativă la pacienţii cu patologie cardiacă* | 45 |
| *C.2.4.10.3. Complicaţiile locale ale hemostazei endoscopice* | 46 |
| *C.2.4.11. Recidiva hemoragiei ulceroase* | 46 |
| *C.2.4.11.1. Definiţia şi importanţa clinică a recidivei hemoragiei ulceroase* | 46 |
| *C.2.4.11.2. Criteriile diagnostice ale recidivei hemoragiei ulceroase* | 46 |
| *C.2.4.11.3. Caracteristicile clinice ale recidivei hemoragiei ulceroase* | 47 |
| *C.2.4.11.4. Hemostaza endoscopică repetată în cazul resângerării* | 47 |
| *C.2.4.11.5. Embolizarea arterială transcateter* | 47 |
| *C.2.4.12. Tratamentul conservativ* | 48 |
| *C.2.4.12.1. Principiile terapiei intensive* | 48 |
| *C.2.4.12.2. Terapia antisecretorie* | 50 |
| *C.2.4.12.3. Hemotransfuzia* | 51 |
| *C.2.4.12.4. Altă medicaţie* | 52 |
| *C.2.4.12.5. Medicaţia asociată precedentă* | 53 |
| *C.2.4.13. Tratamentul chirurgical* | 54 |
| *C.2.4.13.1. Timpul efectuării tratamentului chirurgical* | 54 |
| *C.2.4.13.2. Operaţia de urgenţă imediată* | 55 |
| *C.2.4.13.3. Operaţia de urgenţă amânată* | 55 |
| *C.2.4.13.4. Operaţia programată* | 56 |
| *C.2.4.13.5. Volumul intervenţiei chirurgicale* | 56 |
| *C.2.4.13.6. Hemostaza chirurgicală în ulcerul duodenal* | 57 |
| *C.2.4.13.7. Volumul operaţiei de urgenţă în ulcerul duodenal hemoragic* | 58 |
| *C.2.4.13.8. Volumul operaţiei de urgenţă în ulcerul gastric hemoragic* | 59 |
| *C.2.4.13.9. Complicaţiile postoperatorii după rezolvarea chirurgicală a ulcerului gastroduodenal hemoragic* | 60 |
| *C.2.4.13.10. Etapa postoperatorie* | 61 |
| *C.2.5. Criterii de externare* | 62 |
| *C.2.6. Profilaxia*  | 62 |
| *C.2.7. Supravegherea pacienţilor* | 62 |
| **D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL** | 64 |
| *D.1. Instituţiile de asistenţă medicală primară* | 64 |
| *D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de asistenţă medicală de urgenţă* | 64 |
| *D.3. Instituţiile/secţiile de asistenţă medicală specializată de ambulator* | 64 |
| *D.4. Instituţiile de asistenţă medicală spitalicească: secţii de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale, republicane, inclusiv departamentale şi particulare* | 65 |
| **E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI** | 67 |
| *Anexă 1. Ghidul pacientului cu ulcerul gastroduodenal hemoragic* | 68 |
| *Anexă 2. Fişa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru ulcerul gastroduodenal hemoragic* | 71 |
| **BIBLIOGRAFIE** | 72 |

**SUMARUL RECOMANDĂRILOR**

* Ulcerul gastroduodenal rămâne cauza principală a hemoragiilor gastrointestinale superioare nonvariceale și a șocului hypovolemic, și reprezintă cauza principală de mortalitate în hemoragiile digestive superioare (HDS) acute. Anual în spitalele din Republica Moldova sunt spitalizați 1.500-1.600 bolnavi cu ulcerul gastroduodenal hemoragic (UGDH), iar mortalitatea generală este de 4,7%. În contrast, mortalitatea la pacienții, la care s-a dezvoltat recidiva hemoragiei în timpul spitalizării este 30-40%.
* UGDH reprezintă o urgență medico-chirurgicală, care necesită o evaluare promptă pentru determinarea stabilităţii clinice, prevenirea sângerarea ulterioară și reducerea mortalităţii, - o abordare similară este necesar de a fi practicată la un pacient traumatizat cu sindrom hemoragic. Mai multe elemente (simptome clinice, anticedente și rezultate testelor de laborator) trebuie considerate şi analizate pentru aprecierea stabilităţii sau instabilităţii pacienților cu UGDH.
* Pe lângă anticedentelor ulceroase, este foarte important să se culege anamneza detaliată, în special în ceea ce privește: medicamentele și afecţiunile care pot afecta starea de coagulare (preparate antiagregante plachetare, anticoagulante, insuficiență hepatică); maladiile cardiace și pulmonare severe, care pot face pacienții mai susceptibili la efectele adverse ale anemiei; dereglărilor neurologice (demența), care pot predispune pacienții la aspirația pulmonară a conținutului gastric.
* Dacă se suspectează un UGDH, toți pacienții trebuie testaţi de laborator în mod urgent, inclusiv determinarea grupei sangvine şi a factorului Rhesus, recoltarea sângelui pentru testele de compatibilitate, evaluarea nivelului hemoglobinei şi hematocritului, electroliților și indicelor de coagulare.
* Resuscitarea precoce a pacienților cu HDS este esențială pentru reducerea mortalității; aceasta trebuie efectuată concomitent cu măsurile diagnostice. Imediat trebuie efectuată evaluare rapidă a ABC (căile respiratorii, respirație și circulație). Indicatorii de referinţă ai resuscitării la pacienții cu UGDH sunt identice ca și la persoane traumatizate cu leziuni hemoragice (tensiune arterială sistolica 90-100 mm Hg; normalizarea deficitului de lactat; menținerea nivelului de hemoglobină de cel puțin 70 g/l; corectarea sau prevenirea coagulopatiei).
* În cadrul episodului acut al UGDH, gastroscopia trebuie efectuată cât mai curând posibil, ceea ce este asociată cu reducerea ratei resângerării, necesității în intervenție chirurgicală și a mortalității. Endoscopia precoce efectuată în 24 ore de spitalizare a bolnavului identifică sursa de hemoragie, prezintă o informaţie preţioasă de prognozare a probabilităţii resângerării, permite stratificarea pacienţilor în diferite grupuri de risc, asigură posibilitatea efectuării simultane a intervenţiilor endoscopice de hemostază.
* Majoritatea deciziilor clinice ar trebui să se bazeze pe evaluarea stigmatelor hemoragiei recente în timpul endoscopiei, deoarece acestea pot stabili gradul de risc al resângerării ulterioare. Rezultatele gastroscopiei trebuie clasificate utilizând sistemul Forrest modificat. Dacă sunt identificate leziuni cu stigmate cu risc înalt, poate fi prevăzut pericolul de resângerare, necesitatea în măsuri curative (inclusiv chirurgicale) și mortalitatea. În schimb, gastroscopia este necesară pentru a identifica pacienții cu risc scăzut, care pot fi externați devreme.
* Actualmente sunt recomandate numeroase scale pentru prezicerea gradului de risc de resângerare, intervenţie chirurgicală şi mortalitate, precum şi necesității în hemotransfuzie şi gastroscopie, cele mai larg acceptate fiind scorurile Glasgow-Blatchford, Rockall și Baylor. Totodată, scorul Rockall este util pentru evidenţierea pacienților cu risc de rezultate adverse, în timp ce scorurile Glasgow-Blatchford și Baylor identifică bolnavii care necesită transfuzia de sânge sau endoscopia.
* La pacienții cu UGDH, ca primă linie după endoscopie se recomandă tratamentul conservator. Bolnavii cu UGDH necesită terapie endoscopică pentru a obține hemostaza și a reduce rata resângerării, necesitatea în intervenție chirurgicală și mortalitatea. S-a demonstrat superioritatea tratamentului endoscopic faţă de farmacoterapie izolată. Pentru ulcere cu hemoragie acută, endoscopia trebuie considerată ca o parte din resuscitare.
* Estimarea vizuală a stigmatei în baza ulcerului hemoragic la gastroscopie este un argument suficient pentru aprecierea indicaţilor justificate către hemostaza endoscopică. Terapia endoscopică este indicată tuturor bolnavilor cu stigmatele cu risc înalt în UGDH: hemoragie activă (Forrest IA, IB) şi vas vizibil nehemoragic (Forrest IIA).
* Metodele existente de terapie endoscopică se divizează în patru grupe mari (termice, injecţionale, mecanice şi topice), în funcţie de principiul fizic de stopare a hemoragiei, și toate sunt eficiente. Aplicarea combinată a metodelor injecţionale şi termice la pacientii cu UGDH şi risc înalt devine larg răspândită şi se apropie de a fi acceptată ca metodă standard.
* Medicamentele antisecretorii sunt o componentă importantă a terapiei UGDH, iar administrate în doze mari reduc probabilitatea de resângerare, intervenția chirurgicală și mortalitatea după hemostaza endoscopică reuşită. Terapia antisecretorie trebuie iniţiată cu preparate intravenoase, preferabil sub formă de perfuzie continuă, cu durata de cel puţin 3 zile, cu transfer ulterior la tratament cu medicamente perorale. Pentru pacienții cu UGDH se recomandă continuarea tratamentului cu inhibitorii pompei de proton (IPP) timp de 6-8 săptămâni după episodul hemoragic acut. Utilizarea IPP pe un termen mai îndelungat nu este recomandabilă decât dacă pacientul nu consumă AINS.
* Recidiva hemoragiei este definită ca episodul repetat de hemoragie, declanşat după stoparea iniţială a acesteia în cadrul aceleiași spitalizări, şi în cazul UGDH se declanşează în 20-30%. Hemostaza endoscopică repetată este o alternativă justificată şi eficace intervenţiei chirurgicale în cadrul resângerării din ulcerul gastroduodenal. Utilizarea gastroscopiei curative repetate se însoțește de o reducere a necesităţii în operaţiei de urgenţă, fără majorarea riscului a complicaţiilor şi mortalităţii.
* Angioembolizarea vasului hemoragic transcateter reprezintă opțiune alternativă a hemostazei în UGDH şi resângerare, indicată pacienţilor stabili hemodinamic, în cazul în care resursele respective sunt disponibile. Totodată, acest procedeu ar trebui evaluat cu atenție pentru riscurile sale existente, legate de instabilitatea hemodinamică potenţială, transferul pacientului, nefropatie indusă de contrast, eventuala ischemizarea accidentală a stomacului, duodenului, pancreasului şi colecistului.
* La pacienții cu UGDH, hemostaza chirurgicală este indicată după endoscopie repetată nereușită. La bolnavii cu instabilitate hemodinamică şi/sau ulcer mai mare de 2 cm la prima endoscopie cu localizare pe peretele duodenal posterior, intervenţia chirurgicală este indicată fără endoscopie repetată. Intervenția chirurgicală imediată este indicată la pacienții instabili hemodinamic, refractari la hemostaza endoscopică sau angioembolizare.
* Volumul operaţiei în cazul UGDH trebuie să fie minimal, având ca scop salvarea vieţii bolnavului şi nu tratarea radicală a bolii ulceroase, dar depinde și de localizarea și dimensiunile ulcerului, caracteristicile vasului hemoragic, precum și de statusului hemodinamic al pacientului. Volumul chirurgical presupune sutura sau excizia (rezectia) ulcerului. Ulcerele gastrice hemoragice preponderent trebuie rezecate sau cel puțin bioptate pentru aprecierea malignizării posibilei. În schimb, majoritatea ulcerelor duodenale care necesită intervenție chirurgicală din cauza hemoragiei persistente sunt leziuni mari și posterioare, sângerarea provine adesea din artera gastroduodenală.
* Tratamentul empiric al H. Pylori la pacienții cu UGDH nu este recomandat. Cu toate acestea, testarea pentru Helicobacter pylori trebuie efectuată la toți bolnavi cu ulcer sângerând, iar terapia antimicrobiană standard este indicată numai după confirmarea infecţiei pentru a evita hemoragiile recurente pe termen lung. Eradicarea H. Pylori nu se referă direct la episodul acut al UGDH şi nu este un component obligatoriu al tratamentului intensiv.

**ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| ABC  | *Airway, Breathing, Circulation*  |
| ABS | *Ankaferd Blood Stopper*  |
| AINS | Antiinflamatorii non-steroidiene |
| AMP | Asistenţă medicală primară |
| AMU | Asistenţa medicală de urgenţă |
| APACHE  | *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* |
| ATI | Anestezie şi terapie intensivă |
| BU | Boala ulceroasă |
| CE | Concentrat eritrocitar |
| DMU | Departamentul de Medicina Urgentă |
| Er | Eritrocitele  |
| ECG | Electrocardiografia |
| FEGDS | Fibroesofagogastroduodenoscopia (videoesofagogastroduodenoscopia) |
| GD | Gastroduodenale |
| GI | Gastrointestinale  |
| Hb | Hemoglobina  |
| HDS | Hemoragia digestivă superioară |
| HDI | Hemoragia digestivă inferioară |
| HE | Hemostaza endoscopică  |
| H. Pylori | Helicobacter pylori |
| Ht | Hematocrit  |
| IMSP | Instituția Medico-Sanitară Publică |
| INR | Raportul internaţional normalizat (*engl. International Normalized Ratio)* |
| IPP | Inhibitorii pompei protonice |
| MS RM | Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova |
| O | Obligatoriu |
| OOM | Operaţia organomenajantă |
| PCN | Protocol Clinic Naţional |
| PPC | Plasma proaspăt congelată |
| Ps | Puls |
| R | Recomandabil |
| Rh | Factorul Rhesus |
| RH | Recidiva hemoragiei |
| RM | Republica Moldova |
| SaO2 | Puls-oximetria |
| SCM  | Spitalul Clinic Municipal  |
| TA | Tensiunea arterială  |
| TAsis | Tensiunea arterială sistolică |
| TRALI | Leziunea acută posttransfuzională a pulmonilor *(engl. Transfusion-Related Acute Lung Injury)*  |
| TTPA  | Timpul de tromboplastină parţial activat |
| UGD | Ulcerul gastroduodenal |
| UGDH | Ulcerul gastroduodenal hemoragic |
| UI | Unităţi internaţionale |
| UPU | Unitate Primiri Urgențe |
| USMF | Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie |
| VSC | Volumul sângelui circulant  |
| VS | Vagotomia selectivă  |
| VSP | Vagotomia selectivă proximală |
| VT | Vagotomia tronculară |

**PREFAŢĂ**

Acest protocol a fost elaborat şi revizuit de grupul de lucru al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiştii Catedrei de Chirurgie Generală şi Semiologie nr.3 a USMF „Nicolae Testemiţanu”, Instituţiei Medico-Sanitare Publice (IMSP) Spitalului Clinic Municipal (SCM) nr.1 „Gheorghe Paladi”, şi ai IMSP Institutului de Medicină Urgentă (IMU) din Chişinău.

Protocolul Clinic Naţional este elaborat şi revizuit în conformitate cu ghidurile internaţionale actuale privind ulcerul gastroduodenal hemoragic la adulţi şi va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor clinice instituţionale. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituţionale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul Clinic Naţional.

**A. PARTEA INTRODUCTIVĂ**

**A.1. Diagnosticul: Ulcerul gastroduodenal hemoragic (UGDH)**

***Exemple de diagnostic clinic:***

Ulcer cronic duodenal, complicat cu hemoragie

Ulcer cronic duodenal gigant, complicat cu hemoragie

Ulcer cronic duodenal gigant penetrant în pancreas, complicat cu hemoragie

Ulcer cronic duodenal „în oglindă”, complicat cu hemoragie

Ulcer cronic gastric tip I, complicat cu hemoragie

Ulcer cronic gastric tip II, complicat cu hemoragie

Ulcer cronic gastric tip III, complicat cu hemoragie

Ulcer cronic gastric tip IV, complicat cu hemoragie

Ulcer cronic gastric tip V, complicat cu hemoragie

Ulcer peptic al gastroduodenoanastomozei, complicat cu hemoragie

Ulcer peptic al gastrojejunoanastomozei, complicat cu hemoragie

Ulcer cronic duodenal, complicat cu hemoragie recidivantă

Ulcer cronic gastric, complicat cu hemoragie recidivantă

**A.2. Codul bolii**

Următoarele subdiviziuni cu patru caractere sunt folosite la categoriile K25-K26:

* 0 Acut cu hemoragie
* 1 Acut cu perforaţie
* 2 Acut atât cu hemoragie cat şi cu perforaţie
* 3 Acut fără hemoragie sau perforaţie
* 4 Cronic sau nespecificat cu hemoragie
* 5 Cronic sau nespecificat cu perforaţie
* 6 Cronic sau nespecificat atât cu hemoragie cât şi cu perforaţie
* 7 Cronic fără hemoragie sau perforaţie
* 9 Nespecificat ca acut sau cronic, fără hemoragie sau perforaţie

**K25**

Ulcer gastric

Include:

ulcer (peptic):

 - piloric

 - al stomacului

Exclude:

gastrita erozivă hemoragică

acută (K29.0)

 eroziunea (acută) a stomacului

(K29.6)

 ulcer peptic NOS (K27.-)

**K26**

Ulcer duodenal

Include:

ulcer (peptic):

 - duodenal

 - postpiloric

Exclude:

eroziunea (acută) a duodenului (K29.8)

ulcer peptic NOS (K27.-)

**A.3. Utilizatorii:**

* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMUP
* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP (medici de familie, asistentele medicului de familie)
* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMSA (medici chirurgi, medici gastroenterologi, medici endoscopişti, asistente medicale)
* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS (UPU(Unități Primiri Urgențe)/DMU (Departamente Medicină Urgentă), secţiile de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale şi republicane / medici de urgență, medici chirurgi, medici anesteziologi-reanimatologii, medici rezidenţi, asistente medicale).

**Notă:** Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat şi de către alţi specialişti.

**A.4. Obiectivele protocolului:**

1. A facilita diagnosticarea precoce a ulcerului gastroduodenal hemoragic (UGDH).
2. A spori calitatea tratamentului acordat pacienţilor cu UGDH.
3. A reduce rata de complicaţii şi de mortalitate prin UGDH.

**A.5. Data elaborării protocolului:** 2018

**A.6. Data revizuirii protocolului:** 2024

**A.7. Data următoarei revizuiri:** 2029

**A.8. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numele** | **Funcţia deținută** |
| ***Evghenii Guţu***  | dr. hab. şt. med., prof. univ., Catedră de chirurgie generală şi semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| ***Vasile Guzun*** | dr. şt. med., director interimar, IMSP SCM nr.1 „Gheorghe Paladi” |
| ***Andrei Dolghii*** | dr. şt. med., şef secţie endoscopie IMSP IMU |
| ***Vladimir Iacub*** | dr. şt. med., conf. univ., Catedră de chirurgie generală şi semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| ***Andrei Şcureac***  | Şef cabinet endoscopie, IMSP SCM nr.1 „Gheorghe Paladi” |

**Protocolul a fost discutat, aprobat şi contrasemnat:**

**Recenzii: *Gheorghe Popa*,** dr.şt.med., conf.univ.; ***Marcel Sochircă***, dr.şt.med., conf.univ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Denumirea** | **Persoana responsabilă** |
| Catedra de chirurgie generală şi semiologie nr.3 USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Dumitru Casian***, dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră |
| Comisia stiinţifico-metodică de profil „Chirurgie” | ***Evghenii Guțu***, dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte |
| Asociaţia chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM | ***Sergiu Ungureanu***, dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte |
| Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Ghenadie Curocichin***, dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră |
| Catedra de Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Nicolae Bacinschi****,* dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră |
| Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Anatolie Vișnevschi,*** dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră |
| Agenţia Medicamentului şi Dispozitivelor Medicale | ***Dragoș Guțu*,** director general |
| Compania Națională de Asigurări în Medicină | ***Ion Dodon,*** director general |
| Catedra de urgențe medicale „Gheorghe Ciobanu”, USMF „Nicolae Testemițanu” | ***Larisa Rezneac,*** conf. univ., șefă catedră |
| Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate | ***Valentin Mustea,*** director |
| Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății | ***Aurel Grosu***, dr.hab.șt.med., prof.univ., președinte |

**A.9. Definiţiile folosite în document**

**Boala ulceroasă** – patologie caracterizată prin formarea defectului adânc în mucoasa gastrică sau duodenală. În ultimele decenii morbiditatea prin boala ulceroasă gastroduodenală s-a redus din cauza implementării tratamentului complex de eradicare a Helicobacter pylori şi a preparatelor antisecretorii puternice.

**Ulcerul cronic gastroduodenal** este definit ca o leziune erozivă, caracterizată prin apariţia defectului tisular, care începe în epiteliu stomacului sau duodenului şi se extinde prin mucoasă în lamina propria şi, uneori, implică toate straturile peretelui gastroduodenal. Ca regulă, ulcer cronic este adânc, are un diametru mai mare de 5 mm şi nu trebuie confundat cu eroziunea acută. Ulcerul poate progresa cu implicarea şi leziunea vaselor din stratul submucos, muscular sau subseros.

**Ulcerul peptic al anastomozei** gastrojejunale sau gastroduodenale este definit, ca leziune situată nemijlocit pe linia sau împrejurul anastomozei, mai frecvent din partea intestinală a acesteia. Cauzele de bază a apariţiei sunt: rezecţia gastrică neadecvată cu păstrarea unei porţiuni a regiunii antrale a stomacului, vagotomia incompletă, hiperparatiroidismul, gastrinomul, vârsta tânără a pacientului la momentul operaţiei, consumul remediilor ulcerogene şi contaminarea cu H. Pylori.

**Hemoragia digestivă (sau gastrointestinală) superioară** – reprezintă o hemoragie cu sursa situată proximal de ligamentul Treitz, în practică mai frecvent de la esofag, stomac şi duoden; şi deseori este divizată în variceală şi non-variceală. Ulcerul cronic gastroduodenal reprezintă cea mai frecventă cauză a hemoragiilor digestive superioare non-variceale clinic importante şi în majoritatea grupurilor de populaţie constituie circa jumătate din numărul total de cazuri.

**Hemoragia digestivă inferioară** provine din intestinul subțire şi din colon. Deşi are o etiologie distinctă, deseori prezintă dificultăți în ceea ce priveşte diagnosticul diferențial cu hemoragiile gastrointestinale superioare.

**Hemoragia ulceroasă** – reprezintă o complicaţie a ulcerului gastroduodenal, ce se caracterizează prin lezarea unui vas (arterial, venos sau capilar) din baza ulcerului cu extravazarea sângelui în lumenul gastric sau duodenal. În practică hemoragia ulceroasă se stabileşte în cazul, când endoscopia ulterioară documentează ulcerul cronic ca sursă de sângerare.

**Hemoragia ulceroasă acută** – este o hemoragie dintr-un defect ulceros gastric sau duodenal, în urma căreia într-un interval scurt de timp are loc scurgerea unui volum semnificativ de sânge, însoţită de manifestări atât locale cât şi generale ale hemoragiei şi, deseori, de modificarea acută a funcţionării sistemelor organismului.

**Hemoragia gastrointestinală** **ocultă** – hemoragie gastrointestinală lentă cu pierdere sangvină treptată, fără manifestări clinice locale evidente. Acest tip de hemoragie este mai puţin caracteristic pentru pacienţii cu boala ulceroasă.

**Recidiva hemoragiei** – se consideră o resângerare repetată, declanşată după stoparea iniţială a acesteia în cadrul aceleiaşi spitalizări.

**Hematemezis (voma cu sânge)** – eliminarea maselor vomitive, care conţin sânge proaspăt de culoare purpurie sau cheaguri de sânge de dimensiuni considerabile, în caz de hemoragie rapidă şi abundentă.

**Voma cu „zaţ de cafea”** – mase vomitive de culoare neagră, omogenă sau cu caracter granulos, când sub acţiunea sucului gastric hemoglobina se transformă în hematină clorhidrică.

**Melena** – scaunul de culoare roşie-închisă sau neagră, cu miros specific urât, de consistenţă lichidă. Aspectul caracteristic al scaunului în cazul hemoragiilor ulceroase gastroduodenale este determinat de degradarea sângelui în timpul pasajului acestuia prin tractul digestiv. Melena apare în cazul hemoragiei în stomac cu un volum de 200-300 ml. Apariţia melenei indică asupra unei hemoragii declanşate, cel puţin, cu 12-14 ore în urmă.

**Scaunul „ca păcura”** – scaunul de culoare neagră cu nuanţa roşietică, colorat de sângele exteriorizat în lumenul tractului gastrointestinal superior, şi de consistenţă obişnuită (oformat).

**Hematochezie** – eliminarea sângelui neschimbat prin rect. Deşi mai mult este caracteristică hemoragiei digestive inferioare, poate fi întâlnită şi în cazul hemoragiei gastroduodenale rapide şi masive, când pierderea sangvină intraluminală depăşeşte 1000 ml.

**Şocul** este considerat drept scăderea tensiunii arteriale sistolice sub 100 mm Hg în asociere cu tahicardie peste 100 băt/min, paliditate, tegumente reci, statusul mental dereglat şi oligoanurie.

**Instabilitatea hemodinamică** se consideră ca tensiune arterială sistolică egală sau sub 90 mm Hg, în asociere cu tahicardie, care apare la trecerea pacientului în ortostatism. În cazul poziţionării bolnavului în decubit dorsal parametrii hemodinamici se restabilesc până la valori normale.

**Colapsul în antecedente** este apreciat subiectiv de pacient ca stare de leşin, care a survenit la etapa de prespital. Episoadele de colaps, care mărturisesc indirect despre dereglări importante ale hemodinamicii sistemice, se determină la aproximativ 30% dintre pacienţii cu ulcer gastroduodenal hemoragic.

**Endoscopia** este vizualizarea interiorului tractului gastrointestinal folosind endoscopul cu fibre sau camera video. Examinarea porţiunii gastrointestinale superioare (esofag, stomac şi duoden) este cunoscută sub numele de gastroscopie sau endoscopie gastrointestinală superioară.

**Vas vizibil nehemoragic** semnifică proeminarea din baza ulcerului a unei formaţiuni semisferice de diferită culoare fără hemoragie activă, sau însăşi artera trombată de obicei de la 1 la 2 mm în diametru.

**Hemostaza endoscopică** – stoparea hemoragiei prin metodele endoscopice, care datorită eficacităţii şi siguranţei înalte, a devenit un standard actual al asistenţei medicale în cazul hemoragiilor ulceroase gastroduodenale.

**Endoscopia second-look** – este endoscopia programată repetată, efectuată la bolnavii cu hemostază în ulcer deja obţinută, şi completată în caz de necesitate cu hemostaza endoscopică repetată. Endoscopia second-look se recomandă a fi realizată selectiv la pacienții, care prezintă probabilitate înaltă a resângerării şi pronostic rezervat, precum şi grad major al riscului operator.

**Operaţia organomenajantă** reprezintă procedeul chirurgical al tratamentului ulcerului gastroduodenal hemoragic, care este orientat nemijlocit la realizarea scopului de bază – stoparea hemoragiei şi prevede păstrarea integrităţii organului (stomacului sau duodenului). Aceste intervenţii sunt relativ simple, de scurtă durată, inofensive şi netraumatice.

**Procedeele rezecţionale**, pe lângă înlăturarea ulcerului hemoragic, sunt orientate la reducerea acidităţii gastrice. În rezultatul rezecţiei funcţia producătoare de acid a stomacului se reduce mult mai sigur, prin eliminarea mecanismului gastrinic şi înlăturarea unei mase majore de celule parietale. Rezecţia gastrică 2/3 micşorează previzibil răspunsul secretor cu 60-80%.

**A.10. Informaţia epidemiologică**

Morbiditatea prin ulcer gastroduodenal (UGD) în general s-a redus din cauza descoperirii rolului etiologic important al Helicobacter pylori (H. Pylori) şi succeselor în terapia medicamentoasă a bolii ulceroase: utilizarea largă a H2- histaminoblocantelor şi a inhibitorilor pompei protonice (IPP). Cu toate acestea nu se poate vorbi despre scăderea importanţei clinice şi sociale a bolii ulceroase (BU). Unul din 10 locuitori ai Europei şi Americii de Nord pe parcursul vieţii suferă de BU, raportul dintre bărbaţi şi femei fiind de 3:1.

Hemoragia este cauză principala a deceselor, asociate cu UGD şi incidenţa acestei complicaţii nu s-a schimbat esenţial după introducerea în practica medicală preparatelor antisecretorii contemporane (3-8 spitalizări la 10.000 de locuitori în ţările occidentale). Riscul hemoragiei din ulcer duodenal pe parcursul vieţii la pacienţii care nu au avut intervenţii chirurgicale şi care nu primesc terapia de întreţinere continuă constituie 35%. Majoritatea hemoragiilor se dezvoltă în timpul apariţiei sau recurenţei ulcerului activ, iar pacienţii care au avut antecedente hemoragice au un risc mai mare de sângerare repetată.

Ulcerul gastroduodenal hemoragic (UGDH) este o urgenţă medicală majoră, reprezentând peste 50% din spitalizările pentru hemoragiile digestive superioare (HDS) în populaţia generală. Anual în spitalele din Republica Moldova sunt spitalizaţi 1.500-1.600 bolnavi cu UGDH (aproximativ 4,5 la 10.000 de locuitori), iar mortalitatea generală este de 4,7%. În contrast, mortalitatea la pacienţii, la care s-a dezvoltat recidiva hemoragiei (RH) în timpul spitalizării este 30-40%.

Vârsta este factorul care influenţează semnificativ morbiditatea în HDS. Odată cu înaintarea în vârstă, frecvenţa episoadelor hemoragice creşte considerabil şi la vârstnici atinge cota de 500 la 100.000 populaţie anual. Până la 90% dintre spitalizări pentru hemoragii digestive printre vârstnici sunt condiţionate de BU a stomacului şi duodenului. Pacienţii cu hemoragie ulceroasă au devenit mai vârstnici, cu un număr major de patologii concomitente severe, care la rândul lor fac mai complicat tratamentul medical şi chirurgical al acestora. Astfel, bolnavii cu recidiva hemoragiei şi persoanele vârstnice prezintă un grup cu cel mai înalt risc de mortalitate. Aceşti pacienţi trebuie resuscitați viguros, investigați prompt şi tratați agresiv.

Ultimele decade au fost marcate printr-un progres substanţial în diagnosticul şi tratamentul hemoragiilor ulceroase gastroduodenale. Acest fapt este condiţionat de realizările impresionante ale terapiei intensive şi supravegherii pacienţilor, elaborarea şi implementarea remediilor medicamentoase cu eficacitate înaltă, perfecţionarea tehnologiilor endoscopice şi abordările chirurgicale mai selective şi mai puţin invazive.

**A.11. Clase de recomandare şi nivele de evidenţă.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Clasa I** | Condiţii pentru care există dovezi şi/sau acord unanim asupra beneficiului şi eficienţei unei proceduri diagnostice sau tratament | Este recomandat/este indicat |
| **Clasa II** | Condiţii pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergenţă de opinie privind utilitatea/ eficacitatea tratamentului sau procedurii |  |
| **Clasa IIa** | Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficienţă | Ar trebui luat în considerare |
| **Clasa IIb** | Beneficiul/eficienţa sunt mai puţin concludente | Ar putea fi luat în considerare |
| **Clasa III** | Condiţii pentru care există dovezi şi/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător | Recomandare slabă, sunt posibile aborduri alternative |
| **Nivel de evidenţă A** | Date provenite din mai multe studii clinice randomizate |
| **Nivel de evidenţă B** | Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare |
| **Nivel de evidenţă C** | Consensul de opinie al experţilor şi/sau studii mici, studii retrospective, registre |

**B. PARTEA GENERALĂ**

|  |
| --- |
| ***B.1. Nivel de asistenţă medicală primară (medici de familie şi asistentele medicilor de familie)*** |
| **Descriere** | **Motive** | **Paşi** |
| **1. *Screeningul* UGD.*****C.2.6. - C2.7.*** | * Efectuarea esofagogastroduodenoscopiei (FEGDS) programat activ la pacienţii cu anamneză ulceroasă.
* Profilaxia acutizării UGD prin administrarea sezonieră a IPP sau H2- histaminoblocantelor la pacienţii cu boala ulceroasă cunoscută.
* Evaluarea şi tratamentul infecţiei H. Pylori.
* Administrarea raţională a AINS, când este necesar.
 | **Standard/Obligatoriu:*** *Screening*-ul UGD şi a pacienţilor ce au suportat episod de UGDH *(caseta 57, 58)*.
* Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului şi examinărilor sezoniere programate obligatoriu prin aducerea la cunoştinţă a complicaţiilor posibile *(caseta 58)*.
* Reevaluare o dată la 6 luni cu recomandarea tratamentului *(caseta 58)*.
 |
| **2. Diagnosticul.**2.1. Suspectarea diagnosticului de UGDH. ***C.2.3.*** ***C.2.4.1.******C.2.4.2.******C.2.4.2.1. - C.2.4.2.2.******C.2.4.2.4.******C.2.4.3.******C.2.4.5.******C.2.4.7.*** | * Acuzele, anamneza, examenul obiectiv, de laborator şi endoscopic permite suspectarea UGDH.
 | **Standard/Obligatoriu:*** Evaluarea factorilor de risc *(caseta 2)*.
* Evaluarea stării generale, respiraţiei şi a hemodinamicii centrale *(caseta 6).*
* Evaluarea volumului hemoragiei *(caseta 12)*.
* Acuzele şi anamneza *(caseta 4, 5, 8)*.
* Examenul obiectiv *(caseta 9).*
* Examen de laborator *(tabelul 1)*.
* FEGDS *(tabelul 1, caseta 15)*.
* Diagnosticul diferenţial *(caseta 10).*

La suspecţie de UGDH, examinările paraclinice şi endoscopice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt. |
| **3. Decizia.**Consultaţia specialiştilor şi/sau spitalizarea.***C.2.4.4.*** | * Consultul medicului chirurg permite confirmarea diagnosticului de UGDH.
 | **Standard/Obligatoriu:*** La suspecţia UGDH este indicată transportarea cu transport specializat în regim de urgenţă în instituţie medicală cu secţie chirurgicală specializată *(caseta 11)*.
 |
| **4. Tratamentul.****4.1.** **Tratament simptomatic.*****C.2.4.12.2.*** | * Tratamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcţiilor vitale.
* Tratamentul simptomatic nu trebuie să influenţeze promptitudinea spitalizării.
 | **Standard/Obligatoriu:*****Tratamentul se va efectua doar în condiţii de staţionar*** *(caseta 42).* |
| **5. Supravegherea.*****C.2.7.*** | * Supraveghere după tratamentul conservativ în staţionar sau operator, după externarea la domiciliu.
* FEGDS la pacienții ce au suportat episod de UGDH peste 4-6 săptămâni după externare.
* Eradicarea H. Pylori la pacienţii contaminaţi.
 | **Standard/Obligatoriu:*** Dispensarizarea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit *(caseta 58).*
 |

|  |
| --- |
| ***B.2. Nivel de asistenţă medicală de urgenţă (medici de urgenţă şi asistenţi/felceri de urgenţă)*** |
| **Descriere** | **Motive** | **Paşi** |
| **1. Diagnosticul UGDH.** 1.1 Suspectarea şi confirmarea diagnosticului de UGDH.***C.2.4.1.*** ***C.2.4.2.******C.2.4.2.1. - C.2.4.2.2.*** ***C.2.4.2.4.******C.2.4.3.*** | * Acuzele, anamneza şi examenul obiectiv permite suspectarea UGDH.
 | **Standard/Obligatoriu:*** Evaluarea stării generale, respiraţiei şi a hemodinamicii centrale *(caseta 6)*.
* Evaluarea volumului hemoragiei *(caseta 12)*.
* Acuzele şi anamneza *(caseta 4, 5, 8)*.
* Examenul obiectiv *(caseta 9).*
* Diagnosticul diferenţial *(caseta 10).*

În caz de suspecţie de UGDH este obligatorie transportarea pacientului în Instituţie medicală cu posibilităţi de acordare a asistenţei medicale specializate chirurgicale *(caseta 11)*. |
| **2. Decizia**:Spitalizarea şi consultaţia chirurgului în IMSP, care recepţionează urgenţele chirurgicale.***C.2.4.4.*** | * Transportul medical asistat în IMSP spitalicească, care deserveşte urgenţele chirurgicale, pentru consultul obligator al medicului chirurg pentru confirmarea diagnosticului de UGDH.
 | **Standard/Obligatoriu:*** Toţi pacienţii cu suspecţie la UGDH necesită transport medical asistat:
* ECG.
* Pulsoximetrie.
* Glucometrie.
* Monitorizare a pulsului, TA, temperaturii, aspirației sângelui în căile aeriene.
* Consultaţia medicului chirurg.
* Suspectarea diagnosticului de UGDH este indicaţie absolută pentru spitalizarea în serviciul de chirurgie *(caseta 11)*.
 |
| **3.Tratamentul**3.1. În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al pacienţilor critici cu UGDH.***C.2.4.12.1.*** | * Tratamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcţiilor vitale.
* Tratamentul simptomatic nu trebuie să influenţeze promptitudinea spitalizării.
 | **Standard/Obligatoriu:*** Transport pe brancardă în decubit lateral (poziție Sim).
* Oxigenoterapie
* Stabilizare hemodinamică (*Sol.* *Natrii* *chloridum* 0,9% 1000-1500 ml) în caz de hipotensiune.
* Medicaţie inotropă pozitivă, la necesitate.
* Prevenirea aspiraţiei pulmonare.
 |
| ***B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulator (medic chirurg)*** |
| **Descriere** | **Motive** | **Paşi** |
| **1. Diagnosticul.**Suspectarea diagnosticului de UGDH.***C.2.3.*** ***C.2.4.1.******C.2.4.2.******C.2.4.2.1. - C.2.4.2.2******C.2.4.2.4.******C.2.4.3.******C.2.4.5.******C.2.4.7.*** | * Acuzele, anamneza, examenul obiectiv, de laborator şi endoscopic permite suspectarea UGDH.
 | **Standard/Obligatoriu:*** Evaluarea factorilor de risc *(caseta 2)*.
* Evaluarea stării generale, respiraţiei şi a hemodinamicii centrale *(caseta 6).*
* Evaluarea volumului hemoragiei *(caseta 12)*.
* Acuzele şi anamneza *(caseta 4, 5, 8)*.
* Examenul obiectiv *(caseta 9).*
* Examen de laborator *(tabelul 1)*.
* FEGDS *(tabelul 1, caseta 15)*.
* Diagnosticul diferenţial *(caseta 10).*

**Recomandabil:*** Consultaţia altor specialişti, la necesitate.

La orice suspecţie de ulcer gastroduodenal hemoragic, examinările paraclinice şi endoscopice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt. |
| **2. Selectarea metodei de tratament:** staţionar *versus* ambulatoriu.***C.2.4.4.*** | * În unele cazuri la pacienții hemodinamic stabili, fără patologii concomitente şi cu UGDH Forrest IIC sau Forrest III la gastroscopia pot fi trataţi ambulator.
 | **Standard/Obligatoriu:*** În caz de suspecţie de UGDH este obligatorie transportarea pacientului în Instituţie medicală cu posibilităţi de acordare a asistenţei medicale specializate chirurgicale *(caseta 11)*.
 |
| **3. Tratamentul.****3.1.** **Tratament simptomatic.*****C.2.4.12.2.*** | * Tratamentul se va efectua pentru stabilizarea funcţiilor vitale.
* Tratamentul simptomatic nu trebuie să influenţeze promptitudinea spitalizării.
 | **Standard/Obligatoriu:*** ***Tratamentul se va efectua doar în condiţii de staţionar.***
* Tratament conservator, la necesitate *(caseta 42).*
* Oxigenoterapie
* Stabilizare hemodinamică (Sol. *Natrii chloridum* 0,9% 1000-1500 ml.)
* Medicaţie inotropă pozitivă, la necesitate.
* Prevenirea aspiraţiei pulmonare.
 |
| **4. Supravegherea.*****C.2.7.*** | * Se efectuează de către chirurg în colaborare cu medicul de familie.
* Supraveghere după tratamentul conservativ în staţionar sau operator, după externarea la domiciliu.
* FEGDS la pacienţii ce au suportat episod de UGDH peste 4-6 săptămâni după externare.
* Administrarea IPP timp de 6-8 săptămâni după externare.
* Eradicarea H. Pylori la pacienţii contaminaţi.
 | **Standard/Obligatoriu:*** Examinările obligatorii de 2 ori pe an *(caseta 58)*.
 |

|  |
| --- |
| ***B.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească (spitale raionale, municipale, republicane)*** |
| **Descriere** | **Motive** | **Paşi** |
| 1. **Triajul în UPU/DMU** *(în conformitate cu Protocolul Clinic Standartizat Triajul în Unitățile Primiri Urgențe)*

**1.1 Suspectarea diagnosticului de UGDH** | * Prioritizarea și identificarea pacienților pentru a fi consultați și tratați în dependență de gravitatea urgențelor medico-chirurgicale.
* Încadrarea pacienților în nivelele de urgență
 | * Evaluarea si măsurarea parametrilor clinici
* După evaluarea, clasificarea și stabilirea nivelului de prioritate pacientul va fi preluat în zona de tratament în conformitate cu gradul de urgență.
* Evaluarea factorilor de risc *(caseta 4)*.
* Anamneza şi acuzele *(caseta 5, 6, 7, 8)*.
* Examenul obiectiv *(caseta 9, 10).*
* Solicitarea consultului medicului chirurg
 |
| **2. Diagnosticul.****2.1.** **Confirmarea diagnosticului de UGDH.*****Algoritmul C.1.1.******C.2.3.*** ***C.2.4.1.******C.2.4.2.******C.2.4.2.1. - C.2.4.2.2******C.2.4.2.4.******C.2.4.3. - C.2.4.7.******C.2.4.8.4.*** | * Acuzele, anamneza, examenul obiectiv, de laborator şi endoscopic permite confirmarea UGDH.
 | **Standard/Obligatoriu:*** Evaluarea stării generale, respiraţiei şi a hemodinamicii centrale *(caseta 6).*
* Evaluarea factorilor de risc *(caseta 2)*.
* Acuzele şi anamneza *(caseta 4, 5, 8)*.
* Examenul obiectiv *(caseta 9).*
* Testele de laborator *(tabelul 1)*.
* ECG *(tabelul 1)*.
* FEGDS *(tabelul 1, caseta 15)*.
* Diagnosticul diferenţial *(caseta 10).*
* Evaluarea severităţii hemoragiei, a riscului operatoriu şi prognosticului *(caseta 12, 13, 27).*

**Recomandabil:*** Consultaţia altor specialişti, la necesitate.
* USG, CT, examenul radiologic prin contrastare, arteriografia, scintigrafia, examenul radiologic panoramic al abdomenului la necesitate *(tabelul 1)*.
 |
| **3. Tratamentul.****3.1. Hemostaza endoscopică.*****C.2.4.9.******C.2.4.9.1. - C.2.4.9.5.******C.2.4.10.******C.2.4.10.1. - C.2.4.10.3.*****3.2. Tratamentul conservator.*****C.2.4.12.*** ***C.2.4.12.1. - C.2.4.12.5.*****3.3. Tratamentul chirurgical.*****C.2.4.13.******C.2.4.13.1. - C.2.4.13.10.*** | * Este indicat în toate cazurile de UGDH stabilit.
 | **Standard/Obligatoriu:*** Evaluarea indicaţiilor pentru hemostaza endoscopică *(caseta 25).*
* Hemostaza endoscopică *(caseta 26, 27, 28, 29, 30)*.
* Tratamentul conservativ *(caseta 41, 42, 43, 44, 45).*
* Evaluarea indicaţiilor pentru tratament chirurgical *(caseta 39, 46)*.
* Pregătire preoperatorie *(caseta 41).*
* Consultaţia anesteziologului*.*
* Intervenţia chirurgicală *(caseta 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53).*
* Conduita postoperatorie *(caseta 54, 55).*
 |
| **4. Hemoragia persistentă sau recurentă.****4.1. Insuccesul hemostazei endoscopice şi** **complicaţiile endoscopiei diagnostico-curative*****C.2.4.9.4 - C.2.4.9.5.******C.2.4.10.******C.2.4.10.1.- C.2.4.10.3.*****4.2.Conduita recidivei hemoragiei** ***C.2.4.11.*** ***C.2.4.11.1. - C.2.4.11.5.******C.2.4.13.2.*** ***C.2.4.13.3.*** | * Măsurile curative de urgență sunt indicate în toate cazurile de hemoragie ulceroasă recurentă.
 | * Insuccesul hemostazei endoscopice *(caseta 31, 32).*
* Complicaţiile endoscopiei diagnostico-curative *(caseta 33, 34, 35).*
* Criteriile diagnostice caracteristicile cliniceale recidivei hemoragiei ulceroase *(caseta 36, 37, 38).*
* Hemostaza endoscopică repetată *(caseta 39).*
* Intervenţie chirurgicală de urgență *(caseta 47, 48).*
* Embolizarea angiografică *(caseta 40).*
 |
| **5. Externarea, supravegherea.*****C.2.5.******C.2.7.*** | * Externare după epizodul de hemoragie ulceroasă, tratat endoscopic şi/sau conservativ este posibilă peste 7 zile.
 | **Standard/Obligatoriu:*** Evaluarea criteriilor de externare *(caseta 56).*

**Extrasul va conţine obligatoriu:*** Diagnosticul exact detaliat.
* Rezultatele investigaţiilor efectuate.
* Tratamentul efectuat.
* Recomandările explicite pentru pacient.
* Recomandările pentru medicul de familie.
 |

**C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ**

***C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu ulcer gastroduodenal hemoragic în staţionar. (clasa de recomandare IIa)***

**+**

**+**

-

-

Pacientul cu simptomatologia UGDH

Semnele clinice, anamneza, examenul obiectiv, examenul de laborator, ECG

Evaluarea hemodinamicii şi respiraţiei, resuscitarea, hemotransfuzia, monitorizarea

Stabilizarea hemodinamică – gastroscopia precoce (12-24 ore)

Instabilitatea hemodinamică – gastroscopia de urgenţă (<12 ore)

Depistarea endoscopică a sursei şi activităţii hemoragiei ulceroase

Stigmatele cu risc înalt (Forrest IA, IB, IIA, IIB)

Stigmatele cu risc scăzut (Forrest IIB, III)

Hemostaza endoscopică

Operaţia de urgenţă imediată

IPP, H2- histaminoblocantele intravenos în doze mari

IPP, H2- histaminoblocantele peroral în doze standard

Operaţia de urgenţă amânată

Gastroscopia second-look (cu sau fără hemostaza endoscopică)

Recidiva hemoragiei

Hemostaza endoscopică repetată

Operaţia de urgenţă imediată

Embolizarea angiografică

A două recidivă a hemoragiei

Operaţia de urgenţă imediată

Externarea, supravegherea şi tratamentul ambulator

a sursei şi activităţii hemoragiei ulceroase

**C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR**

***C.2.1. Clasificarea***

**Tipuri de ulcer cronic gastric conform clasificării modificate H. Johnson** în funcţie de localizarea acestuia, nivelul secreţiei şi particularităţile patogeniei. ***(clasa de recomandare I)***

* Tip I este definit ca ulcer în corpul gastric fără modificări patologice ale duodenului, pilorului sau zonei prepilorice, şi cu nivel scăzut al acidităţii. Comparativ cu alte localizări, în primul tip de ulcer gastric hemoragia se declanşează nu atât de frecvent.
* Tip II este prezentat de asocierea ulcerului mezogastric şi ulcer (sau cicatrice postulceroasă) în duoden sau în canalul piloric. Deşi mulţi bolnavi cu ulcer de tipul II de obicei au secreţie gastrică sporită, mulţi dintre pacienţi prezintă aciditate normală. Ulcerul gastric de tip II prezintă un pronostic rezervat, acesta este refractar la tratamentul conservativ şi hemoragiază frecvent.
* Tip III prevede situarea ulcerului gastric în regiunea prepilorică. De obicei, pacienţii cu ulcer gastric prepiloric prezintă aciditate sporită, similară cu aceasta la bolnavii cu ulcer duodenal.
* Tip IV reprezintă ulcer juxtacardial, situat lângă joncţiunea esofagogastrică. Particularităţile principale ale ulcerului de tipul IV este frecvenţa înaltă a acestuia (27%), secreţia gastrică bazală şi stimulată redusă, şi ponderea mare de penetrare profundă şi a hemoragiei.
* Tip V de ulcer gastric a fost definit ca ulcer provocat de acţiunea AINS şi localizat în orice regiune a stomacului.

***C.2.2. Fiziopatologia ulcerului gastroduodenal hemoragic***

|  |
| --- |
| **Caseta 1. *Fiziopatologia.**** Ulcerul este un defect tisular al mucoasei gastroduodenale, care se extinde prin mucoasa şi lamina propria, şi care persistă sau progresează sub acţiunea acido-peptică a sucului gastric. Mai multe mecanisme neuronale, endocrine, paracrine şi autocrine sunt responsabili pentru reglarea secreţiei gastrice acide şi pentru reacţiile protective şi reparatorie ale mucoasei GD. Ulcerele apar, când aceste mecanisme sunt întrerupte sau dereglate prin unele influenţe agresive, cum ar fi infecţia cu H. Pylori sau consumul AINS. ***(clasa de recomandare I)***
* H. Pylori este considerat ca agent etiologic important în apariţia ulcerelor GD şi dezvoltarea complicaţiilor acestora. La pacienţii cu ulcer duodenal infecţia cu H. Pylori este asociată cu creşterea secreţiei gastrice bazale şi maximale, precum şi majorarea nivelului gastrinemiei. Totodată, H. Pylori deteriorează unele mecanisme de apărare ale mucoasei GD. ***(clasa de recomandare I)***
* Consumul AINS poate provoca leziunile mucoasei GD prin mai multe acţiuni. Acestea includ efectul local iritant al AINS asupra epiteliului, afectarea proprietăţilor de barieră ale mucoasei, reducerea fluxului sanguin în peretele gastric şi dereglarea mecanismelor de vindecare spontană a leziunilor superficiale. Prezenţa acidului în lumenul stomacului de asemenea contribuie la patogeneza leziunilor induse de AINS, prin inactivarea factorilor de creştere şi afectarea proceselor reparative ale mucoasei, precum şi dereglarea hemostazei locale. Se consideră, că efectul clinic important şi cunoscut al AINS, care constă în apariţia ulcerelor penetrante în stratul GD muscular şi provocarea hemoragiilor ulceroase, este legat şi cu acţiunea sistemică a medicamentelor. ***(clasa de recomandare I)***
* Hemoragiile gastrointestinale masive se dezvoltă, când procesul ulceros implică vasele de diametru mare localizate în stratul submucos al peretelui GD. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Diametrul extern al arterelor responsabile pentru majoritatea cazurilor de hemoragie ulceroasă este sub 1 mm, însă hemoragiile masive sau fatale se dezvoltă din arterele de diametru de la 1 mm până la 3,5 mm. Este stabilit, că în majoritatea dintre observaţii ale terapiei endoscopice nereuşite, necesităţii în intervenţie chirurgicală şi riscului de deces, sursa de hemoragie reprezintă defectele mucoasei GD, localizate în proiecţia arterelor de dimensiuni mari: pe peretele duodenal posterior (artera gastroduodenală şi pancreatoduodenală) şi superior pe curbura mică gastrică (artera gastrica stânga cu ramurile sale). Diametrul arterei responsabile de hemoragia activă necontrolabilă endoscopic, conform datelor examenului histologic postoperator, depăşeşte 1,0 mm. ***(clasa de recomandare IIa)***
* În hemoragiile ulceroase acute clinic importante hemoragia intraluminală unimomentană se declanşează din defectul parietal lateral al vasului cu traiectul tangenţial faţă de baza ulcerului şi nu din artera terminală. Defectul peretelui arterial este acoperit de un tromb proaspăt parietal, compus dintr-o reţea fină de fibrină, eritrocite şi trombocite. Formarea aşa-numitului tromb „santinelă”, care obturează defectul în peretele vasului lezat, conduce la stoparea temporară a hemoragiei. În unele observaţii trombul are o formă bombată pseudoanevrismală, fără tapetare endotelială şi prezentată de straturi de mase trombotice. Ambele formaţiuni proeminează deasupra bazei ulcerului şi la examenul endoscopic sunt identificate ca vas vizibil nehemoragic. ***(clasa de recomandare I)***
* Vasul vizibil a fost descris endoscopic pentru prima dată de P. Swain în anul 1983. Aprecierea şi caracteristicile vizuale ale vasului vizibil nehemoragic variază larg în literatura de specialitate. Se consideră drept vas vizibil nehemoragic formaţiunea semisferică sau ovală de culoare roşie sau albastră-roşietică proeminentă de asupra defectului ulceros şi, uneori, pseudoaneurismul pulsatil. Anume trombul „santinelă”, care obturează fistula arterială, este vizualizat în timpul examenului endoscopic sau intervenţiei chirurgicale în baza UGDH ca un vas vizibil nehemoragic. În acelaşi timp, de regulă, trombul nu se extinde în lumenul arterei adiacente şi fluxul sangvin în acesta este păstrat. ***(clasa de recomandare I)***
* Astfel, vasul vizibil nehemoragic corelează cu un risc înalt al recidivei hemoragiei ulceroase. Aceasta se explică prin originea arterială a vasului lezat, prezenţa fistulei arteriale laterale cu păstrarea fluxului sangvin prin vas şi caracterul instabil şi nefinisat al trombogenezei în zona defectului vascular. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Probabil, dinamica clinică pozitivă şi dispariţia vasului vizibil din UGDH este determinată de răspândirea trombului la întreg lumenul arterial. La trombarea vasului iniţial se formează un tromb roşu mare, care treptat se întunecă şi se reduce în dimensiuni, cu timpul acesta pierde trombocitele şi se substituie printr-o placă albă, conţinând fibrină. Progresarea ulterioară a acestor semne poate conduce la obturarea completă şi tromboza organizată a vasului subiacent, ce se însoţeşte de întreruperea fluxului sangvin cu stoparea definitivă a hemoragiei. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.3. Factorii de risc***

|  |
| --- |
| **Caseta 2. *Factorii de risc ai letalităţii la bolnavii cu hemoragie ulceroasă gastroduodenală.*** Următorii factori sunt asociaţi cu exodul negativ al episodului hemoragic din ulcer GD, definit prin severitatea sângerării, hemoragie persistentă necontrolabilă, resângerare, necesitate în intervenţie chirurgicală şi mortalitate: * Vârsta înaintată. Mortalitatea în cazul UGDH creşte odată cu vârsta. Rata mortalităţii creşte de 1,8-3 ori pentru vârsta >60 de ani (comparativ cu pacienţii cu vârsta cuprinsă între 45-59 ani) şi de la 4,5-12 ori pentru vârsta >75 de ani (comparativ cu pacienţii ≤75 ani). ***(clasa de recomandare IIb)***
* Patologia concomitentă importantă. Absenţa comorbidităţii semnificative este însoţită cu o mortalitate de până la 4%. Prezenţa unei singure patologii concomitente aproape dublează mortalitatea (x 1,8), iar insuficienţa cardiacă (x 1,8) sau procesul malign asociat (x 3,8) înrăutăţeşte prognosticul semnificativ. Ciroza hepatică este asociată cu dedublarea mortalităţii la un pacient cu UGDH, cauzate de un risc mult mai mare de hemostaza endoscopică, intervenţie chirurgicală sau transfuzie de sânge. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Dezvoltarea hemoragiei ulceroase în staţionar are un risc aproximativ de trei ori mai mare de deces comparativ cu pacienţii admişi primar pentru UGDH. Acest fapt se datorează mai mult prezenţei comorbidităţilor, care şi au prezentat motivul pentru spitalizare, decât severităţii hemoragiei. ***(clasa de recomandare I)***
* Şocul sau instabilitatea hemodinamică la spitalizare (hipotensiune arterială şi tahicardie) este asociată cu creşterea mortalităţii (de 3,8 ori) şi necesităţii în intervenţie chirurgicală pentru hemostaza în ulcer. ***(clasa de recomandare I)***
* Hemoragia activă la spitalizare este asociată cu risc crescut de intervenţie (de 2 ori) şi de o mortalitate (de 50 ori). ***(clasa de recomandare IIa)***
* Dimensiunile ulcerului ≥2,0 cm. ***(clasa de recomandare I)***
* Volumul hemotransfuziei ≥600 ml. ***(clasa de recomandare I)***
* Recidiva hemoragiei pe parcursul spitalizării. ***(clasa de recomandare I)***
* Operaţia de urgenţă imediată. ***(clasa de recomandare I)***
* Complicaţii postoperatorii. ***(clasa de recomandare I)***

***Notă****:* Consumul AINS şi anticoagulantelor nu afectează negativ rezultatele tratamentului ale pacienţilor cu UGDH. ***(clasa de recomandare IIb)*** |

***C.2.4. Conduita pacientului cu ulcerul gastroduodenal hemoragic***

|  |
| --- |
| **Caseta 3. *Etapele obligatorii în conduita pacientului cu UGDH.******(clasa de recomandare I)**** Evaluarea stării generale, resuscitarea, monitorizarea.
* Culegerea anamnezei şi acuzelor.
* Examinarea clinică.
* Examinarea de laborator.
* Examinarea endoscopică.
* Evaluarea riscului de complicaţii (consultaţia specialiştilor).
* Luarea deciziei referitor la conduita de tratament.
* Efectuarea tratamentului (conservativ, endoscopic, chirurgical).
* Tratamentul complicaţiilor evolutive.
* Supravegherea activă.
 |

***C.2.4.1. Măsurile diagnostice generale***

|  |
| --- |
| **Caseta 4. *Măsurile diagnostice generale.**** Evaluarea iniţială a pacientului cu suspecţii la UGDH include culegerea acuzelor şi anamnezei complete, examinarea clinică şi de laborator cu scopul determinării severităţii hemoragiei şi identificării bolnavilor cu risc înalt, care necesită acţiuni curative rapide şi adecvate pentru minimalizarea morbidităţii şi mortalităţii. ***(clasa de recomandare I)***
* Aprecierea severităţii pierderii sangvine şi a stării hemodinamicii este excepţional de importantă şi trebuie efectuată îndată după spitalizarea pacientului cu semne de hemoragie GI superioară. ***(clasa de recomandare I)***
* Dacă starea bolnavului este gravă, fiind condiţionată de hemoragia continuă sau şocul hipovolemic, măsurile diagnostice şi cele de resuscitare se efectuează simultan şi foarte rapid. ***(clasa de recomandare I)***
* La bolnavii hemodinamic stabili, dar care prezintă un tablou clinic de hemoragie acută, este posibilă o estimare mai minuţioasă şi fără grabă a semnelor clinice, culegerea anamnezei, stabilirea factorilor concomitenţi de risc şi a maladiilor cu corecţia acestora, utilizarea metodelor diagnostice instrumentale. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Este necesar de ţinut cont, că starea pacienţilor cu hemoragii ulceroase GD poate să se agraveze imprevizibil de repede. Prin urmare, chiar şi în cazul unei situaţii aparent „calme” la prima vedere, este de preferat ca măsurile de diagnosticare să se efectueze în condiţiile secţiei de anestezie şi terapie intensivă (ATI), iar serviciul de anesteziologie şi echipa chirurgicală trebuie să fie preîntâmpinate de o posibilă intervenţie chirurgicală în timp apropiat. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.2. Manifestările clinice***

***C.2.4.2.1 Semne clinice***

|  |
| --- |
| **Caseta 5. *Semne clinice.*** * Pierderea sangvină acută în tractul digestiv poate să se manifeste prin semne clasice: vomă cu sânge, vomă cu „zaţ de cafea”, melenă şi scaun „ca păcura”.***(clasa de recomandare I)***
* Termenul hematemezis sau vomă cu sânge se numeşte eliminarea maselor vomitive, care conţin sânge proaspăt de culoare purpurie sau cheaguri de sânge de dimensiuni considerabile. ***(clasa de recomandare I)***
* Voma cu „zaţ de cafea” este definită ca mase vomitive de culoare neagră, omogenă sau cu caracter granulos. ***(clasa de recomandare I)***
* Melena şi scaunul „ca păcura” este considerat scaunul de culoare roşie-închisă sau neagră, cu miros specific urât, de consistenţă lichidă sau oformat, respectiv. Melena apare în cazul HDS, dar ocazional este provocată de sursele hemoragice, situate în intestinul subţire sau în partea dreaptă a colonului. ***(clasa de recomandare I)***
* Pacienţii cu hematemeză în asociere cu melena au o mortalitate mai mare decât cei care prezintă numai melenă. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Hematochezia (eliminarea din rect a sângelui bordo sau purpuriu) reprezintă semnul clasic al hemoragiei digestive inferioare. Totodată, hematochezia poate fi observată circa la 5-10% dintre bolnavii cu hemoragii gastroduodenale rapide şi masive. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Unele patologii şi medicamente pot imita hemoragiile GI. Sângerările nazale, dentare, tonsiliare şi lichidele sau alimentele consumate colorate intens cu roşu pot fi confundate cu hematemeza; medicamentele care conţin bismut pot imita melena; şi hemoragiile vaginale şi hematuria pot imita rectoragia. ***(clasa de recomandare IIb)***
* În plus, pacienţii pot avea UGDH, şi prezinta doar semne generale de pierdere sangvină, cum ar fi slăbiciune, ameţeli, durere toracică sau colaps. ***(clasa de recomandare IIb)***
* La bolnavii cu UGDH durerea abdominală în epigastru sau hipocondrul drept deseori însoţeşte hemoragia acută. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.2.2* *Evaluarea hemodinamicii centrale***

|  |
| --- |
| **Caseta 6. *Evaluarea hemodinamicii centrale.**** Examenul clinic al bolnavului cu UGDH trebuie să fie ţintit şi rapid. În primul rând, trebuie să fie estimate starea generală a pacientului, inclusiv parametrii principali ai funcţiilor vitale şi statusul mental al acestuia. Ca la toţi pacienţii critici, evaluarea începe cu determinarea permeabilităţii căilor respiratorii, respiraţiei şi circulaţiei – ABC *(engl. Airway, Breathing, Circulation)*. ***(clasa de recomandare I)***
* În cazul hemoragiei GI masive este deosebit de important verificarea căilor respiratorii, deoarece aspiraţia pulmonară cu sângele vomitat este asociată cu morbiditate şi mortalitate semnificative. Intubarea endotraheală rapidă poate fi indicată în cazurile de vome abundente sau de modificare a statusului mental. Respiraţia adecvată este evaluată prin criterii clinice, cum ar fi frecvenţa normală a respiraţiei, absenţa cianozei şi nivelurile normale de saturaţie cu oxigen la pulsoximetrie. ***(clasa de recomandare I)***
* Nivelul tensiunii arteriale (TA) şi frecvenţa contracţiilor cardiace ale pacientului reflectă volumul şi viteza pierderii sangvine, precum şi gradul de compensare a sistemului cardio-vascular. Creşterea magnitudinii şi intensităţii pierderii sangvine conduce la tahicardie, vasoconstricţie şi, în final, la hipotonie profundă (şoc hipovolemic-hemoragic). ***(clasa de recomandare IIa)***
* Şocul este considerat drept scăderea tensiunii sistolice arteriale sub 100 mm Hg în asociere cu tahicardie peste 100 băt/min, paliditate şi tegumente reci, statusul mental dereglat şi oligurie sau anurie. ***(clasa de recomandare I)***
* Instabilitatea hemodinamică se consideră în prezența tensiunii arteriale sistolice (TAsis) egală sau sub 90 mm Hg. ***(clasa de recomandare IIa).***
* Prezenţa colapsului în antecedente, apreciat subiectiv de pacient ca stare de leşin, care a survenit la etapa de prespital. Episoadele de colaps, care mărturisesc indirect despre dereglările importante ale hemodinamicii sistemice, se depistează la aproximativ 30% dintre pacienţii cu UGDH. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.2.3. Timpul spitalizării***

|  |
| --- |
| **Caseta 7. *Timpul spitalizării.*** * Majoritatea pacienţilor (circă 70%) cu UGDH se spitalizează în primele 24 ore de la debutul hemoragiei. În termenul de 24-48 ore de la debut se spitalizează 20% dintre bolnavi, iar în intervalul de 48-72 ore – 10%. Doar 4% dintre bolnavi se adresează după asistenţă medicală mai târziu de 72 ore de la debutul bolii. ***(clasa de recomandare III)***
* Vârsta înaintată şi statusul social inferior al pacienţilor se asociază cu tendinţa de spitalizare tardivă. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Atenţie deosebită merită cei 2% dintre bolnavi, la care semnele hemoragiei GI apar în staţionar, pe parcursul tratamentului altor maladii. Debutul hemoragiei în staţionar este un factor evident de pronostic negativ al bolii, cu creştere dublă a mortalităţii (33% versus 15%). Aceasta se explică prin severitatea patologiei de bază, care a şi fost cauza spitalizării. ***(clasa de recomandare IIa)***
* De regulă, declanşarea hemoragiei după traumatismele cranio-cerebrale, ortopedice sau asociate, precum şi după intervenţii chirurgicale programate de volum mare, este condiționată de apariţia ulcerelor acute de stres. În realitate hemoragia din ulcerele cronice GD constituie până la 75% din toate HDS, declanşate în staţionar la bolnavii spitalizaţi pentru alte patologii. Este importantă regula de a nu considera orice hemoragie digestivă declanşată la bolnavul critic, o manifestare a gastritei acute hemoragice. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.2.4. Anamneza***

|  |
| --- |
| **Caseta 8. *Anamneza.***Pentru diagnosticarea originii ulceroase a sursei HDS o informaţie utilă poate fi furnizată din discuţia cu pacientul şi cu rudele sau însoţitorii acestuia. Principalul este de a clarifica următoarele chestiuni:* Episoade de hemoragie în antecedente. Până la 15% dintre bolnavii cu ulcere cronice gastroduodenale au suportat în antecedente HDS de diversă geneză. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Sursa de hemoragie antecedentă, gravitatea şi evoluţia acesteia. Bolnavii cu HDS în antecedente prezintă hemoragie repetată din aceeaşi sursă aproximativ în 60% din observaţii. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Prezenţa în anamneză a durerii în epigastru, pirozis, greţuri, vome, dereglări de tranzit intestinal, pierdere ponderală. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Rezultatele investigaţiilor precedente. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Prezenţa maladiilor confirmate şi, în primul rând, boala ulceroasă, hepatita sau ciroza hepatică, boli cardio-respiratorii, coagulopatii. Boala ulceroasă în antecedente este prezentă la mai mult de 50% dintre bolnavii cu UGDH. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Comorbidităţile severe, cum ar fi insuficienţa cardiacă congestivă, patologiile renale, hepatice sau vasculare, măresc riscul mortalităţii. ***(clasa de recomandare I)***
* Intervenţii chirurgicale în antecedente, îndeosebi pentru boala ulceroasă. Suturarea ulcerului duodenal perforat este operaţia tipică, suportată în antecedente de bolnavii cu UGDH. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Abuz de alcool, consumul permanent de AINS, *Acidum acetylsalicylicum* sau anticoagulante. La bolnavii, care consumă AINS, pericolul de declanşare a hemoragiei ulceroase de 2-8 ori îl depăşeşte pe cel din lotul de control, iar riscul de a fi supus unei intervenţii chirurgicale pe tractul digestiv – de 8 ori. Se consideră permanentă utilizarea medicamentelor în orice doză, însă cu o durată de cel puţin 5 zile pe parcursul perioadei de 2 săptămâni, precedente spitalizării. Totodată, se consideră că chiar dozele mici ale preparatelor (*Acidum acetylsalicylicum*, AINS) pot fi cauze ale hemoragiei din ulcer. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.2.5. Examenul obiectiv***

|  |
| --- |
| **Caseta 9. *Examenul obiectiv.**** Palparea poate fi utilă pentru aprecierea stării abdomenului şi depistarea defansului muscular şi a peritonismului în cazul penetrării ulcerului. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Depistarea semnelor clinice ale cirozei hepatice, cum ar fi: dilatarea venelor subcutanate periombilicale, ascita, eritemul palmar, icterul sclerelor, ginecomastia etc. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Tuşeul rectal este obligatoriu şi permite evaluarea consistenţei şi culorii maselor fecale, excluderea altor surse de hemoragie (tumori, noduli hemoroidali). ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.4.3. Diagnosticul diferenţial***

|  |
| --- |
| **Caseta 10. *Diagnosticul diferenţial. (clasa de recomandare IIa)**** **Ulcerele gastroduodenale acute.** Hemoragia din ulcerele gastroduodenale acute (numite şi ulcere de stres sau leziuni acute ale mucoasei gastroduodenale) prezintă una dintre cele mai frecvente cauze ale HDS în circumstanţe determinate (25-30%). Doi factori etiologici de bază determină apariţia ulcerelor acute prin acţiunea de deteriorare asupra mucoasei gastroduodenale a preparatelor şi a substanţelor exogene (alcoolul, salicilatele şi AINS), şi hipoxia mucoasei, care se declanşează la bolnavii în stări critice. Din momentul apariţiei leziunii primare creşte rolul acidităţii majorate a sucului gastric. Morfologic ulcerul acut prezintă un defect al mucoasei de dimensiuni mici, bine delimitat, cu elemente de stază şi edem. Hemoragia se declanşează din defectul parietal erodat al vaselor mucoasei şi submucoasei.
* **Sindromul Mallory-Weiss** este prezentat de rupturi liniare ale mucoasei joncţiunii esofagogastrice, care se declanşează în urma vomelor, consecinţă a creşterii presiunii intraabdominale în asociere cu contracţii spastice ale cardiei şi diafragmei. Circa 86% dintre pacienţi indică în antecedente vome cu conţinut gastric, iar ulterior – cu sânge. Abuzul de alcool până la debutul semnelor clinice se constată la 21-80% dintre pacienţi. Dintre cauzele mai rare, se enumeră: consumul *Acidum acetylsalicylicum*, AINS, tusea incoercibilă, efortul fizic, sarcina şi naşterea, măsurile de resuscitare etc. Sindromul Mallory-Weiss este cauza HDS acute în 8-15% observaţii, şi mai frecvent – printre locuitorii oraşelor mari cu consumuri sporite de alcool. În mai mult de 80% din cazuri rupturile mucoasei se situează pe curbura mică a stomacului, nemijlocit în regiunea joncţiunii esofagogastrice, iar în 17% - sunt multiple. Circa 90% din hemoragii în sindromul Mallory-Weiss se stopează de sine stătător.
* **Varicele gastroesofagiene hemoragice.** Hemoragia din varicele esofagiene este responsabilă de 6-14% din HDS. Cea mai frecventa cauza a dezvoltării varicelor gastroesofagiene prezintă ciroza hepatică. Cauzele mai rare sunt: tromboza venei portae sau venei lienale, compresia extrinsecă a axului venos mezenterico-portal, sindromul Budd-Chiari, pericardita constrictivă şi maladiile venoocluzive ale ficatului. Factorii de risc pentru apariţia hemoragiei varicele sunt următoarele: dimensiunile varicelor, semnele endoscopice specifice de culoare roşie, clasa Child crescută şi prezența ascitei, consumul alcoolului de pacienții cu afecțiuni hepatice, refluxul gastroesofagian asociat şi infecţiile bacteriene. Icterul, telangiectaziile cutanate, ginecomastia la bărbați, eritemul palmar, ascita cu distensia abdominală, dilatarea venelor periombilicale, simptomele encefalopatiei şi splenomegalia pot fi sugestive pentru ciroză hepatică.
* **Polipii gastrici.** Cea mai răspândită în prezent clasificare evidenţiază cinci tipuri de polipi: non-neoplazici (hiperplastici), de tip hamartrom (polipii Peutz-Jeghers), heterotopici (de exemplu, ţesut pancreatic heterotopic), neoplazici (adenom) şi formaţiuni polipoide reactive (hiperplazia pliurilor). Polipii hiperplastici adenomatoşi constituie de la o treime până la jumătate dintre toate tumorile benigne şi peste 90% din polipii gastrici benigni. Aceştia pot fi diagnosticaţi la 2-5% dintre bolnavi la vârsta peste 40 de ani, la care este efectuat examenul endoscopic. Aceste formaţiuni pot fi solitare sau multiple, situate pe bază plată sau pediculaţi. Majoritatea polipilor la momentul diagnosticului au un diametru sub 2 cm. Polipii relativ mari au, de regulă, picioruş lung. Se consideră că riscul complicaţiilor, inclusiv al hemoragiei, se măreşte odată cu creşterea dimensiunilor polipului. Termenul *„polipoză”* este utilizat în cazul polipilor multipli, care sunt dificil de numărat.
* **Adenocarcinomul gastric.** Morbiditatea prin cancer gastric diferă semnificativ în diferite zone ale lumii şi este înaltă în Republica Moldova. Bărbaţii suferă aproximativ de două ori mai frecvent, decât femeile. Conform caracteristicii histologice cancerul gastric aproape în toate cazurile (90-95%) este adenocarcinom. Există mai mulți factori de risc ai cancerului gastric: excesul de sare în alimentare şi deficitul de legume şi fructe, gastrita atrofică, contaminarea cu H. Pylori, rezecţia gastrică în antecedente, esofagul Barrett, ulcerul cronic gastric. Hemoragia profuză din tumorile gastrice maligne este mai puţin caracteristică, decât pierderea sangvină ocultă. Majoritatea cazurilor de hemoragii clinic evidente au loc din tumori avansate, în 60% situate în corpul gastric. Hemoragia masivă este favorizată de forma ulceroasă, cu necroză în centru şi descompunere a tumorii. Vasele tumorii nu au proprietatea de a se spasma, de aceea, hemoragiile poartă caracter persistent. La momentul adresării trei pătrimi dintre pacienţii cu cancer gastric au deja metastaze.
* **Leiomiomul gastroduodenal**. Printre tumorile benigne gastroduodenale de origine mezodermală, cel mai frecvent (peste 90% din cazuri) se întâlnesc cele ce provin din musculatura netedă. Odată cu creşterea în dimensiuni tumora poate proemina în lumenul stomacului sau duodenului asemănător unei formaţiuni submucoase, sau poate creşte în afara organului, ca formaţiune extragastrică. Aproximativ o jumătate dintre leiomioamele submucoase prezintă ulceraţii. Ulceraţia centrală şi hemoragia masivă se declanşează în cazurile tumorilor mari, explicaţia fiind dezvoltarea necrozei din cauza insuficienţei de vascularizare care progresează împreună cu creşterea formaţiunii. Semnele clinice ale tumorii sunt nespecifice. De regulă, leiomiomul se manifestă prin melenă inexplicabilă, anemie şi dureri abdominale.
* **Esofagita de reflux.** Refluxul conţinutului gastric retrograd în esofag prezintă în sine un proces fiziologic. La apariţia simptomelor şi complicaţiilor această stare deja este denumită *boală de reflux gastro-esofagian*. O multitudine de factori sunt responsabili de dezvoltarea refluxului gastro-esofagian şi a esofagitei de reflux, inclusiv aciditatea gastrică înaltă, dereglările anatomo-funcţionale şi reducerea eficacităţii clearance-ului esofagian. Gravitatea semnelor clinice ale refluxului gastro-esofagian deseori nu corespunde manifestărilor endoscopice ale esofagitei de reflux. Esofagita erozivă este cauza hemoragiei la 3-10% dintre pacienţi cu HDS. În majoritatea cazurilor hemoragia în esofagita de reflux poartă un caracter subacut sau cronic. Declanşarea hemoragiei masive în cazul refluxului gastro-esofagian, de regulă, este condiţionată de prezenţa ulcerului esofagului distal.
* **Leziunea Dieulafoy**, deşi nu se întâlneşte frecvent, este o cauză importantă a HDS (1-2%), în care sursa hemoragiei este prezentată de o arteră neobişnuit de mare (cu diametrul de 1-3 mm) a submucoasei peretelui gastroduodenal, localizată foarte superficial în raport cu mucoasa. Se presupune, că hemoragia este condiţionată de ruperea spontană a peretelui arterial sau poate surveni în cazul unei erozii mici, superficiale sau la microtraumatizarea mucoasei cu necroza focală a peretelui arterial. Clinic leziunea Dieulafoy se caracterizează printr-o hemoragie masivă acută, debutând în plină sănătate cu o vomă abundentă cu sânge, melenă şi instabilitate hemodinamică sau şoc hipovolemic şi este însoţită de o letalitate înaltă. Gastroscopia este metoda de elecţie în diagnosticul leziunii Dieulafoy. În 80% leziunea se localizează în porţiunea proximală a stomacului, la limitele a 6 cm de la joncţiunea esofagogastrică, şi în 82% - pe curbura mică. Totodată, leziuni similare pot fi depistate în porţiunea gastrică antrală, în esofag şi în duoden.
* **Stomacul „în pepene verde”** (*ectazia vasculară antrală*)este o cauză frecventă a hemoragiilor digestive (3-5%) şi se depistează tot mai des. Stomacul „în pepene verde” reprezintă o entitate nozologică separată şi se caracterizează prin multiple capilare dilatate şi vase ondulate în porţiunea antrală, care traversează longitudinal stomacul către pilor. Majoritatea acestor capilare teleangioectatice sunt trombate. Etiologia stomacului „în pepene verde” nu este clarificată definitiv. Sunt descrise multiple maladii, care pot fi cauza angiodisplaziei antrale, sau cel puţin sunt strâns legate de aceasta. Maladia se caracterizează printr-o pierdere sangvină acută sau cronică şi anemie. Manifestările clinice tipice ale bolii sunt anemia fierodeficitară şi necesitatea în hemotransfuzii frecvente.
* **Fistula aorto-intestinală.** Sunt descrise două forme de fistule aorto-intestinale: forma primară se dezvoltă în rezultatul eruperii anevrismului aortei în lumenul intestinal, pe când originea formei secundare este condiţionată de reconstrucţia chirurgicală a aortei cu infectarea grefei, formarea pseudoanevrismului anastomozei proximale cu fistulizarea ulterioară prin peretele duodenal adiacent. De obicei, complicaţia survine peste 14-52 luni după reconstrucţia aortică. Semnul clasic al fistulei aotro-intestinale este declanşarea hemoragiei primare „santinelă”, după care peste 12-48 ore urmează hemoragia repetată, deja necontrolabilă şi fatală. Gastroduodenoscopia cu vizualizarea endoscopică a fistulei este posibilă doar în 38% cazuri. Valoarea diagnostică a angiografiei intervenţionale sau computerizate nu depăşeşte 50%. În toate cazurile de HDS la bolnavii cu protezare aortică în antecedente este necesar de a suspecta fistula aorto-intestinală.
* **Hemobilia** reprezintă o formă rară de HDS şi se dezvoltă în cazul formării fistulei între structurile vasculare şi ducturile intra- şi extrahepatice. Hemobilia trebuie suspectată, când hemoragia gastrointestială survine peste un interval de timp după leziunea traumatică a ficatului (50% cazuri), puncţii transparieto-transhepatice diagnostice şi curative sau intervenţii chirurgicale pe ficat. Abcesele intrahepatice, tumorile cu concreştere în căile biliare, coledocolitiaza şi colelitiaza intrahepatică sunt cauze mai rare ale hemobiliei. Doar în 10-40% cazuri în cadrul endoscopiei se poate vizualiza eliminarea sângelui din papila Vater. În varianta clasică hemobilia se însoţeşte de icter, durere în rebordul costal drept şi confirmare de laborator a colestazei.
* **Pseudochistul şi pseudoanevrismul pancreatic.** Leziunea vaselor viscerale mari cu dezvoltarea pseudoanevrismului prezintă o complicaţie nu atât de rară a pancreatitei acute sau cronice. Pseudoanevrismul format al arterei viscerale poate să se erupă în lumenul tractului digestiv cu evoluţie într-o hemoragie severă. Cel mai frecvent sunt implicate artera lienală (30-50%), gastroduodenală (17%) şi pancreatoduodenală (11%). În cazul hemoragiei digestive superioare masive cu declanşarea şocului hipovolemic inexplicabil la un bolnav cu pancreatită în antecedente întotdeauna este necesar de a suspecta eruperea pseudoanevrismului arterei viscerale. Diagnosticul se bazează pe Doppler ultrasonografia şi angiografia abdominală.
* **Hemoragiile iatrogene.** Hemoragia postintervenţională poate survine după biopsiile endoscopice, polipectomie, rezecţii locale ale mucoasei şi gastrostomie. Cel mai mare risc al hemoragiei îl poartă polipectomiile din stomac şi duoden: 0,2-8% cazuri. Factorii de risc includ: vârsta înaintată a bolnavilor, coagulopatia, prezenţa polipilor adenomatoşi peste 2 cm în diametru, polipii pe pedicul larg, experienţa limitată a endoscopistului, precum şi consumul de preparate antiagregante plachetare, AINS şi anticoagulante. Chiar şi sonda nazogastrică, aflată lungă durată în stomac pentru aspiraţie sau alimentare enterală, poate provoca hemoragie din escarele gastrice sau din leziunile esofagului.
 |

***C.2.4.4. Criteriile de spitalizare***

|  |
| --- |
| **Caseta 11. *Criteriile de spitalizare a pacienţilor cu UGDH. (clasa de recomandare I)**** La orice suspecţie UGDH (clinică şi / sau imagistică) este indicată internarea în regim de urgenţă în secţie chirurgicală, unde sunt asigurate condiţii adecvate pentru asistenţa medicală de urgenţă.
 |

***C.2.4.5. Investigaţiile paraclinice***

**Tabelul 1. *Investigaţiile paraclinice la pacienţii cu UGDH****.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Investigaţiile paraclinice** | **Semnele sugestive pentru CAC** | **Caracterul** |
| Numărătoarea eritrocitelor, dozarea hemoglobinei, hematocritul. ***(clasa de recomandare I)*** | Permite evaluarea gravităţii pierderii sangvine şi sunt sugestive pentru necesitatea în hemotransfuzie. | **O** |  |
| Determinarea grupului sangvin după sistemul ABO şi după sistemul Rhesus. ***(clasa de recomandare I)*** | Se indică cu scop de o eventuală hemotransfuzie. | **O** |  |
| Compatibilitatea sangvină pretransfuzională. ***(clasa de recomandare I)*** | Se indică cu scop de o eventuală hemotransfuzie. | **O** |  |
| Dozarea proteinei totale şi albuminei. ***(clasa de recomandare IIa)*** | În cazul pierderii sangvine în limitele unei treimi din volumul sângelui circulant restabilirea până la nivelul iniţial al concentraţiei de proteine plasmatice se realizează doar peste 72-96 ore. |  | **R** |
| Dozarea ureei şi creatininei. ***(clasa de recomandare I)*** | Parametrii ureei sangvine pot fi utili pentru diferenţierea hemoragiilor digestive superioare şi inferioare. Graţie excesului sarcinii proteice ca consecinţă a absorbţiei sângelui din lumenul tractului digestiv superior şi reducerii volumului sangvin circulant, poate fi observată o creştere neproporţională a ureei faţă de nivelul creatininei serice. | **O** |  |
| Indexul protrombinic şi INR *(international normalized ratio).* ***(clasa de recomandare IIa)*** | Bolnavii cu ciroză hepatică şi leziunii etilice ale ficatului au tendinţă de deficit al factorilor de coagulare a sângelui legat de vitamina K, şi de trombocitopenie clinic semnificativă. Dereglarea coagulării, cu INR peste 1,5, este asociată cu un risc crescut de mortalitate. |  | **R** |
| Numărătoarea trombocitelor şi determinarea timpului de sângerare. ***(clasa de recomandare IIa)*** | Consumul Acidum acetylsalicylicum şi al AINS poate conduce la dereglarea funcţiei trombocitelor şi majorarea duratei de sângerare. | **O** |  |
| Probele hepatice (bilirubina totală şi fracţii, AST, ALT), glicemia, leucocitele, timpul de tromboplastină parțial activată (TTPA), ionograma şi determinarea echilibrul acido-bazic. ***(clasa de recomandare IIa)*** | Se indică cu scop de evaluare preoperatorie, precum şi determinarea patologiilor concomitente. |  | **R** |
| Electrocardiografia în stare de repaos. ***(clasa de recomandare I)*** | Pot fi schimbări în caz de patologie a sistemului cardiovascular. | **O** |  |
| Fibro- sau videoesofagogastroduodenoscopia. ***(clasa de recomandare I)*** | Este metoda de examinare decisivă în cazul hemoragiilor ulceroase, permite determinarea sursei hemoragiei, sediului şi caracteristicelor morfologice ale ulcerului, stigmatelor hemoragice şi prognosticului evoluției episodului hemoragic. Totodată, permite efectuarea hemostazei endoscopice în continuarea gastroscopiei diagnostice. | **O** |  |
| Examenul radiologic prin contrastare. ***(clasa de recomandare IIa)*** | În prezent examenul radiologic de rutină la bolnavul în perioada acută a hemoragiei se consideră nejustificat şi lipsit de valoare informativă (circă 40%). În cazul, când examenul radiologic prin contrastare totuşi este necesar pentru soluţionarea unor sarcini diagnostice deosebite, acesta trebuie efectuat după 3-5 zile de spitalizare. |  | **R** |
| Radiografia cavităţii abdominale. ***(clasa de recomandare IIa)*** | Se efectuează la bolnavii cu sindrom algic pronunţat şi contractură musculară abdominală la spitalizare pentru excluderea aerului liber şi perforaţiei organului cavitar. |  | **R** |
| Arteriografia. ***(clasa de recomandare III)*** | Poate fi eficace doar în condiţiile unei hemoragii active şi suficient de intensive (peste 0,5-1 ml pe minut). Avantajul teoretic al angiografiei este posibilitatea de efectuare simultană a hemostazei prin embolizare prin cateter a vasului lezat. Angiografia diagnostică este rar indicată la bolnavii cu UGDH din cauza eficacităţii înalte a gastroscopiei de rutină, precum şi accesibilităţii reduse şi lipsei portativităţii utilajului necesar pentru angiografie. |  | **R** |
| Scintigrafia. ***(clasa de recomandare III)*** | Utilizează eritrocite marcate cu techneţiu 99mTc. Scintigrafia poate fi informativă pentru localizarea sursei doar în cazul hemoragiei active, totodată intensitatea acesteia constituind minim 0,1-0,4 ml pe minut. Metodă are o specificitate înaltă, dar o sensibilitate joasă. |  | **R** |
| Ecografia organelor abdominale. ***(clasa de recomandare III)*** | Scopul principal al investigaţiei este confirmarea patologiei asociate, precum şi depistarea maladiilor concomitente intraabdominale. Aceasta este, îndeosebi, importantă pentru pacienţii, la care se preconizează intervenţie chirurgicală, şi permite programarea mai precisă a volumului operaţiei.  |  | **R** |
| Tomografia computerizată (CT) -angiografia spiralată sau rezonanţa magnetică nucleară cu contrastare intravasculară şi cu reconstrucţie ulterioară tridimensională. ***(clasa de recomandare III)*** | Pot fi utilizate în situaţii speciale. |  | **R** |

***Notă:*** O – obligatoriu, R – recomandabil

***C.2.4.6. Evaluarea gravităţii pierderii sangvine şi frecvenţa monitorizării***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Caseta 12. *Evaluarea gravităţii pierderii sangvine.***Mult timp cea mai răspândită în practica clinică era clasificarea în 3 grade a lui A. N. Gorbaşko, care permitea de a concluziona despre volumul pierderii sangvine în funcţie de nivelul eritrocitelor şi al hematocritului. ***(clasa de recomandare III)*****Tabelul 2. Evaluarea gravităţii pierderii sangvine după A. N. Gorbaşko.** ***(clasa de recomandare III)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gravitatea pierderii sangvine** | **Volumul aproximativ al pierderii sangvine** | **Datele de laborator** |
| Gradul I (uşor) | <500 ml | Er >3,5 x1012/lHt >35% |
| Gradul II (mediu) | 500-1500 ml | Er – 2,5-3,5 x1012/lHt – 25-35% |
| Gradul III (sever) | >1500 ml | Er <2,5 x1012/lHt <25% |

Totodată, concentraţia Hb, Er şi Ht pot prezenta o informaţie obiectivă despre severitatea anemiei doar în condiţiile normovolemiei. În cazul HDS acute nivelul acestora reflectă insuficient cantitatea sângelui pierdut. Indicii Hb şi ai Ht în cazul unei pierderi sangvine unimomentane rapide scad doar după restabilirea volumului sangvin circulant, ce se produce complet peste 24-48 ore. ***(clasa de recomandare IIa)***Conform recomandărilor internaţionale, hemoragiile se clasifică în patru grade: ***(clasa de recomandare I)*****Tabelul 3. Clasificarea hemoragiilor în funcţie de severitate.** ***(clasa de recomandare I)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Severitatea hemoragiei** | **Volumul aproximativ al pierderii sangvine** | **Deficitul volumului sângelui circulant (VSC)** |
| Gradul I (uşoară) | <750 ml | <15% |
| Gradul II (de gravitate medie) | 750-1500 ml | 15-30% |
| Gradul III (gravă) | 1500-2000 ml | 30-40% |
| Gradul IV (extrem de gravă) | >2000 ml | >40% |

***Notă:*** Necesită menţionare faptul, că indicii care indică pierderea sangvină, enumeraţi în cadrul clasificării sunt orientativi, estimaţi pentru cazul unui bărbat matur cu masa de 70 kg. Expresivitatea simptomelor obiective (paloarea tegumentelor, cianoza, frecvent şi amplitudă pulsului, scăderea tensiunii arteriale, creşterea frecvenţei respiratorie, dereglarea statutului psihoneurologic şi diminuarea diurezei) este diversă, în funcţie de gradul de severitate al hemoragiei. ***(clasa de recomandare IIa)*****Tabelul 4. Expresia simptomelor obiective în funcţie de severitatea pierderii sangvine.** ***(clasa de recomandare IIa)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Gradul I** | **Gradul II** | **Gradul III** | **Gradul IV** |
| Volumul pierderii sangvine (ml) | <750 | 750-1500 | 1500-2000 | >2000 |
| Frecvenţa pulsului (băt/min) | <100 | >100 | >120 | >140 |
| Amplituda pulsului | Normală / crescută | Scăzută | Filiform | Filiform / nu se determină |
| TA | Normală | Normală | Scăzută | Scăzută |
| Frecvenţa respiraţiei (resp/min) | 14-20 | 20-30 | 30-40 | >40 |
| Diureza (ml/oră) | >30 | 20-30 | 5-15 | Oligoanurie |
| Starea psihică a pacientului  | Obişnuită | Agitat | Inhibat | Somnolent |

 |

|  |
| --- |
| **Caseta 13. *Frecvenţa controlului de laborator al hemoglobinei şi hematocritului la bolnavii cu UGDH.**** Prima analiză se efectuează îndată la spitalizarea pacientului în staţionar. ***(clasa de recomandare I)***
* Efectuarea analizei a doua este recomandată peste 15-20 minute după finisarea infuziei primare bolus de cristaloizi. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Ulterior, după stabilizarea hemodinamică şi aprecierea sursei şi a activităţii hemoragiei, controlul de laborator al hematiilor este necesar fiecare 6-8 ore. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Analizele suplimentare se efectuează după fiecare hemotransfuzie, în cazul suspiciunii de resângerare sau a agravării inexplicabile a stării pacientului. ***(clasa de recomandare I)***
* Frecvenţa controlului de laborator poate fi corijată fiecare 24 ore, dacă sunt semne că hemoragia s-a stopat definitiv. ***(clasa de recomandare IIa)***
* La expirarea perioadei acute a hemoragiei (3-5 zile) controlul Hb şi a Ht se poate de efectuat de două ori sau o dată în 24 ore. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

|  |
| --- |
| **Caseta 14. *Sonda nazogastrică.**** Sondajul nazogastric şi lavajul stomacului tradiţional sunt considerate măsuri standard în diagnosticul şi tratamentul hemoragiilor ulceroase gastroduodenale. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Instalarea sondei nazogastrice este una dintre primele măsuri la un pacient cu hemoragie acută, spitalizat recent. Aspirarea din sondă a sângelui şi a lichidului de tip „zaţ de cafea” confirmă faptul hemoragiei şi mărturiseşte despre sediul sursei acesteia proximal de ligamentul Treitz. Totodată, aproximativ 16-20% dintre bolnavii cu hemoragie activă din ulcerul duodenal, documentată endoscopic, aveau aspirat gastric curat. Respectiv, aspiratul gastric curat nu exclude hemoragia severă şi nu trebuie utilizat ca argument pentru amânarea examinării endoscopice. ***(clasa de recomandare IIa).***
* Instalarea sondei nazogastrice prezintă nu numai o valoare diagnostică, dar şi permite preîntâmpinarea aspiraţiei pulmonare, întotdeauna posibile în perioada acută a hemoragiei. Riscul aspiraţiei pulmonare este deosebit de înalt la vârstnici şi la cei senili; la bolnavii în stare de ebrietate, la pacienţii cu ciroză hepatică. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Lavajul gastric cu soluţii reci ca gheaţa se considera ca o măsură curativă, care favorizează stoparea hemoragiei ulceroase, încetinind fluxul sangvin, provocând spasmul vascular şi reducând eliminarea sucului gastric. Însă s-a dovedit că hipotermia dereglează acţiunea factorilor de coagulare a sângelui şi inhibă sau stopează procesele de coagulare locală. Astfel, timpul de iniţiere şi durata de coagulare creşte cu 60%, iar timpul protrombinic – de 2-3 ori comparativ cu norma. Aşadar, lavajul gastric pentru realizarea hipotermiei locale s-a dovedit ineficace, şi de aceea nu se recomandă în prezent. ***(clasa de recomandare III)***
* Lavajul gastric prin sondă se utilizează şi pentru asigurarea unei vizualizări mai clare a sursei hemoragice în timpul examenului endoscopic. Conform multor recomandări, se cuvine de efectuat lavajul stomacal cu soluţie natrii chloridum sau apă simplă din robinet rece sau la temperatura camerei până la eliminarea completă a sângelui şi cheagurilor. Lavajul gastric anterior examenului endoscopic poate influenţa pozitiv majorarea numărului de gastroscopii informative şi curative în cazul UGDH. Deşi lavajul gastric în unele situaţii poate fi util, acesta nu este o procedură obligatorie de pregătire a bolnavului către endoscopie. Actualmente creşte numărul specialiştilor în endoscopie, care evită utilizarea lavajului gastric înainte de investigaţie. ***(clasa de recomandare III)***
* Totodată, aflarea de lungă durată a sondei nazogastrice poate provoca escare şi leziuni endoscopic vizibile ale mucoasei esofagului şi stomacului, şi poate favoriza declanşarea hemoragiei la bolnavii cu gastropatie portală şi coagulopatie. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.7. Gastroscopia diagnostică (FEGDS)***

***C.2.4.7.1. Pregătirea pentru examinare endoscopică primară***

|  |
| --- |
| **Caseta 15.** ***Pregătirea pentru examinare endoscopică primară.**** Pentru diminuarea influenţei stresului nemijlocit înaintea examenului endoscopic pacientului i se recomandă efectuarea unei premedicaţii intravenoase sau intramusculare cu diazepamum 10 mg (0,5%-2,0 ml) şi soluţie de Atropini sulfas 0,1% – 1 ml. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Însă, la bolnavii hemodinamic instabili nu este recomandată sedaţia intravenoasă. ***(clasa de recomandare IIb)***
* De fiecare dată este necesar de a depune efort maxim pentru a explica în detalii pacientului scopul şi necesitatea examenului, precum şi cauzele anulării premedicaţiei, pentru a contribui la ameliorarea valorii diagnostice şi inofensivitatea gastroscopiei. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Preparate prokinetice (erythromycinum\* şi metoclopramidum parenteral) pot fi administrate înainte de examenul endoscopic pacienţilor, la care se suspectă prezenţa cantităţilor semnificative de sânge în stomac şi duoden (cei cu aspiratul nasogastric pozitiv sau hematemeză activă), cu scopul îmbunătăţirii vizualizării endoscopice şi reducerii necesităţii în gastroscopie repetată. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Erythromycinum\* poate fi administrată în doza de 250 mg intravenos şi metoclopramidum 10 mg intravenos cu 30-60 de minute înainte de gastroscopie. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Lavajul nazogastric pot fi de asemenea util înainte de gastroscopia primară. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Administrarea pre-endoscopică a IPP (H2- histaminoblocantelor) în bolus reprezintă o măsură utilă la pacienţii cu risc major şi semnele clinice ale hemoragiei intense şi masive. Totodată, infuzia cu IPP nu trebuie să reţină efectuarea gastroscopiei precoce. ***(clasa de recomandare III)***
* În cazuri, când examenul endoscopic se amână sau nu poate fi efectuat, se recomandă terapia cu IPP intravenoase în doze mari pentru diminuarea riscului hemoragiei persistente. ***(clasa de recomandare III)***
* Dacă permite situaţia clinică, ghidurile sugerează efectuarea gastroscopiei primare cu sau fără hemostază endoscopică în cazul valorilor INR <2,5. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Este absolut necesară disponibilitatea atât a medicului-endoscopistului de gardă în spital (sau la domiciliu) cu experienţă în hemostază endoscopică (HE), cât şi a asistentei medicale cu experienţă în utilizarea dispozitivelor endoscopice pentru a efectua gastroscopia diagnostică şi eventual curativă pe parcursul a 24 ore / 7 zile. ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.4.7.2. Momentul efectuării gastroscopiei***

|  |
| --- |
| **Caseta 16.** ***Momentul efectuării gastroscopiei primare.*** * Se recomandă efectuarea gastroscopiei „precoce pe cât e posibil”, dar, cel puţin, pe parcursul primelor 24 ore de spitalizare a bolnavului. ***(clasa de recomandare I)***
* Examenul endoscopic precoce identifică sursa de hemoragie, prezintă o informaţie preţioasă de prognozare a probabilităţii resângerării, permite stratificarea pacienţilor în diferite grupuri de risc, asigură posibilitatea efectuării simultane a intervenţiilor endoscopice de hemostază, precum şi poate reduce necesitatea în hemotransfuzie şi durata spitalizării, inclusiv în secţia ATI. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Conform momentului de efectuare este raţională divizarea endoscopiei în cazul UGDH în trei categorii: gastroscopia de urgenţă, gastroscopia precoce şi gastroscopia amânată. ***(clasa de recomandare I)***
 |

|  |
| --- |
| **Caseta 17.** ***Gastroscopia de urgenţă.**** Gastroscopia de urgenţă se efectuează în primele 12 ore de la spitalizare. ***(clasa de recomandare I)***
* Examen endoscopic imediat la spitalizare necesită pacienţii internaţi în stare de şoc hipovolemic şi care nu pot fi stabilizaţi hemodinamic în pofida repleţiei volemice adecvate (perfuzie cu 1.000-2000 ml de cristaloide) şi/sau cu semne clinice de hemoragie continuă, precum şi cu contraindicaţiile către întreruperea tratamentului cu anticoagulanţii. ***(clasa de recomandare I)***
* La pacienţii vârstnici cu patologii asociate decompensate ar trebui să fie aplicată tactica mai specială şi mai liberă în ceea ce priveşte gastroscopia de urgenţă, deoarece acestea tolerează mai slab pierderile sangvine şi sunt mai predispuşi la dezvoltarea disfuncţiilor de organe ca rezultat al hipotoniei. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Gastroscopia în primele 6-8 ore, în general, se însoţeşte cu rata crescută de imposibilitatea vizualizării adecvate a stomacului şi duodenului, un risc mai înalt de aspiraţie pulmonară, de desaturare a oxigenului şi efectuarea frecventă a hemostazei endoscopice neargumentate. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Uneori examenul endoscopic trebuie să fie precedat de intubarea traheii şi ventilare pulmonară mecanică (în cazul vomelor sangvine abundente, la pacienţii agitaţi sau cu encefalopatie). Restabilirea respiraţiei adecvate şi stabilizare oarecare a hemodinamicii permite o posibilitate de a efectua examenul endoscopic adecvat. ***(clasa de recomandare IIa)***
* La pacienţii cu şoc hipovolemic sever incorijibil şi cu hemoragie profuză, când laparotomia pare inevitabilă, gastroscopia primară să fie efectuată în sala de operaţie. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

|  |
| --- |
| **Caseta 18.** ***Gastroscopia precoce.**** Gastroscopia precoce se efectuează la interval de 12-24 ore de la spitalizare. ***(clasa de recomandare I)***
* În majoritatea cazurilor de UGDH gastroscopia poate fi efectuată în condiţii mult mai controlate şi sigure (dar în primele 24 de ore) şi după restabilirea completă a hemodinamicii la bolnavii fără semne de hemoragie activă. ***(clasa de recomandare I)***
 |

|  |
| --- |
| **Caseta 19.** ***Gastroscopia amânată***.* Gastroscopia amânată – se efectuează mai târziu de 24 ore de la spitalizarea bolnavului. ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.4.7.3. Factorii de risc ai informativităţii reduse a gastroscopiei***

|  |
| --- |
| **Caseta 20.** ***Factorii de risc ai informativităţii reduse a gastroscopiei primare.**** Imposibilitatea vizualizării adecvate a stomacului din cauza sângelui şi cheagurilor este factorul principal, care reduce valoarea diagnostică a gastroscopiei. În prezenţa sângelui, cheagurilor şi accesului endoscopic dificil, examenul complet al sursei hemoragice este imposibil în 10-32% observaţii, fapt ce condiţionează necesitatea efectuării gastroscopiei repetate. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Şocul hipovolemic la spitalizare, instabilitatea hemodinamică sau excitarea psiho-emoţională a pacientului, toleranţa individuală joasă la examenul endoscopic sunt, de asemenea, factori de risc ai neinformativităţii gastroscopiei primare, ce conduce la reducerea considerabilă a duratei procedurii. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Endoscopia „nocturnă” este definită, ca efectuată noaptea de la 22.00 până la orele 6.00. Informativitatea joasă a endoscopiei „nocturne” este determinată de lipsa medicilor-endoscopişti cu experienţă, inaccesibilitatea frecventă la utilajul necesar, prudenţa redusă şi oboseala personalului medical. Ca urmare, se denotă o tendinţă de a evita cât e posibil endoscopiile nocturne. ***(clasa de recomandare III)***
 |

***C.2.4.7.4. Depistarea sursei hemoragiei***

|  |
| --- |
| **Caseta 21.** ***Ulcerul gastric.*** * Ulcerul gastric cronic este determinat endoscopic ca un defect rotund, oval, mai rar elipsoid sau fisurat al mucoasei, frecvent de dimensiuni mari, cu bază adâncă şi cu margini dure, abrupte. De regulă, mucoasa din jurul ulcerului este hiperemiată şi edemaţiată, pliurile adiacente sunt indurate, cu dereglarea desenului normal al acestora. ***(clasa de recomandare I)***
* După localizare ulcerele gastrice se divizează în ulcere cardiale (5%), subcardiale (10%), corporale (50%), al porţiunii antrale (30%) şi al canalului piloric (5%); situate pe curbura mică, curbura mare, peretele posterior sau anterior al stomacului. ***(clasa de recomandare IIb)***
* În conformitate cu definiţia lui E. N. Vanţean, ulcerul cardial se consideră defectul mucoasei situat nemijlocit în regiunea joncţiunii esofago-gastrice, iar cel subcardial – cu localizare la distanţa de până la 5 cm de la aceasta. ***(clasa de recomandare III)***
* Ulcerul gastric antral şi prepiloric, de regulă, nu prezintă dificultăţi în diagnostic. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Ulcerele situate proximal în corpul gastric frecvent pot fi neobservate la examenul de rutină şi se depistează mai uşor în cazul poziţionării endoscopului în retroflexie. Pentru realizarea acestei manevre, mai întâi se înaintează cu endoscopul până la regiunea prepilorică, după care cu virajul şurubului mare se arcuieşte capătul acestuia împreună cu partea optică, schimbând astfel câmpul vizual în partea opusă. În acest moment devine vizibil fundul gastric şi endoscopul care traversează cardia. Fără a schimba poziţia de retroflexie, endoscopul este extras puţin, ceea ce permite vizualizarea clară a regiunii cardiale şi subcardiale, precum şi fundul gastric, considerat anterior „zonă moartă”. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Ulcerul în unghiul gastric este de asemenea mai comod de vizualizat în retroflexie incompletă, de circa 90°. În cazul accesului direct defectul ulceros frecvent este ascuns de pliurile mucoasei ale unghiului gastric. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Diamentrul ulcerului poate fi estimat prin utilizarea unui dispozitiv endoscopic cu dimensiuni cunoscute, cum ar o pensa de biopsie în poziţie deschisă, sau prin interpretarea vizuală a medicului-endoscopist. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

|  |
| --- |
| **Caseta 22.** ***Ulcerul duodenal.**** Ulcerul cronic duodenal preponderent are o formă neregulată – poligonală sau fisurată, bază acoperită cu membrană galbenă, marginile edemaţiate, neregulate, cu proeminări granulare. De obicei se constată o deformare a canalului piloric şi a bulbului duodenal de diferit grad. ***(clasa de recomandare I)***
* Conform datelor endoscopice ulcerul cronic hemoragic se situează pe semicircumferinţa anterioară a bulbului duodenal (40%), pe peretele posterior (40%), lateral (10%) şi medial (10%). Ulcerele bulbului duodenal „în oglindă” se depistează în 20% cazuri. În acest caz doar unul dintre defectele ulceroase este responsabil de hemoragie. Ulcerul semicircular, care cuprinde trei pereţi ai duodenului, este depistat în 1% observaţii, iar cel circular – în 1%. La 2% dintre bolnavi ulcerul are localizare în porţiunea postbulbară. Ulcerele „posterioare” într-o măsură mai mare sunt predispuse la hemoragii masive, fiind în apropierea nemijlocită de artera gastroduodenală. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Stabilirea localizării ulcerului cronic pe pereţii duodenului reprezintă o sarcină dificilă, chiar şi pentru un medic-endoscopist experimentat. Conform datelor literaturii divergenţa între localizarea anatomică a ulcerului după datele endoscopice şi cele intraoperatorii se întâlneşte în 38% cazuri. În acelaşi timp, toate ulcerele duodenale, descrise ca anterioare, s-au dovedit a fi localizate pe peretele posterior, sau circulare, care implică şi peretele anterior, şi peretele posterior. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Dificultăţile în aprecierea localizării anatomice a ulcerului în duoden se explică prin următorii factori: variaţii semnificative ale anatomiei regiunii piloroduodenale; poziţia diversă a endoscopistului (şi endoscopului) în timpul investigaţiei; capacitatea endoscopului de a se rota de sinestătător şi neobservat pentru medic-endoscopist în momentul trecerii prin pilorul deformat; deformarea cicatricială pronunţată condiţionată de evoluţia cronică a bolii ulceroase sau de intervenţia chirurgicală suportată. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.7.5. Stigmatele hemoragiei ulceroase***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Caseta 23.** ***Stigmatele hemoragiei ulceroase.**** În baza UGDH la examenul endoscopic se determină aşa numitele stigmate (sau semne) ale hemoragiei. Acestea reprezintă semnele endoscopice, care permit de a stabili este oare leziunea vizualizată în endoscop sursă de hemoragie, de a aprecia activitatea hemoragiei şi de a stabili gradul de risc al resângerării. ***(clasa de recomandare Ia)***
* Stigmatele hemoragiei sunt sistematizate în 6 tipuri în corespundere cu particularităţile vizuale şi de pronostic ale acestora: (1) Hemoragia în jet (pulsatilă); (2) Prelingerea sângelui (hemoragie „în pânză”); (3) Vas vizibil nehemoragic; (4) Cheag aderat; (5) Puncte plate colorate; şi (6) Baza curată a ulcerului. ***(clasa de recomandare I)***
* Stigmatele hemoragiei se divizează în cele cu risc înalt (hemoragie pulsatilă, prelingerea sângelui, vas vizibil nehemoragic şi cheag aderat) şi cu risc scăzut (puncte plate colorate şi baza curată a ulcerului). ***(clasa de recomandare IIa)***

**Tabelul 4. Clasificarea modificată a activităţii hemoragiei ulceroase gastroduodenale după Forrest. *(clasa de recomandare I)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activitatea hemoragiei ulceroase** | **Gradul de risc** | **Caracteristica endoscopică** |
| Forrest I – hemoragie activă | IA | Stigmatele cu risc înalt | Hemoragie pulsatilă în jet din vas vizibil |
| IB | Prelingerea sângelui (hemoragie „în pânză”) de pe suprafaţa defectului sau de sub cheag |
| Forrest II – hemoragie stopată recent | IIA | Vas vizibil nehemoragic |
| IIB | Cheag aderat |
| IIC | Stigmatele cu risc scăzut | Puncte plate roşii şi negre |
| Forrest III – lipsa semnelor de hemoragie | III | Baza curată a ulcerului |

* Se recomandă utilizarea clasificării Forrest la toţi pacienţii cu UGDH pentru a diferenţia stigmatele endoscopice cu risc scăzut şi cu risc înalt, şi documentarea obligatorie a rezultatului în protocolul investigaţiei endoscopice şi în diagnosticul clinic. ***(clasa de recomandare I)***
* Datele clinice relevă evoluţia naturală a stigmatelor endoscopice cu rate de resângerare (fără terapia endoscopică locală) de 90-100% – pentru Forrest IA, 10-27% – pentru Forrest IB, >50% – pentru Forrest IIA, 8-35% – pentru Forrest IIB, 10% – pentru Forrest IIC şi <5% – pentru Forrest III. ***(clasa de recomandare IIa)***
* În plus, mai multe metode suplimentare au fost propuse pentru îmbunătăţirea stratificării endoscopice a riscului stigmatei hemoragice în ulcerul GD, cum ar fi ultrasonografia endoscopică Doppler, endoscopia amplificată şi cromendoscopia. Însă, ghidurile internaţionale nu recomandă utilizarea de rutină a acestor metode pentru evaluarea stigmatelor endoscopice ale hemoragiei în UGD. ***(clasa de recomandare III)***
 |

***C.2.4.8. Prognosticul episodului hemoragic***

***C.2.4.8.1. Aprecierea pronosticului***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Caseta 24.** ***Aprecierea pronosticului.**** Aproximativ 70-80% dintre hemoragiile ulceroase GD se stopează spontan. Atenţia trebuie să fie focusată la acei bolnavi, care continue să sângereze şi la cei, care prezintă risc înalt de RH şi a mortalităţii. ***(clasa de recomandare I)***
* Particularitate comună a sistemelor existente de prognozare a RH este includerea în acestea datelor clinice şi endoscopice. ***(clasa de recomandare I)***

Scorul Glasgow-Blatchford încorporează semnele vitale, valorile de laborator şi comorbidităţile pacienţilor. Scorul este validat pentru a ajuta să prezică risc înalt şi risc scăzut de resângerare şi mortalitate. ***(clasa de recomandare IIa)*****Тabelul 5. Scorul Glasgow-Blatchford de prognozarea recidivei hemoragiei şi a mortalităţii. *(clasa de recomandare IIa)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicatorii** | **Valoarea punctajului** |
| Uree serică (mmol/l) |
| 6,5-7,9 | 2 |
| 8-9,9 | 3 |
| 10-24,9 | 4 |
| ≥25 | 6 |
| Hemoglobina (g/l) la bărbaţi |
| 120-130 | 1 |
| 100-120 | 3 |
| <100 | 6 |
| Hemoglobina (g/l) la femei |
| 100-120 | 1 |
| ≤100 | 6 |
| TAsis (mm Hg) |
| 100-109 | 1 |
| 90-99 | 2 |
| <90 | 3 |
| Alte variabilităţi de risc |
| Puls ≥100 băt/min | 1 |
| Melena  | 1 |
| Stare de colaps (sincopă) | 2 |
| Boala hepatică | 2 |
| Insuficienţă cardiacă | 2 |

***Notă:*** Scorul Glasgow-Blatchford >0 are o sensibilitate 99-100% pentru identificarea hemoragiei ulceroase GD severe. Specificitate scorului este scăzută (4-44%), dar din punct de vedere clinic este mai importantă identificarea bolnavilor cu UGDH cu risc înalt. Determinarea pacienţilor cu risc scăzut (scorul Glasgow-Blatchford = 0) permite externare precoce şi sigură a 16-25% din toţi pacienţii cu UGDH spitalizaţi. **Тabelul 6. Scorul Rockall de prognozarea recidivei HDS şi a mortalităţii. *(clasa de recomandare IIa)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicele** | **Numărul de puncte** |
| **0** | **1** | **2** | **3** |
| Vârsta (ani) | <60 | 60-80 | >80 | - |
| Şoc | „Şocul lipseşte”: Ps <100 băt/min + TAsis ≥100 mm Hg | „Tahicardia”: Ps ≥100 băt/min + TAsis ≥100 mm Hg | „Hipotonia”: Ps ≥100 băt/min + TAsis <100 mm Hg | - |
| Maladiile concomitente | Fără patologie concomitentă severă | - | Insuficienţa cardiacă, boala ischemică a cordului | Insuficienţa renală, hepatică, maladii neoplazice cu diseminare |
| Diagnosticul | Sindromul Mallory-Weiss | Toate alte diagnostice (inclusiv UGDH) | Formaţiuni neoplazice | - |
| Stigmatele hemoragice | Absente sau numai puncte negre plate | - | Cheag aderat, vas vizibil nehemoragic, hemoragie activă | - |

* Scorul Rockall prevede aprecierea probabilităţii resângerării şi letalităţii cu indicii stabiliţi procentual pentru fiecare sumă de puncte. ***(clasa de recomandare IIa)***

**Тabelul 7. Aprecierea gradului de risc al resângerării şi al mortalităţii conform scorului Rockall. *(clasa de recomandare IIa)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Suma de puncte conform scorului Rockall** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **≥8** |
| Recidiva hemoragiei | 5% | 3% | 5% | 11% | 14% | 23% | 33% | 44% | 42% |
| Mortalitatea  | 0% | 0% | 0,2% | 3% | 5% | 11% | 17% | 27% | 41% |

* Scorul Baylor permite aprecierea datelor obiective, obţinute până şi în cadrul gastroscopiei. Scor preendoscopic este bazat pe datele vârstei pacientului, numărul şi severitatea maladiilor concomitente. Scorul endoscopic include aprecierea localizării sursei şi a stigmatelor hemoragice. ***(clasa de recomandare IIa)***

**Tabelul 8. Scorul Baylor de prognozare a resângerării HDS. *(clasa de recomandare IIa)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numărul de puncte** | **Scorul preendoscopic** | **Scorul endoscopic** |
| Vârsta (ani) | Numărul maladiilor concomitente | Caracteristica patologiei concomitente | Localizarea sursei de hemoragie | Stigmata de hemoragie |
| 0 | <30 | 0 | - | - | - |
| 1 | 30-49 | 1 sau 2 | - | - | Cheag |
| 2 | 50-59 | - | - | - | - |
| 3 | 60-69 | - | - | - | Vas vizibil |
| 4 | - | 3 sau 4 | Cronică | Peretele duodenal posterior | - |
| 5 | ≥70 | 5 | Acută  | - | Hemoragie activă |

* Prognozarea RH se efectuează în baza calculării sumei de puncte a scorurilor preendoscopic şi postendoscopic. Totodată, scorul postendoscpic constituie sumarul scorurilor preendoscopic şi endoscopic. Bolnavii cu un sumar al scorului preendoscopic ≤5 şi a celui postendoscopic ≤10 se atribuie la grupul cu risc redus al RH, pe când bolnavii cu suma de puncte al scorului preendoscopic >5 şi a celui postendoscopic >10 prezintă un risc major al hemoragiei ulceroase repetate. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Ghidurile internaţionale recomandă documentarea rezultatelor stratificării riscului recidivei hemoragiei şi a mortalităţii conform scorului utilizat (Glasgow-Blatchford, Rockall, Baylor) în fişa medicală a pacientului cu UGDH. ***(clasa de recomandare IIb)***
* În baza factorilor clinici şi endoscopici pacienţii pot fi clasificaţi în două loturi – cu risc înalt şi risc scăzut de resângerare, intervenţie chirurgicală şi mortalitate. Pacienţii cu risc înalt vor fi spitalizaţi în secţia de terapie intensivă sau reanimare, iar pacienţii cu risc scăzut după gastroscopie diagnostică vor fi spitalizaţi în secţie de chirurgie. ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.4.9. Terapia endoscopică***

***C.2.4.9.1. Indicaţiile către hemostaza endoscopică***

|  |
| --- |
| **Caseta 25.** ***Indicaţiile către hemostaza endoscopică.**** Estimarea vizuală a stigmatei în baza ulcerului hemoragic la gastroscopie este un argument suficient pentru aprecierea indicaţilor justificate către hemostaza endoscopică (HE). ***(clasa de recomandare I)***
* Terapia endoscopică este indicată tuturor bolnavilor cu stigmatele cu risc înalt în UGDH: hemoragie activă (Forrest IA, IB) şi vas vizibil nehemoragic (Forrest IIA). ***(clasa de recomandare I)***
* Beneficiile terapiei endoscopice pentru pacienţii cu stigmatele cu risc înalt au fost confirmate într-o meta-analiză recentă, care demonstrează superioritatea tratamentului endoscopic faţă de farmacoterapie (IPP intravenoase în doze mari), privitor la resângerare, necesitate în intervenţie chirurgicală şi mortalitate. ***(clasa de recomandare I)***
* Unul din scopurile gastroscopiei terapeutice în hemoragia ulceroasă activă este temporizarea operaţiei imediate, însoţită de letalitate înaltă, în operaţie amânată sau, în general, eliminarea necesităţii în tratament chirurgical. ***(clasa de recomandare IIb)***
* HE este eficace şi permite stoparea hemoragiei active la 80-95% dintre pacienţii cu hemoragii din ulcerul GD. ***(clasa de recomandare I)***
* Managementul optim al bolnavilor cu cheag aderat (Forrest IIB) nu este definitivat. Pe de o parte cheagul aderat poate ascunde alte stigmate în ulcer şi poate îngreuia aplicarea HE. Se recomandă înlăturarea agresivă a cheagului aderat de pe suprafaţa ulcerului (cu jetul de apă sub presiune, prin deplasarea mecanică cu vârful endoscopului, cu pensa pentru biopsie sau cu laţul pentru polipectomie), ceea ce se asociază cu reducerea frecvenţei resângerării (13% versus 34% - la pacienţii fără înlăturarea cheagului), deoarece permite vizualizarea clară a stigmatei responsabile de hemoragie şi aplicarea, după indicaţii, a tratamentului endoscopic hemostatic. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Totodată, meta-analiză recentă nu a demonstrat beneficiile semnificative ale terapiei endoscopice în cazul cheagului aderat în ceea ce priveşte resângerarea, necesitatea în intervenţie chirurgicală sau mortalitatea şi, ca urmare, nu recomandă efectuarea HE. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Utilizarea HE la bolnavii cu stigmate cu risc scăzut ale hemoragiei recente (Forrest IIC) sau cu baza curată a UGD (Forrest II) nu se recomandă. Aceşti pacienţii pot fi trataţi cu succes numai cu preparate antisecretorii. ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.4.9.2. Metodele hemostazei endoscopice***

Metodele existente de terapie endoscopică se divizează în patru grupe mari (termice, injecţionale, mecanice şi topice), în funcţie de principiul fizic de stopare a hemoragiei.

***C.2.4.9.2.1. Metodele termice de hemostază endoscopică***

|  |
| --- |
| **Caseta 26.** ***Metodele termice de hemostază endoscopică.***Electrocoagularea monopolară şi bipolară, termosonda, coagularea cu argon-plasmă, fotocoagularea Nd-YAG laser. Terapia termică utilizează aplicarea căldurii sau curentului electric către stigmata hemoragică, care rezultă în coagularea vaselor şi obţinerea hemostazei. Metodele termice pot fi împărţite în cele de contact (electrocoagulare sau termosonda) şi tehnici non-contacte (laser, argon-plasma).* **Electrocoagularea monopolară şi bipolară** reprezintă cele mai frecvente metode utilizate de hemostază termică în cazul HDS. Avantajul comun al acestor metode este eficacitatea şi posibilitatea de a asocia irigarea, tamponarea temporară a punctului hemoragic şi coagularea în timpul HE. Energia curentului electric se transformă în căldură şi majorează temperatura în punctul de contact cu ţesuturile până la 60-100˚C, conducând la destrucţia termică – coagulare. Totodată, durata acţiunii termice nu poate fi standardizată, se apreciază subiectiv şi este periculoasă din cauza leziunii necontrolate a ţesuturilor, ce poate duce la perforaţia peretelui gastroduodenal. Electrocoagulare este optimală când se utilizează sondele cu diametru mare (10F sau 3,2 mm), cu presiune constantă asupra leziunii hemoragice şi aplicarea electrocoagulării cu energie redusă (15W) timp de 10-12 secunde până la coagulare adecvată a stigmatei. ***(clasa de recomandare IIa)***
* **Termosonda** foloseşte asocierea presiunii directe şi acţiunii termice pentru realizarea hemostazei în sursa UGDH. Termosonda poate fi aplicată tangenţial, ceea ce permite realizarea accesului endoscopic către majoritatea zonelor anatomice ale stomacului şi duodenului. Avantajele termosondei sunt considerate portativitatea suficientă şi acţiunea limitată de alterare a ţesuturilor. ***(clasa de recomandare IIb)***
* **Fotocoagularea cu laser.** Sunt utilizate două tipuri de laser pentru tratamentul endoscopic al hemoragiilor digestive: cu argon şi Nd-YAG (neodymium yttrium aluminium garnet). Utilizarea laserului este limitată de lipsa portativităţii şi necesitatea transportării pacientului în încăpere specială, preţul înalt, necesitatea unei experienţe speciale şi a aparatajului de protecţie pentru ochi. ***(clasa de recomandare IIb)***
* **Coagularea cu argon-plasmă** este o metodă de electrocoagulare fără contact, care utilizează curent monopolar de frecvenţă înaltă, aplicat către ţesut prin gazul ionizat de argon (plasmă de argon). Fluxul de electroni trecut prin gazul ionizat activat de argon produce coagularea ţesuturilor. Distanţa de lucru de la electrod până la ţesut variază de la 2 până 8 mm. Deoarece argon-plasmă coagulează nesatisfăcător ţesuturile prin stratul de lichid, suprafaţa sursei hemoragice trebuie să fie liberă de sânge. Prin urmare, eficacitatea coagulării cu argon-plasmă în cazul hemoragiei active este dubioasă şi nu se recomandă. ***(clasa de recomandare III)***
 |

***C.2.4.9.2.2. Metodele injecţionale de hemostază endoscopică***

|  |
| --- |
| **Caseta 27.** ***Metodele injecţionale de hemostază endoscopică.***Polidocanolum\*, Spiritus aethylicus, epinephrinum (adrenalina), glucosum, natrii chloridum (soluţia fiziologică), trombina, adezivul fibrinic, cianoacrilatul.* Terapia endoscopică injecţională în UGDH a devenit metoda curativă principală în multe centre din cauza uşurinţei de utilizare în condiţii de urgenţă, necesităţii un număr minimal de inventar şi preţului scăzut. Din punct de vedere tehnic HE injecţională este cea mai simplă, uşoară în însuşire şi în implementare. ***(clasa de recomandare I)***
* Teoretic, mecanismele de acţiune hemostatică a procedeelor injecţionale sunt diverse. Acestea includ: tamponarea mecanică *natrii chloridum*, vasoconstricţia (*epinephrinum – adrenalină*), scleroza Spiritus aethylicus şi Polidocanolum\*), deshidratarea tisulară (*Spiritus aethylicus şi ethanolamine oleate*) şi stimularea trombogenezei (trombină, fibrină, adeziv fibrinic). Însă, efectul hemostatic iniţial întotdeauna este condiţionat de edemul tisular şi tamponada vasului lezat în ulcer. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Injecţiile cu agentul hemostatic trebuie efectuate paravasal, la distanţa de 1-2 mm de la stigmata hemoragică vizualizată (de obicei, în 4 cadrane în jurul bazei ulcerului, cu sau fără injecţii în centrul leziunii ulceroase), evitând introducerea intraarterială a preparatului. În cazul injecţiilor endoscopice se realizează efectul precoce (tamponada vasului sângerând) şi tardiv (activarea procesului de coagulare locală, sclerozare tisulară cu tromboza ulterioară a arterei). ***(clasa de recomandare IIa)***
* *Epinephrinum (adrenalina)* pentru hemostaza injecţională se utilizează ca soluţie standard de 0,18% - 1 ml şi se dizolvă în 8-10 ml *natrii chloridum* înainte de aplicare. Într-un ml de soluţie de *epinephrinum (adrenalină)* se conţin 1,82 mg *epinephrinum hidrotartrat*. Nu se recomandă utilizarea injecţiilor cu epinefrină în calitate de monoterapie endoscopică. În cazul aplicării, epinefrină trebuie combinată cu a doua modalitate de HE (termică de contact, terapia mecanică sau injectarea unui agent sclerozant sau trombogen). ***(clasa de recomandare I)***
* Se recomandă limitarea volumului de *Spiritus aethylicus* introdus până la 0,1-0,2 ml la fiecare injecţie, şi o cantitate de substanţă până la 2 ml la o sesiune endoscopică. Totuşi, datorită datelor privind necroza fatală şi existenţa metodelor alternative eficiente, tratamentul prin injectare cu medicamente sclerozante nu mai este recomandat pentru UGDH. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Pulberea uscată de trombină umană liofilizată, eliberată în flacoane în doză 125 UI sau 250 UI, se dizolvă nemijlocit înainte de utilizare din contul 50 UI la 1 ml apă pentru injecţii sau natrii chloridum sterilă. Doza standard recomandată de preparat pentru o sesiune de hemostază prin injectare constituie 250 UI. Însă la necesitate aceasta poate fi majorată cu siguranţă până la 375 UI şi 500 UI. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.9.2.3. Metodele mecanice de hemostază endoscopică***

|  |
| --- |
| **Caseta 28.** ***Metodele mecanice de hemostază endoscopică.***Clipsele hemostatice şi ligaturarea endoscopică. * Clipse hemostatice. Mecanismul de acţiune al hemoclipsei constă în compresie mecanică a vasului în ulcer, întreruperea fluxului sangvin şi activarea proceselor de coagulare locală. Retracţia clipsei deschide branşele acesteia la distanţa 5-6 mm. Prin manipulările rotatorului orientarea branşelor clipsei poate fi modificată. Ulterior, la alunecarea retractorului înapoi are loc comprimarea branşelor clipsei pe stigmata hemoragică. La necesitatea aplicării celei de-a doua clipsă, aplicatorul se extrage complet din canalul de lucru al endoscopului pentru reîncărcare. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Metoda de clipsare endoscopică dispune de multe avantaje: (1) Acţiunea se realizează izolat pe vasul sângerând şi nu poartă pericol de lezare a straturilor peretelui gastroduodenal; (2) Nu există limite în numărul clipselor aplicate în timpul şedinţei endoscopice; (3) Principiul mecanic al metodei contribuie la întreruperea sigură a fluxului sangvin. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Totodată, hemoclipsele pot să nu comprime vasul, când acestea se utilizează în ulcerele cu bază fibroasă dură, precum şi în cazul accesului tangenţial către sursa hemoragică (peretele posterior al bulbului duodenal) sau în poziţia de retroflexie a endoscopului. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Ligaturarea endoscopică reprezintă o metodă, elaborată pentru tratamentul hemoragiilor din venele esofagiene dilatate, dar uneori poate fi utilizată în cazul UGDH de dimensiuni mici. În cazul ulcerelor mari cu bază fibroasă ligaturarea nu poate fi efectuată, deoarece sursa de hemoragie nu poate fi aspirată în cilindrul dispozitivului endoscopic. ***(clasa de recomandare III)***
 |

***C.2.4.9.2.4. Metodele topice de hemostază endoscopică***

|  |
| --- |
| **Caseta 29.** ***Metodele topice de hemostază endoscopică.***Utilizarea peliculelor de polimeri, prafului hemostatic, caprofier, irigarea UGDH cu apă rece sau cu diferiţi agenţi vasoactivi sau chimici.* Polimerele filmante (Statizol®, Gastrozol®, Lifuzol®)\* sunt aplicate pe suprafaţa ulcerului hemoragic prin intermediul cateterului endoscopic. Mecanismul de acţiune hemostatică este bazat pe obliterarea parţială a vasului hemoragic şi izolarea defectului mucoasei de factorii agresivi ai conţinutului gastric. ***(clasa de recomandare III)***
* Irigarea UGDH cu caprofier impune coagularea chimică a hemului cu fier triclorat şi creşterea activităţii tromboplastice tisulare. La interacţiunea caprofierului şi sângelui se formează un cheag sangvin, care se fixează etanş de suprafaţa leziunii şi previne resângerarea. ***(clasa de recomandare III)***
* Recent, prafurile hemostatice topice, cum ar fi Ankaferd Blood Stopper (ABS), EndoClot şi TC-325 au fost introduse în arsenalul endoscopiei curative în cazul HDS. ***(clasa de recomandare IIb)***
* ABS (Ankaferd Health Products Ltd, Istanbul, Turcia) este un extract din 5 plante, care realizează hemostază prin promovarea formării unei reţele proteice cu agregarea ulterioară a eritrocitelor. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Praf hemostatic EndoClot (EndoClot Plus, Inc, Santa Clara, SUA) este compus dintr-un compus derivat biocompatibil şi non-pirogenic. Efectuează hemostază prin tamponada mecanică şi absorbţia rapidă a apei din ser, conducând la concentrarea trombocitelor şi a factorilor de coagulare şi, prin urmare, la accelerarea cascadei de coagulare locală. ***(clasa de recomandare IIb)***
* TC-325 (Hemospray, Cook Medical, Winston-Salem, SUA) este compus dintr-o pulbere inertă, anorganică, care, atunci când este pusă în contact cu umiditatea în tractul GI, devine coerentă, servind astfel ca o barieră mecanică pentru hemostază ***(clasa de recomandare IIb)***
* Deşi metodele topice sunt inofensive, acestea nu influenţează fluxul arterial în vasul la baza UGDH nu sunt eficace pentru hemostază arterială şi, ca urmare, utilizarea lor nu este recomandată. ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.4.9.3. Hemostaza endoscopică combinată***

|  |
| --- |
| **Caseta 30.** ***Terapia endoscopică combinată.**** Aplicarea combinată a metodelor injecţionale şi termice devine larg răspândită şi se apropie de a fi acceptată ca metodă standard. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Cu toate că utilizarea combinată a diferitor metode endoscopice în cazul UGDH se practică destul de larg, cercetări care ar reflecta eficacitatea acestei practici şi ar demonstra priorităţile faţă de monoterapie sunt destul de puţine. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.9.4. Insuccesul hemostazei endoscopice***

|  |
| --- |
| **Caseta 31.** ***Insuccesul hemostazei endoscopice.**** Hemostaza endoscopică este nereuşită în 15-30%, inclusiv în cazurile de hemoragie persistentă şi recurentă. Insuccesul hemostazei se însoţeşte de o înrăutăţire a rezultatelor tratamentului pacienţilor cu UGDH. ***(clasa de recomandare I)***

**Factorii asociaţi cu HE nereuşită includ cele pre-endoscopici şi endoscopici**: * Vârsta pacientului peste 65 ani. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Şoc sau instabilitatea hemodinamică la spitalizare. ***(clasa de recomandare I)***
* Patologia concomitentă severă, în special patologiile hepatice de gravitate medie şi grave. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Scorul APACHE II (*engl.* *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*) ≥ 11. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Necesitatea în hemotransfuzie şi hemoglobina sub 100 g/l. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Sânge proaspăt şi cheaguri în stomac la gastroscopie. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Hemoragia arterială activă (Forrest IA) la gastroscopie primară. ***(clasa de recomandare I)***
* Vas vizibil nehemoragic (Forrest IIA) de dimensiuni mari la gastroscopie primară. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Localizarea ulcerului hemoragic pe curbura mică în cardia şi subcardia gastrică, sau pe peretele posterior al duodenului. Ulcerul acestor regiuni deseori erodează arterii mari: complexul arterei gastroduodenale şi artera gastrică stângă sau ramurile acesteia. Diametrul acestor artere deseori depăşeşte posibilităţile hemostatice ale dispozitivelor endoscopice contemporane. ***(clasa de recomandare I)***
* Diametrul ulcerului ≥2,0 cm. ***(clasa de recomandare I)***
* Imposibilitatea utilizării IPP după hemostaza endoscopică iniţial reuşită. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Necesitatea administrării anticoagulantelor directe sau indirecte după hemostaza endoscopică.***(clasa de recomandare IIb)***
* Factorii endoscopici ai insuccesului hemostazei nu poartă un caracter absolut. În marea majoritate aceştia sunt determinaţi de abordul nesatisfăcător către ulcer gastroduodenal sau de vizualizarea limitată a stigmatei hemoragice, iar influenţa negativă a acestora poate fi redusă prin perfectarea tehnicii endoscopiei curative. ***(clasa de recomandare III)***
 |

***C.2.4.9.5. Endoscopia second-look***

|  |
| --- |
| **Caseta 32.** ***Endoscopia second-look.**** Gastroscopia programată repetată (endoscopia second-look) se efectuează la bolnavii cu hemostază în ulcer deja obţinută, şi în caz de necesitate poate fi completată cu HE repetată. ***(clasa de recomandare I)***
* Gastroscopia second-look se recomandă de realizat selectiv la pacienţii, care prezintă probabilitate înaltă a resângerării şi pronostic rezervat, precum şi grad major al riscului operator. ***(clasa de recomandare I)***
* Totodată, valoarea clinică a terapiei endoscopice repetate după hemostaza primară rămâne neclară. De aceea până în prezent în practica mondială endoscopia second-look nu este o măsură curativă de rutină şi indicaţiile de efectuare a acesteia nu sunt standardizate, fiind determinate individual în fiecare caz în parte. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Momentul efectuării endoscopiei second-look, de asemenea, nu este standardizat în ghidurile internaţionale. Se recomandă de a utiliza endoscopia second-look în perioada de 24 ore după şedinţa gastroscopică primară. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Tratamentul endoscopic repetat se consideră raţional şi se efectuează la vizualizarea stigmatelor hemoragice majore (cu risc înalt), păstrate în defect ulceros. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Utilizarea gastroscopiei second-look cu HE repetată s-a însoţit de reducerea semnificativă a frecvenţei resângerării şi ameliorarea altor rezultate ale tratamentului comparativ cu controlul. ***(clasa de recomandare III)***
* În acelaşi timp, utilizarea de rutină a gastroscopiei second-look nu se recomandă, deoarece aceasta poate conduce potenţial la majorarea numărului de sesiuni endoscopice neargumentate şi creşterea costurilor tratamentului. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.10. Complicațiile gastroscopiei diagnostico-curative***

***C.2.4.10.1. Complicaţiile gastroscopiei diagnostice***

|  |
| --- |
| **Caseta 33.** ***Complicaţiile gastroscopiei diagnostice.**** Complicaţiile endoscopiei cu pericol vital continuă să se dezvolte cu o frecvenţă de la 1 la 1.000 până la 1 la 3.000 investigaţii. ***(clasa de recomandare I)***
* Mortalitatea, condiţionată de investigaţia gastroscopică şi/sau hemostază la bolnavii cu UGDH, variază de la un caz la 3.000 investigaţii până la 1 la 16.000. ***(clasa de recomandare I)***
* Complicaţiile apărute în cadrul şedinţei endoscopice sunt divizate în cardio-pulmonare şi cele locale, legate cu procedeul hemostatic. ***(clasa de recomandare I)***

**Complicaţiile cardio-pulmonare ale gastroscopiei**Dereglările cardio-pulmonare constituie, cel puţin, o jumătate dintre complicaţiile ale gastroscopiei. Acestea se divizează în trei grupe mari: (1) aspiraţia pulmonară, (2) aritmia cardiacă şi infarctul şi (3) dereglările condiţionate de administrarea preparatelor medicamentoase. * **Aspiraţia pulmonară.** Aspiraţia pulmonară poate fi cauzată de salivă, conţinut gastric sau sânge. Aspiraţia pulmonară poate fi condiţionată şi de acţiunea premedicaţiei cu diazepamum sau diazepamum cu atropini sulfas, sau anesteziei locale, administrate înainte gastroscopiei. Astfel, anestezia locală cu spray de Lidocainum împiedică glutiţia şi dereglează coordinaţia faringelui. Introducerea Diazepamum intramuscular şi, îndeosebi, intravenos inhibă pe 5-10 minute reflexul de închidere a laringelui, provoacă depresia respiratorie şi, ca consecinţă – hipoxia şi hipercapnia, precum şi conduce la inhibarea sistemului nervos central. Totodată influenţa protectore a atropini sulfas este minimală. ***(clasa de recomandare IIa)***
* **Aritmia cardiacă şi infarctul miocardic.** Schimbările electrocardiografice pot fi depistate la 36% dintre bolnavii supuşi examenului gastroscopic. La pacienţii cu patologie cardiacă modificările pe ECG se manifestă mai frecvent (45%). Frecvenţa modificărilor ECG se măreşte la introducerea endoscopului şi devine maximală în cadrul efectuării investigaţiei. Aritmia marcată şi stenocardia se denotă uneori, iar stopul cardiac sau infarctul miocardic – excluziv de rar, însă, de regulă, sunt fatale. Gradul modificărilor pe ECG poate depinde de nivelul hipoxiei. Este stabilit că parametrii pO2 arterial se reduc cu 15-20% îndată după premedicaţie şi rămân la acest nivel inclusiv până la finisarea procedurii endoscopice. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.10.2. Gastroscopia diagnostico-curativă la pacienţii cu patologie cardiacă***

|  |
| --- |
| **Caseta 34.** ***Efectuarea gastroscopiei diagnostico-curative la pacienţii cu patologie cardiacă.*** * Înainte de gastroscopie la toţi bolnavii trebuie efectuată ECG de control. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Pacienţilor cu patologie cardio-vasculară severă şi hemoragie activă obligatoriu este necesar monitoring-ul cardiac pe parcursul investigaţiei endoscopice. ***(clasa de recomandare IIa)***
* La bolnavii din grupul cu risc major gastroscopia se cuvine de efectuat în condiţii de terapie intensivă, unde la necesitate este accesibil suportul reanimatologic. ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.4.10.3. Complicaţiile locale ale hemostazei endoscopice***

|  |
| --- |
| **Caseta 35.** ***Complicaţiile locale ale hemostazei endoscopice.**** **Hemoragia gastroduodenală indusă** (frecvenţă – 0,4-0,7%). Cauzele includ rupturile mucoasei joncţiunii esofago-gastrice (sindromul Mallory-Weiss), biopsia din ulcerele şi hemoragiile de contact în timpul efectuării HE. Pentru preîntâmpinarea înainte de gastroscopie sunt necesare examinarea indicilor coagulogramei şi amânarea prelevării biopsiei din ulcere în perioada acută a hemoragiei. ***(clasa de recomandare I)***
* **Perforaţia peretelui gastrointestinal** (0,7-0,9%). Aproximativ două treimi din perforaţii în cazul gastroscopiei diagnostice se întâmplă în esofag, şi sunt cauzate de tehnica brutală de examinare, maladiile coloanei vertebrale şi patologia esofagului (diverticulul Zenker, stricturile benigne etc.). Perforaţia survine mai frecvent la utilizarea laserului, termosondei şi coagulării. Nu au fost raportate complicaţii perforative legate de aplicarea hemoclipselor. Utilizarea repetată a metodelor termice şi sclerozante de hemostază poate provoca daune ulterioare ţesutului deja lezat şi poate conduce la perforaţie. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.11. Recidiva hemoragiei ulceroase***

***C.2.4.11.1. Definiţia şi importanţa clinică a recidivei hemoragiei ulceroase***

|  |
| --- |
| **Caseta 36.** ***Definiția şi importanţa clinică a recidivei hemoragiei ulceroase.*** * Recidiva hemoragiei este definită ca episodul repetat de hemoragie, declanşat după stoparea iniţială a acesteia în cadrul aceleiaşi spitalizări. ***(clasa de recomandare I)***
* Resângerarea în cazul UGDH se declanşează în 20-30% cazuri, preponderent pe parcursul primelor 72 ore după stoparea iniţială a hemoragiei. ***(clasa de recomandare I)***
* Mortalitatea la bolnavii cu RH constituie 30-40% versus 4-7% la pacienţii fără recidivă. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.11.2. Criteriile diagnostice ale recidivei hemoragiei ulceroase***

|  |
| --- |
| **Caseta 37.** ***Criteriile diagnostice ale recidivei hemoragiei ulceroase.**** Apariţia sângelui proaspăt pe sonda nazogastrică sau voma cu sânge. ***(clasa de recomandare I)***
* Confirmarea endoscopică a resângerării. ***(clasa de recomandare I)***
* Melena abundentă în asociere cu şocul hipovolemic. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Hipotonia după stabilizarea iniţială a hemodinamicii: reducerea TAsis cu 20-30 mm Hg şi/sau accelerarea bruscă a frecvenţei Ps peste 100 băt/min. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Reducerea nivelului Hb cu cel puţin 20 g/l pe parcursul a 24 de ore după stabilizarea iniţială. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Necesitatea transfuziei mai mult de 4-7 unităţi de concentrat eritrocitar (CE) pe parcursul a 48-72 de ore pentru menţinerea nivelului Hb. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Lipsa normalizării ureei serice. ***(clasa de recomandare III)***
 |

***C.2.4.11.3. Caracteristicile clinice ale recidivei hemoragiei ulceroase***

|  |
| --- |
| **Caseta 38.** ***Caracteristicile clinice ale recidivei hemoragiei ulceroase.**** **Termenul de apariţie a RH**. Aproape 50% de episoadele RH survin în primele 24 ore după hemoragia primară şi mai mult de 80-90% – pe parcursul primelor 72 ore. Astfel, cel mai mare pericol al RH se menţine pe parcursul primelor 3 zile de spitalizare. ***(clasa de recomandare IIa)***
* **Importanţa hemodinamică a episodului RH**. Resângerarea hemodinamic importantă este definită ca reducerea TA sis sub 100 mm Hg în asociere cu tahicardia şi oliguria. Resângerare hemodinamic neimportantă se consideră atunci, când aceasta este confirmată evident clinic şi endoscopic, şi nu este însoţită de dereglări marcante ale hemodinamicii. ***(clasa de recomandare IIa)***
* **Recidiva hemoragică repetată** semnifica prezenţa la bolnav a două sau trei episoade de RH. Episoadele repetate de RH agravează considerabil pronosticul bolii, mărind şi mai mult necesitatea în hemotransfuzie, în tratament chirurgical de urgenţă, majorând durata de spitalizare, precum şi nivelul letalităţii la bolnavi cu UGDH. ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.4.11.4. Hemostaza endoscopică repetată în cazul resângerării***

|  |
| --- |
| **Caseta 39.** ***Hemostaza endoscopică repetată în cazul resângerării.**** În pofida HE iniţial reuşite, resângerarea survine în 15-25% cazuri şi înrăutăţeşte semnificativ pronosticul episodului hemoragiei ulceroase gastroduodenale. Aproximativ în jumătate de cazuri recidiva hemoragiei se diagnostică în primele 24 ore după şedinţa endoscopică primară, şi mai mult de 90% - pe parcursul a 96 ore. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Tactica curativă la bolnavii cu hemoragii ulceroase recidivante după HE nu este determinată definitiv. Iniţial intervenţia chirurgicală era considerată măsură salvatoare obligatorie la bolnavii cu resângerare după HE. Însă în prezent a devenit mai răspândită părerea referitoare la utilizarea terapiei endoscopice repetate, ceea ce este însoţită de rata succeselor de 73%. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Tratamentul endoscopic repetat este mai puţin efectiv în obţinerea hemostazei în ulcer GD, decât intervenţia chirurgicală, dar se însoţeşte cu un număr mai mic de complicaţii şi supravieţuirea identică. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Hemostaza repetată este o alternativă justificată şi eficace intervenţiei chirurgicale în cadrul primei resângerări din ulcerul gastroduodenal. Utilizarea gastroscopiei curative repetate se însoţeşte de o reducere a necesităţii în operaţiei de urgenţă imediată, fără majorarea riscului a complicaţiilor şi mortalităţii. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Embolizarea arterială transcateter sau intervenţia chirurgicală întotdeauna este indicată după a doua resângerare după HE, ţinând cont de eficacitatea joasă şi lipsa perspectivei terapiei endoscopice ulterioare. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.11.5. Embolizarea arterială transcateter***

|  |
| --- |
| **Caseta 40.** ***Embolizarea arterială transcateter.**** Embolizarea arterială transcateter reprezintă metoda alternativă a hemostazei în UGDH, indicată pacienţilor la care HE este nereuşită sau imposibilă. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Diferiţi emboli, inclusiv coils (spirale), adezivi, microsfere şi particule de gelatină sau combinaţia acestora, pot fi utilizaţi pentru a exclude flux arterial către UGDH. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Utilizând embolizarea arterială superselectivă de urgenţă, hemostaza în ulcerul GD poate fi obţinută la 93% din pacienţi. ***(clasa de recomandare IIb)***
* În pofida succesului tehnic al angioembolizării, hemoragie ulceroasă persistă la 24% dintre pacienţi, din cauza colateralelor vasculare abundente în zona gastroduodenală. ***(clasa de recomandare IIb)***
* În cazul când hemoragie din ulcer la momentul angiografiei este stopată, poate fi efectuată „embolizarea oarbă” bazată pe informaţie endoscopică referitor la localizarea anatomică a ulcerului. Dacă este posibil, în marginea UGDH în timpul gastroscopiei precedente trebuie plasată o hemoclipsa, facilitând astfel identificarea vasului sângerând. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Mai multe complicaţii sunt asociate cu angiografia. Complicaţiile locale, legate cu puncţia arterială includ perforaţia vasului, pseudoaneurismul şi tromboembolia distală. Ocazional, aceste complicaţii necesită embolectomie chirurgicală sau terapia cu anticoagulante sistemice, toate acestea fiind nedorite la un pacient instabil cu UGDH. Complicaţiile sistemice ale angiografiei includ, în primul rând, insuficienţa renală produsă de substanţa de contrast nefrotoxică şi este întâlnită la 10% din pacienţi. Cu scopul limitării nefropatiei induse de contrast, se recomandă utilizarea profilactică a bicarbonaţilor, N-acetilcisteinei sau şi hidratării. Spre deosebire de angioembolizarea pentru hemoragiile digestive inferioare, infarctul peretelui gastric sau duodenal şi perforaţia ischemică după embolizarea în cazul UGDH este mult mai rară. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Morbiditatea la pacienţii trataţi prin embolizarea arterială şi celor supuşi intervenţiei chirurgicale este similară, deşi bolnavii cu tratament angiografic, ca regulă, sunt mai în vârstă, cu mai multe comorbidităţi şi mai frecvent sunt trataţi cu anticoagulante. Pe de altă parte, intervenţia chirurgicală se asociază cu o rată mai scăzută de resângerare, decât embolizarea arterială transcateter. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.12. Tratamentul conservativ***

***C.2.4.12.1. Principiile terapiei intensive***

|  |
| --- |
| **Caseta 41.** ***Principiile terapiei intensive.**** Toţi pacienţii cu UGDH trebuie consideraţi potenţiali hemodinamic instabili. În perioada acută este foarte uşor de subapreciat volumul pierderii sangvine şi gravitatea hemoragiei, deoarece o multitudine de mecanisme compensatorii temporar susţin prăbuşirea tensiunii arteriale. De aceea, managementul pacientului cu hemoragie trebuie efectuat în corespundere cu principiile acceptate pentru toate stările de urgenţă, adică iniţiat cu măsuri de resuscitare. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Terapia intensivă şi investigaţiile diagnostice trebuie începute prompt şi efectuate simultan. Totodată, măsurile de resuscitare nu pot fi anulate sau temporizate din cauza manipulaţiilor diagnostice. ***(clasa de recomandare I)***
* La pacienţii hemodinamic instabili, cu semne de hemoragie activă, anemie severă şi decompensarea patologiilor concomitente tratamentul şi diagnosticul trebuie iniţiat în condiţiile secţiei ATI sau reanimare. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Pentru prevenirea aspiraţiei pulmonare transportarea pacienţilor cu UGDH la etapa de prespital sau în staţionar, trebuie efectuată în decubit lateral pe stânga cu membrul inferior drept flexat în articulaţiile coxofemurală şi a genunchiului la 90º - poziţia lui Sim. Riscul aspiraţiei este în special înalt al pacienţii cu pierdere sangvină masivă şi ciroză hepatică, la care encefalopatie se dezvoltă rapid. ***(clasa de recomandare IIa)***
* La bolnavul cu vomele sangvine abundente şi cu dereglări de conştientă ar trebui să fie pregătit pentru intubare endotraheală. ***(clasa de recomandare I)***
* La spitalizare trebuie de iniţiat o infuzie intravenoasă într-o venă sau mai bine în două vene cubitale. Diametrul acului sau al cateterului trebuie să fie maximal de mare, pentru a asigura restabilirea rapidă a volumului sângelui circulant. Mărirea diametrului cateterului de două ori permite majorarea volumului torentului de lichid prin acesta de 16 ori. ***(clasa de recomandare I)***
* Doar după cateterizarea venei periferice şi începerea terapiei infuzionale se poate de recurs la cateterizarea venei centrale. ***(clasa de recomandare I)***
* Infuzia rapidă în jet a 500-1000 ml de cristaloizi (*soluţie natrii chloridum, soluţie natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum – soluţie Ringer, Sodium lactate – soluţie Hartmann (Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum + Natrii lactas)* – este o măsură curativă iniţială standard la pacienţii cu UGDH hemodinamic semnificativ. Scopul acesteia este menţinerea TAsis la nivel de ≥90 mm Hg pentru stabilizarea circulaţiei sangvine şi pentru asigurarea unei perfuzii optimale a ţesuturilor. ***(clasa de recomandare I)***
* Compararea soluţiilor cristaloide şi coloide nu a demonstrat diferenţe statistice semnificative privitor rezultatele restabilirii acute a VSC şi parametrilor hemodinamici, şi pot fi utilizate pentru compensarea hipovolemiei până la administrarea hemotransfuziei. Totodată, deoarece coloizii pot interfera hemostaza locală în ulcer, se recomandă utilizarea preferabilă a cristaloidelor. ***(clasa de recomandare IIa)***
* În cazul, când pacientul rămâne hemodinamic instabil după infuzia a 2-3 litri de cristaloizi, este necesară hemotransfuzia. ***(clasa de recomandare I)***
* Bolnavii cu dereglări hemodinamice necesită administrarea de oxigen (în volum de 10-15 l/min) pentru a evita hipoperfuzia şi hipoxia tisulară. Dacă bolnavii au vome, oxigenarea trebuie efectuată cu ajutorul canulei nazale, în lipsa acesteia – prin masca cu oxigen. Oxigenoterapia se efectuează sub controlul pulsoximetriei, menţionând pO2 >85-90%. ***(clasa de recomandare I)***
* Eficacitatea terapiei intensive şi aprecierea volumului optim al terapiei infuzionale este evaluată prin starea hemodinamică a pacientului (frecvenţa pulsului şi nivelul TA), frecvenţa respiraţiei, parametrii pulsoximetriei, starea de conştiinţă şi nivelul diurezei orare. ***(clasa de recomandare I)***
* Monitorizarea continuă a ECG poate fi utilă. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Parametrii vitali (Ps şi TA, respiraţii, saturaţia oxigenului, diureza şi nivelul de conştienţă) sunt monitorizate la fiecare 15 minute până când pacientul sa stabilizat, şi apoi – o dată pe oră. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Este necesar de apreciat parametrii vitali după fiecare flacon (500 ml) de cristaloizi infuzaţi. Trebuie de urmărit starea plămânilor în dinamică pentru a diagnostica edemul pulmonar la timpul oportun şi prevenirea surplusului de infuzie. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.12.2. Terapia antisecretorie***

|  |
| --- |
| **Caseta 42.** ***Terapia antisecretorie.**** Crearea condiţiilor optime pentru realizarea hemostazei locale în UGDH presupune menţinerea pH-ului în corpul gastric ≥6,0. Însă cerinţele minimale, în care hemostaza este posibilă, sunt următoarele: menţinerea pH-ului intragastric ≥4 pe parcursul a cel puţin 80% din timpul nictemeral. ***(clasa de recomandare I)***
* Administrarea antisecretoarelor enterale în perioada acută a hemoragiei nu este raţională. Prezenţa sângelui şi cheagurilor în stomac, evacuarea accelerată a sângelui restant prin intestin, aspiraţia nazogastrică, lavajul gastric şi examenele endoscopice repetate sunt factori, care reduc absorbţia şi împiedică atingerea concentraţiei terapeutice a preparatului. Terapia antisecretorie trebuie iniţiată cu preparate intravenoase cu durata de cel puţin 3 zile (sau 3-5 zile), cu transfer ulterior la tratament cu medicamente perorale. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Însă pacienţii stabili şi cu stigmatele hemoragice cu risc scăzut în UGD (Forrest IIC sau Forrest III) din start pot fi trataţi cu preparate antisecretorii enterale, cu preferinţa IPP. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Antagoniştii receptorilor histaminici (H2-histaminoblocante) au fost primele preparate antisecretorii efective şi continuă să fie utilizate la bolnavii cu HDS deşi rezultatele sunt ambigue. ***(clasa de recomandare IIb)***
* În corespundere cu particularităţile farmacodinamicii sunt recomandate următoarelor doze standard ai preparatelor parenterale: *Famotidinum* – 40 mg în 24 ore (20 mg x 2 ori pe zi). ***(clasa de recomandare IIb)***
* În unele cazuri pentru o reducere sigură a acidităţii gastrice în cazul hemoragiilor dozele H2- histaminoblocantelor trebuie majorate de 1,5-2 ori comparativ cu cele recomandate standard. ***(clasa de recomandare IIb)***
* În cazul insuficienţei renale sau hepatice doza H2- histaminoblocantelor necesită recalculări şi modificări. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Activitatea antisecretorie şi eficacitatea clinică a inhibitorilor pompei protonice (IPP) în cazul hemoragiei din tractul digestiv superior este veridic mai înaltă, comparativ cu H2- histaminoblocantelor. ***(clasa de recomandare I)***
* Utilizarea IPP majorează pH-ul intragastric mai previzibil şi mai îndelungat, decât H2- histaminoblocantele. IPP inhibă aproape complet secreţie bazală şi stimulată a stomacului, reducerea secreţiei cu 60-70% după 24 ore de la administrare, iar concentraţia nu este modificată în patologiile renale sau hepatice. ***(clasa de recomandare I)***
* Se recomandă iniţierea tratamentului cu IPP bolus intravenos (40-80 mg), urmat de perfuzie continuă sau administrare fracţionată (dar cel puţin două ori pe zi) la pacienţii cu UGDH, care sunt în aşteptare examinării endoscopice. Totodată, infuzia cu IPP nu trebuie să reţine efectuarea gastroscopiei precoce. ***(clasa de recomandare I)***
* Dozele IPP utilizate la pacienţii cu UGDH sunt discutabile. În perioada acută a episodului hemoragiei ulceroase gastroduodenale la pacienţii cu stigmatele endoscopice de risc înalt după efectuarea HE se recomandă următoarele doze a IPP intravenos: *omeprazolum* – 40-60 mg în 24 ore (20 mg x 2-3 ori pe zi), *Lansoprazolum* – 30-60 mg în 24 ore (30 mg x 1-2 ori pe zi), *Pantoprazolum* – 40-60 mg în 24 ore (20 mg x 2-3 ori pe zi), E*someprazolum* – 40-60 mg în 24 ore (20 mg x 2-3 ori sau 40 mg x o dată pe zi). ***(clasa de recomandare IIb)***
* La pacienţii cu UGDH cu stigmatele endoscopice cu risc redus se recomandă administrarea preparatelor antisecretorii în doze standarde. ***(clasa de recomandare IIa)***
* În cazul HE sigure terapia antisecretorie nu influenţează exodul episodului hemoragic şi este doar un component suplimentar benefic. În contrar, rolul terapiei antisecretorii este înalt în situaţiile, când terapia endoscopică hemostatică este inadecvată sau inaccesibilă. ***(clasa de recomandare III)***
* Obţinerea rezultatelor optimale ale tratamentului UGDH la pacienţii cu risc înalt este posibilă doar la utilizarea combinată a HE şi a dozelor adecvate de preparate antisecretorii eficace. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.12.3. Hemotransfuzia***

|  |
| --- |
| **Caseta 43.** ***Hemotransfuzia.*** * Ulcerul GD hemoragic reprezintă cea mai frecventă cauză a necesităţii în transfuzie de sânge sau componentelor sangvine dintre toate HDS. ***(clasa de recomandare I)***

**Concentrat eritrocitar** * Hemotransfuzia la pacienţii cu UGDH trebuie să se efectueze conform unor indicaţii stricte şi bine determinate, contând pe obţinerea efectului maxim şi prevenirea complicaţiilor posibile. ***(clasa de recomandare I)***
* În acelaşi timp, transfuzia de sânge la pacienţii cu UGDH se efectuează nu doar pentru corecţia anemiei, ci pentru restabilirea sau menţinerea semnelor vitale. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Conform recomandărilor actuale, transfuzia concentratului eritrocitar (CE) este mereu indicată când nivelul Hb scade sub 70 g/l şi nu este recomandată la valorile Hb mai mari de 100 g/l. ***(clasa de recomandare I)***
* În cazurile valorilor intermediare (între 70 g/l şi 100 g/l) decizia se va lua în funcţie de gradul de exprimare al simptomelor hipoxiei, stabilitatea hemostazei, vârsta şi starea generală a bolnavului. ***(clasa de recomandare I)***
* Pentru pacienţii hemodinamic stabili, dar cu patologii cardiovasculare severe preexistente (boală cardiacă ischemică, accident vascular cerebral sau atac ischemic tranzitor) se recomandă iniţierea transfuziei la scăderea Hb sub nivelul 90 g/l. ***(clasa de recomandare I)***
* Altă indicaţie se considera imposibilitatea suportului hemodinamic cu alte mijloace, decât hemotransfuzia la bolnavii în perioada acută a hemoragiei ulceroase. Dacă după infuzia bolus a 2-3 litri de cristaloizi hemoragia continuă sau nu se reuşeşte restabilirea tensiunii arteriale, este indicată hemotransfuzia înainte de scăderea nivelului de Hb sub 70 g/l. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Sângele 0(I) Rh negativ poate fi utilizat iniţial, până la momentul când CE compatibil devine disponibil. ***(clasa de recomandare III)***
* Volumul necesar al transfuziei CE se determină în felul următor: după transfuzia unei doze de CE se aşteaptă creşterea nivelului Hb în mediu cu 10 g/l, iar a hematocritului – cu 2%. ***(clasa de recomandare I)***
* Efectele negative ale hemotransfuziei masive includ: coagulopatia; supraîncărcarea circuitului sangvin cu insuficienţa cardio-respiratorie sau edemul pulmonar; hiperpotasemia; hipocalciemia, alte reacţii şi complicaţii non-imune şi imune, inclusiv sindromul TRALI (*transfusion-related acute lung injury* sau leziunea acută posttransfuzională a pulmonilor). ***(clasa de recomandare IIa)***

**Concentrat trombocitar*** În prezenţa hemoragiei sau în perioada de pregătire preoperatorie concentratul trombocitar se va administra bolnavilor cu nivelul trombocitelor sub 50x109/l. ***(clasa de recomandare I)***
* Concentratul trombocitar este indicat din considerentele o doză la 10 kg corp (în mediu 6-8 doze). Fiecare doză de concentrat trombocitar trebuie să majoreze numărul trombocitelor cu 5.000-10.000 x109/l. ***(clasa de recomandare I)***

**Plasma proaspăt congelată*** Indicaţiile către transfuzia plasmei proaspăt congelate (PPC) la pacienţii cu hemoragii ulceroase sun limitate de coagulopatii, confirmate laborator: în patologiile hepatice, în caz de supradozaj cu anticoagulante, şi în faza acută a sindromului coagulării intravasculare diseminate. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Transfuzia PPC este justificată, când nivelul protrombinei scade sub 60%, sau când INR creşte peste 1,5. Actualmente, administrarea plasmei pentru compensarea VSC este considerată neraţională. ***(clasa de recomandare IIa)***

**Crioprecipitatul*** Se indică doar în hemoragiile asociate cu deficitul factorilor de coagulare şi, în primul rând, a fibrinogenului (în valorile <1 g/l). ***(clasa de recomandare IIa)***
* Doză egală cu 2 ml/kg corp, de obicei echivalentă cu o doză standard de preparat, trebuie să majoreze nivelul fibrinogenului cu 0,1 g/l. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.12.4. Alta medicaţie***

|  |
| --- |
| **Caseta 44.** ***Alta medicaţie.**** **Eradicarea H. Pylori.** Deşi infecţia H. Pylori reprezintă un factor important în etiologia bolii ulceroase, aceasta nu influenţează severitatea hemoragiei ulceroase. Tratamentul empiric al H. Pylori nu este recomandat. Terapia este indicată numai după confirmarea infecţiei. Eradicarea H. Pylori nu se referă direct la episodul acut al UGDH şi nu este un component obligatoriu de tratament intensiv. Bolnavilor cu hemoragie ulceroasă recentă şi infecţie H. Pylori confirmată, tratamentul specific trebuie iniţiat înainte sau imediat după externarea din spital, ce se asociază cu reducerea frecvenţei recurenţei ulcerelor GD. ***(clasa de recomandare IIa)***
* **Somatostatina şi Octreotidum.** Utilizarea somatostatinei şi analogului sintetic al acestuia, *Octreotidum*, în cazul HDS este determinat de un şir de efecte fiziologice: preparatele induc o vasoconstricţie rapidă, puternică şi de durată; reduc indirect fluxul sangvin celiac şi portal şi scad presiunea porto-sistemică; inhibă secreţia gastrică acidă mai selectiv şi mai sigur decât IPP şi H2-blocantele; capabilă să reducă şi producţia de pepsină. Însă, datele clinice n-au fost în stare să confirme superioritatea somatostatinei *(Octreotidum)* faţă de medicaţie convenţională în cazul UGDH. Somatostatina poate fi utilă doar în cazuri selecte, când gastroscopia este indisponibilă. Utilizarea de rutină a somatostatinei *(Octreotidum)* la pacienţii cu UGDH nu este recomandată. ***(clasa de recomandare III)***
* **Vasopresinum.** Infuzia sistemică de V*asopresinum* reduce presiunea portală şi fluxul sangvin. La pacienţii cu ciroză hepatică vasopresina poate controla hemoragiile GI în 60% din cazuri, în special când este combinată cu *nitroglycerinum*. Totodată, după oprirea inițială a hemoragiei, administrarea *vasopresinei* nu micşorează frecvenţa resângerării şi nu influenţează mortalitatea. ***(clasa de recomandare III)***
* **Antacidele.** Mecanismul de acţiune de bază constă în neutralizarea acidului clorhidric intragastric şi stimularea producerii prostaglandinelor. Antacidele sunt eficace doar la utilizare locală şi trebuie introduse nemijlocit în stomac peroral sau prin sonda nazogastrică în doze 15 ml suspensie x 4-6 ori pe zi. ***(clasa de recomandare III)***
* **Misoprostolum.** Reprezintă analogul prostaglandinei PgE1 cu efectul citoprotectiv. ***(clasa de recomandare III)***
* **Sucralfatum.** Pe lângă crearea barierei protectoare pentru difuzia ionilor de hidrogen, inhibă activitatea pepsinei, sporeşte secreţia bicarbonaţilor şi mucusului, precum şi ameliorează procesele reparatorii tisulare. *Sucralfatum* trebuie administrat peroral sau introdus prin sonda nazogastrică (1 g x 4 ori pe zi), deoarece acţiunea preparatului se realizează prin contactul local cu mucoasa gastrică. ***(clasa de recomandare IIb)***
* **Acidum aminocaproicum şi acidum tranexamicum.** Acidum aminocaproicum inhibă fibrinoliza tisulară şi, ca urmare, stabilizează trombul. Acidum aminocaproicum şi acidum tranexamicum în cazul UGDH pot fi administrate peroral sau intravenos. Totodată, ghidurile internaţionale nu recomandă utilizarea Acidum tranexamicum (aminocapronic) la pacienţii cu UGDH.***(clasa de recomandare III)***
* **Fitomenadioni (vitamina K).** Acţiunea preparatului se manifestă peste 12-18 ore după administrarea perorală sau parenterală. Din cauza efectului lent, rolul în perioada acută a hemoragiei este redus. ***(clasa de recomandare III)***
* **Etamzilatum.** Efectul hemostatic este determinat de acţiunea la formarea tromboplastinei tisulare (factorul III). Preparatul nu acţionează la timpul protrombinic, nu posedă proprietăţi de hipercoagulare şi nu favorizează formarea trombului. ***(clasa de recomandare III)***
* **Calcii chloridum**. Ionii de calciu participă la convertirea protrombinei în trombină. Totodată, date veridice referitoare la efectul hemostatic clinic şi de laborator al *clorurii de calciu* nu există. Ca urmare, este un remediu hemostatic auxiliar. ***(clasa de recomandare III)***
* **Antibioticoterapia profilactică.** Pacienţii cu UGDH şi ciroza hepatică cu ascita sunt expuşi riscului de infecţii bacteriene. Infecţiile bacteriene secundare se pot dezvolta la 50% dintre pacienţii cu ciroză hemoragică. Administrarea profilactică a antibacterienelor la pacienţii cu hemoragie ulceroasă şi ciroza asociată scade mortalitatea cu 10%. Cu scop de profilaxie se recomandă administrarea fluorochinolonelor. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.12.5. Medicaţia asociată precedentă***

|  |
| --- |
| **Caseta 45.** ***Medicaţia asociată precedentă.**** La pacienţii spitalizaţi cu UGDH, administrarea medicamentelor antiinflamatoare nesteroidiene trebuie să fie întreruptă. La reinstituirea terapiei cu AINS după epizod hemoragic, riscul evenimentelor cardiovasculare trebuie să fie echilibrat cu riscul complicaţiilor gastrointestinale în fiecare caz individual. ***(clasa de recomandare IIb)***
* În caz de hemoragie ulceroasă GD acută, în general se recomandă stoparea consumului *Acidum acetylsalicylicum* pe perioada de câteva zile. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Totuşi întreruperea prelungită trebuie evitată, deoarece riscul de dezvoltare a trombozei arteriale la pacienţii cu stent coronarian este aproape dublu. Un risc minimal de recurenţa hemoragiei ulceroase se compensează de reducerea riscului de evenimente vasculare şi de deces. Aceşti bolnavi necesită reluarea *Acidum acetylsalicylicum* în perioada de 1 până la 5 zile după stoparea sigură a hemoragiei, şi cu administrarea simultană a dozelor mari de IPP (sau în unele cazuri H2- histaminoblocantele – *Famotidinum*) intravenos. ***(clasa de recomandare IIa)***
* La pacienţii cu risc crescut de tromboembolism se recomandă continuare tratamentului cu preparate anti-plachetare în pofida episodului hemoragiei ulceroase. ***(clasa de recomandare IIb)***
* În timpul hemoragiei gastrointestinale acute tratamentul cu warfarinum trebuie oprit, iar coagulopatia prezentă – corijată cu infuzia plasmei proaspăt congelate. De asemenea se recomandă înlocuirea anticoagulanţilor indirecte cu heparină sau reluarea anticoagulanţilor cât mai curând posibil după confirmarea stopării definitive a hemoragiei ulceroase la pacienţii cu risc crescut de complicaţiile trombotice. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.13. Tratamentul chirurgical***

***C.2.4.13.1. Timpul efectuării tratamentului chirurgical***

|  |
| --- |
| **Caseta 46. *Tratamentul chirurgical.**** Rolul intervenţiei chirurgicale în tratamentul UGDH a scăzut considerabil datorită celor două realizări mari: perfectarea HE şi posibilitatea menţinerii medicamentoase a pH-ului neutru în stomac. Aplicarea acestor măsuri contribuie la micşorarea numărului cazurilor de hemoragie ulceroasă persistenţă şi recidivantă şi, prin urmare, reducerea necesităţii în tratament chirurgical. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Totodată, necesitatea în intervenţiile chirurgicale pentru UGDH rămâne constantă şi constituie de la 10% până la 20% din numărul pacienţilor spitalizaţi. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Principiile de bază ale intervenţiei chirurgicale pentru UGDH includ identificarea rapidă a sursei de hemoragie, controlul hemostatic *in situ* sau rezecţia ulcerului hemoragic, reconstrucţia integrităţii tractului GI şi executarea, după caz, unei operaţiei anti-ulceroase. ***(clasa de recomandare I)***
* Se evidenţiază trei tipuri de intervenţii chirurgicale: de urgenţă imediată, de urgenţă amânată şi programate. ***(clasa de recomandare IIa)***
* **Operaţie de urgenţă imediată** trebuie considerată intervenţia chirurgicală, efectuată în hemoragia activă. Aceasta poate fi hemoragia persistentă nemijlocit la spitalizare, necontrolată endoscopic, sau hemoragie recurentă activă, declanşată peste câteva ore sau chiar zile după spitalizare. Scopul principal al operaţiei de urgenţă imediată este stoparea nemijlocită a hemoragiei active din ulcer pe cale chirurgicală. ***(clasa de recomandare I)***
* **Operaţia de urgenţă amânată** se consideră cea întreprinsă în lipsa hemoragiei ulceroase active, dar în prezenţa riscului înalt de resângerare. Operaţia de urgenţă amânată se efectuează în prezenţa stigmatelor majore ale hemoragiei recente în ulcer: a vasului vizibil nehemoragic sau a cheagului aderat. Scopul operaţiei de urgenţă amânată este preîntâmpinarea hemoragiei repetate la bolnavii cu risc major al acesteia. ***(clasa de recomandare I)***
* **Operaţia programată** se numeşte intervenţia chirurgicală, efectuată la bolnavii cu hemostază stabilă definitivă în ulcer şi fără risc de resângerare. Prin urmare, scopul operaţiei programate nu poate fi oricare măsură hemostatică. De regulă, indicaţiile către intervenţia chirurgicală programată includ prezenţa la pacienţi a altor complicaţii ale bolii ulceroase sau suspecţia de malignizare. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.13.2. Operaţia de urgenţă imediată***

|  |
| --- |
| **Caseta 47. *Operaţia de urgenţă imediată.*** * Intervenţia chirurgicală imediată este divizată în funcţie de condiţiile de efectuare a acesteia în operaţie imediată primară, efectuată în hemoragia activă în cazul HE nereuşite la spitalizare şi operaţie imediată secundară, întreprinsă în caz de resângerare. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Operaţiei de urgenţă imediată sunt supuşi bolnavii cu hemoragie ulceroasă profuză continue, la care metodele conservative şi endoscopice de hemostază s-au dovedit a fi ineficace. Aceasta o situaţie se întâlneşte doar în 1,5-2% cazuri de UGDH. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Se cuvine operativ de depistat bolnavii, la care hemoragia nu poate fi stopată fără aplicarea hemostazei chirurgicale. Orice temporizare a tratamentului chirurgical în cazul hemoragiei active poate fi fatală. Chiar dacă pacientul este în stare de şoc, nu se recomandă de a amâna începutul operaţiei pentru o resuscitare deplină. La aceşti bolnavi restabilirea volemică trebuie să se efectueze simultan cu laparotomia. ***(clasa de recomandare IIa)***
* În cazuri excepţionale situaţia clinică poate fi într-atât de gravă şi să reprezinte un pericol vital atât de real pentru bolnav, că nu mai poate fi timp pentru efectuarea gastroscopiei. Trebuie de memorizat că în majoritatea cazurilor de hemoragie profuză, sursa acesteia este evidentă în cadrul laparotomiei şi de aceea astfel de bolnavi pot fi operaţi imediat fără gastroscopie prealabilă. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Uneori la bolnavii cu hemoragie masivă şi şoc este utilă efectuarea aşa-numitei esofagogastroduodenoscopii „orientative”. Examenul se efectuează în sala de operaţie, deja după luarea deciziei principiale în favoarea intervenţiei chirurgicale. Endoscopul se va introduce maximal de repede în esofag şi stomac. Excluderea caracterului variceal al hemoragiei şi prezenţa sângelui proaspăt în stomac este informaţie suficientă pentru confirmarea definitivă a tacticii operatorii. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Hemoragia ulceroasă profuză, însoţită de şoc, reprezintă cea mai critică situaţie, care poate să apară în chirurgia de urgenţă. Imediat trebuie să fie implicate toate forţele principale şi mijloacele spitalului. Chirurgul cu experienţă, endoscopistul şi anesteziologul-reanimatolog trebuie să fie implicaţi imediat în asistenţa medicală a bolnavului cu hemoragie activă şi în elaborarea tacticii curative ulterioare. Rolul principal în aprecierea indicaţiilor către operaţia de urgenţă imediată îi aparţine experienţei, responsabilităţii şi capacităţilor decizionale ale chirurgului. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.4.13.3.* *Operaţia de urgenţă amânată***

|  |
| --- |
| **Caseta 48. *Operaţia de urgenţă amânată.**** Una dintre căile de reducere a letalităţii este practicarea operaţiei de urgenţă amânată cu scopul preîntâmpinării hemoragiei repetate. Intervenţia chirurgicală de urgenţă amânată se efectuează pentru reducerea numărului operaţiilor imediate, întreprinse la apogeul resângerării şi însoţite de un risc maximal al complicaţiilor postoperatorii şi de deces. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Indicaţiile către operaţia de urgenţă amânată sunt multiple şi diverse: instabilitatea hemodinamică până şi după spitalizare, hemoragia iniţială masivă, necesitatea în hemotransfuzie ≥4-6 unităţi de CE în 24 ore, dimensiunile ulcerului >2 cm, maladiile concomitente, vârsta pacienţilor peste 60-65 ani, răspunsul la terapia endoscopică şi medicamentoasă, inclusiv hemotransfuzie, precum şi hemoragia din ulcerul mare pe peretele duodenal posterior. ***(clasa de recomandare IIa)***
* În legătură cu posibilitatea HE repetate, laparotomiei vor fi supuşi doar bolnavii, la care succesul hemostazei repetate este dubios. ***(clasa de recomandare IIb)***
* În cazul, când terapia endoscopică este inaccesibilă, operaţia de urgenţă amânată este unica măsură eficientă pentru reducerea numărului cazurilor de resângerare şi letalităţii. Indicaţiile către intervenţia chirurgicală trebuie să fie mai largi în spitalele mici, unde lipseşte suportul chirurgical şi anesteziologic 24 din 24 de ore şi unde HE nu se utilizează, se utilizează sporadic sau doar la etapa de implementare. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Operaţia de urgenţă amânată este recomandată în primele 12-24-48 ore de la spitalizarea pacientului. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.13.4. Operaţia programată***

|  |
| --- |
| **Caseta 49. *Operaţia programată.**** Rolul chirurgiei programate în boala ulceroasă continuă să scadă rapid din cauza creşterii eficacităţii tratamentului medicamentos. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Operaţia programată se efectuează în prezenţa hemostazei stabile şi definitive în ulcer (bază ulcerului este curată). ***(clasa de recomandare IIb)***
* Indicaţiile către intervenţia chirurgicală programată sunt destul de discutabile şi subiective. Întotdeauna trebuie să existe argumente foarte întemeiate în favoarea corecţiei chirurgicale, orientate la lichidarea simptomatologiei concomitente şi ameliorarea calității vieţii bolnavului, care doar nu demult a suportat hemoragie ulceroasă. ***(clasa de recomandare III)***
* Cele mai argumentate indicaţii către operaţia programată în boala ulceroasă sunt stenoza pilorică decompensată şi suspecţia de malignizare. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Un motiv suplimentar în favoarea intervenţiei chirurgicale este ineficiența tratamentului conservativ, inclusiv ulcerul refractar la terapia antisecretorie şi eradicarea H. Pylori, şi complicaţiile în antecedente, cum ar fi perforaţia sau episoadele hemoragice multiple. ***(clasa de recomandare III)***
 |

***C.2.4.13.5. Volumul intervenţiei chirurgicale***

|  |
| --- |
| **Caseta 50. *Volumul intervenţiei chirurgicale.**** Volumul operaţiei în cazul UGDH trebuie să fie minimal, având ca scop salvarea vieţii bolnavului şi nu tratarea radicală a bolii ulceroase. ***(clasa de recomandare I)***
* Totodată, pe lângă realizarea hemostazei, trebuie de întreprins eforturi pentru micşorarea riscului complicaţiilor şi asigurarea unei perioade postoperatorii favorabile, precum şi preîntâmpinarea recurenţei ulcerului. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Operaţia organomenajantă (OOM) se consideră mai acceptată în cazul ulcerului hemoragic duodenal, iar procedeele rezecţionale – în ulcerul gastric. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Un neajuns comun al OOM este frecvenţa mai mare a complicaţiilor hemoragice (hemoragiilor recurente din ulcer) în perioada postoperatorie precoce, comparativ cu rezecţia gastrică. Din contra, numărul total de complicaţii şi letalitatea sunt mai înalte după procedeele rezecţionale în comparaţie cu intervenţiile chirurgicale OOM. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Însă, recomandările nu sunt definitive şi au un caracter relativ. Particularităţile anatomice ale ulcerului sau starea critică a pacientului pot influenţa volumul operaţiei, atât în sensul majorării, cât şi limitării acesteia. ***(clasa de recomandare III)***
* Majorarea volumului operaţiei în cazul UGDH poate fi necesară în prezenţa altor complicaţii ale bolii ulceroase: penetrație profundă a ulcerului în pancreas, stenoză piloro-bulbară decompensată, suspecţie de malignizare, asocierea hemoragiei şi perforaţiei ulcerului. ***(clasa de recomandare IIa)***
* În baza datelor preoperatorii, care includ mai întâi de toate statusul hemodinamic al bolnavului, precum şi localizarea şi dimensiunile defectului ulceros, se poate programa în prealabil volumul intervenţiei chirurgicale. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Volumul intervenţiei chirurgicale în cazul UGDH trebuie să fie strict individuală, determinată de starea generală a bolnavului şi stabilitatea hemodinamică, localizarea şi dimensiunile ulcerului, durata presupusă a operaţiei, experienţa şi preferinţele chirurgului. ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.4.13.6. Hemostaza chirurgicală în ulcerul duodenal***

|  |
| --- |
| **Caseta 51. *Hemostaza chirurgicală în ulcerul duodenal.**** Ulcerele situate pe peretele posterior al bulbului duodenal frecvent afectează artera gastroduodenală de diametrul mare, provocând hemoragia necontrolată şi profuză. În asemenea situaţie este necesar de a asigura un acces intraoperator rapid către ulcerul duodenal posterior pentru hemostază temporară prin comprimarea digitală a fisulei arteriale. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Manevra Illingsworth constă în deschiderea rapidă a părţii drepte a ligamentului gastro-colic în zona avasculară, detaşarea peretelui posterior al duodenului de la craterul ulceros în cefalul pancreasului („deschiderea” ulcerului) şi în compresiunea digitală a defectului arterial. Urmează suturarea hemostatică a vasului sângerând şi efectuarea etapelor ulterioare ale operaţiei. ***(clasa de recomandare III)***
* Duodenotomia (piloroduodenotomia) longitudinală este cel mai frecvent utilizată. Aceasta nu necesită mult timp, permite evacuarea rapidă a cheagurilor şi a sângelui din lumenul duodenului, identificarea şi comprimarea digitală a arterei sângerânde. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Duodenotomia transversală, permite un acces mai bun către marginile laterale ale ulcerului pentru suturarea vaselor. ***(clasa de recomandare III)***
* Pentru reducerea intensităţii hemoragiei intraoperatorii din ulcerul duodenal penetrant se recomandă mobilizarea rapidă a duodenului după Kocher, urmată de deplasare maximală în anterior complexului pancreato-duodenal, provocând comprimarea parţială arterei gastroduodenale şi pancreatoduodenale pe traiect. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Sutura hemostatică a vasului sângerând în ulcer necesită aplicarea suturii profunde în „U” sau în „8”, pentru a exclude hemoragia din confluența arterelor pancreatice transversale şi gastroduodenale în baza ulcerului. Sutura trebuie aplicată cu material neresorbabil 0, 2-0 sau 3-0 pe ac atraumatic rotund. ***(clasa de recomandare IIa).***
* Se recomandă utilizarea acului rotund de ½ sau 5/8, de 27 mm, deoarece acele mai mari pot produce lezarea coledocului. ***(clasa de recomandare III)***
* De asemenea este posibilă suturare profundă a marginilor ulcerului în 4 cvadrante (metoda de „semnalizare” a vasului sângerând), ligaturarea „în trei puncte” în proiecţia traiectului presupus al arterei sau ligaturarea extraduodenală a arterei gastroduodenale. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.13.7. Volumul operaţiei de urgenţă în ulcerul duodenal hemoragic***

|  |
| --- |
| **Caseta 52. *Volumul operaţiei de urgenţă în ulcerul duodenal hemoragic.**** Duodenutomia, dacă este posibilă păstrarea pilorului, cu suturarea vasului sângerând în ulcer, urmată de duodenorafie (duodenoplastie). ***(clasa de recomandare IIa)***
* Suturarea hemostatică a ulcerului cu sau fără asociere cu piloroplastie după Heineke-Mikulicz sau Weinberg. Frecvenţa utilizării operaţiilor minimale a crescut. Teoretic, inhibarea medicamentoasă a acidităţii, prin utilizarea Н2- histaminoblocantelor sau IPP pot conduce la cicatrizarea ulcerului, iar eradicarea cu succes a H. Pylori permite prevenirea recurenţei acestuia. Totodată, resângerarea din ulcerul suturat în perioada postoperatorie precoce se observă în 5-20% cazuri. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Excizia ulcerului cu piloroplastie. Reprezintă un procedeul sigur, însă realizabil în cazul situării ulcerului pe circumferinţa anterioară a duodenului. ***(clasa de recomandare I)***
* Extraduodenizarea ulcerului, cu exteriorizarea craterului ulceros din lumenul tractului digestiv. Este mai indicat în localizările medială sau laterală a ulcerului duodenal penetrant, când excizia completă este tehnic imposibilă. Eliminarea craterului ulceros din lumenul tractului digestiv majorează siguranţa hemostazei, fapt condiţionat de excluderea acţiunii agresive a conţinutului gastroduodenal asupra bazei ulcerului. ***(clasa de recomandare I)***
* Tamponada plastică a ulcerului hemoragic duodenal medial cu un lambou din peretele gastroduodenal în cursul piloroplastiei după Finney. ***(clasa de recomandare III)***
* OOM în cazul ulcerului duodenal hemoragic poate fi completată cu vagotomie. Conform recomandărilor, tipul vagotomiei se alege în funcţie de experienţa chirurgului, circumstanţele anatomice şi stabilitatea hemodinamică a pacientului. Se poate utiliza vagotomie tronculară (VT), vagotomie selectivă (VS) şi vagotomie selectivă proximală (VSP). ***(clasa de recomandare III)***
* În cazul efectuării VT sau VS asociate cu gastroplegia, este necesar să se asigure evacuare adecvată din stomac în perioada postoperatorie, utilizând operaţiile de drenaj gastric, cum ar fi piloroplastia sau gastroenteroanastomoza. VSP păstrează ramura distală motorie a vagului, şi, ca urmare, menţinerea funcţiei de evacuare a pilorului. ***(clasa de recomandare I)***
* Vagotomia nu se mai consideră o operaţie suplimentară obligatorie în ulcer duodenal hemoragic, deoarece aciditatea gastrică poate fi inhibată prin administrarea H2- histaminoblocantelor sau IPP, iar prevenirea recurenţei ulceroase – prin eradicarea H. Pylori. ***(clasa de recomandare III)***
* În cazul ulcerului hemoragic mare al peretelui duodenal posterior metoda de elecţie poate devine rezecţia gastrică, care permite realizarea hemostazei sigure în ulcer fără majorarea riscului complicaţiilor abdominale. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Antrumectomia (rezecţie porţiunii gastrice antrale) reprezintă operaţia de elecţie la bolnavii cu risc operator major în cazul hemoragiei din ulcerul duodenal. Antrumectomia izolată inhibă aciditatea gastrică suficient şi nu trebuie obligatoriu asociată cu vagotomie. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Alegerea metodei de restabilire a integrităţii tractului digestiv după finisarea rezecţiei gastrice în ulcerul duodenal depinde de starea bolnavului, stabilitatea hemodinamicii, particularităţile morfologice ale ulcerului, experienţa şi preferinţele chirurgului. ***(clasa de recomandare IIa)***
* După rezecţie gastrică, cele mai frecvent practicate metodele anastomozei gastroduodenale sunt: Billroth-I, Pean-Billroth-I, Billroth-I-Nakayama, Haberer, Kocher, Mayo. ***(clasa de recomandare I)***
* Anastomoza gastrojejunală (rezecţie tip Billroth-II) prevede închiderea bontului duodenal şi poate fi aplicată prin metode: Hofmeister-Finsterer, Reichel-Polya, Balfour, Moynihan, Eiselsberg, Vitebskii, Roux-în-Y, etc. ***(clasa de recomandare I)***
* Suturarea bontului duodenal se poate efectua după metode: Rusanov, Rubaşov-Krivoşeev, Nissen, Iudin, Graham, Cicala, etc. ***(clasa de recomandare I)***
* Suturarea bontului duodenal „la excludere” în rezecţia gastrică pentru ulcer duodenal hemoragic este o eroare, fiind şi deosebit de periculoasă. ***(clasa de recomandare I)***
* Bontul duodenal trebuie să fie suturat fără tensiune cât de mică a ţesuturilor, ceea ce se realizează prin mobilizarea largă a acestuia după Kocher. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Închiderea bontului duodenal „dificil” trebuie efectuată, utilizând metoda nepancreatogenă „în bursă”, în cadrul căreia sutura de suport implică ţesutul cicatriceal al marginii distale ale ulcerului, şi nu ţesutul intact al pancreasului (ca în metodele Nissen sau Iudin). ***(clasa de recomandare IIb)***
* Rolul şi eficacitatea duodenostomiei preventive în soluţionarea problemei bontului duodenal „dificil” nu este clar şi efectuarea acesteia nu se recomandă. ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.4.13.8. Volumul operaţiei de urgenţă în ulcerul gastric hemoragic***

|  |
| --- |
| **Caseta 53. *Volumul operaţiei de urgenţă în ulcerul gastric hemoragic.**** Particularitate importantă a hemoragiei din ulcerul gastric comparativ cu cel duodenal este riscul major al resângerării şi letalităţii. Bolnavii cu hemoragie din ulcerul gastric necesită semnificativ mai frecvent intervenţie chirurgicală pentru stoparea hemoragiei active sau pentru preîntâmpinarea resângerării. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Metodă de operaţie este determinată de datele pre- şi intraoperatorii, care includ localizarea şi dimensiunile ulcerului, precum şi pericolul potenţial de malignizare. ***(clasa de recomandare IIa)***
* În cazul hemoragiei active, îndată după laparotomie se cuvine efectuarea gastrotomiei longitudinale (sau transversale) anterioare cu o lungime de 10 cm, înlăturarea cheagurilor şi a sângelui din stomac şi asigurarea hemostazei temporare în ulcer. Pentru suturarea hemostatică a arterei este raţional de a utiliza fir neresorbabil pe ac atraumatic. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Metoda de elecţie în hemoragia din ulcerul stomacal este rezecţia gastrică, care asigură hemostaza stabilă şi permite examinarea histologică completă pentru aprecierea malignizării posibilei (riscul este 10-15%). ***(clasa de recomandare I)***
* Reconstrucţia tip Billroth-I este de preferat după antrumectomie sau rezecţie gastrică 2/3. În cazul unor rezecţii mai extinse se recomandă aplicarea anastomozei gastrojejunale după Billroth-II (Hofmeister-Finsterer, Balfour) sau pe ansă Roux-în-Y. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Efectuarea OOM (excizia sau suturarea hemostatică a ulcerului) este argumentată la bolnavii cu risc operator major, însă este limitată doar la excizia ulcerelor mezogastrice de dimensiuni comparativ mici, situate „comod” din punct de vedere tehnic. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Excizia defectului ulceros este mai preferabilă, decât simpla suturare a vasului sângerând, deoarece asigură hemostaza definitivă şi permite examinarea histologică adecvată. ***(clasa de recomandare I).***
* Asociere OOM cu vagotomia este mai indicată în cazul localizării ulcerului în zona pilorică sau prepilorică (ulcerul Johnson III). ***(clasa de recomandare III)***
* Ulcerele cu localizare în regiunea joncţiunii esofago-gastrice (juxtacardiale sau Johnson IV) constituie 3-5% din numărul total de ulcere gastrice hemoragice. Procedeele chirurgicale rezecţionale includ: operaţia Kelling-Madlener cu suturarea hemostatică a vasului în ulcer, operaţia Pauchet (Schoemaker-Pauchet) sau rezecţia gastrică „în scară”, rezecţia gastrică proximală cu anastomoza esofago-gastrică. Restabilirea continuităţii tractului digestiv, de regulă, se efectuează după metoda Billroth-II (Hofmeister-Finsterer sau Balfour) sau pe ansa Roux-în-Y. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Uneori pentru corecţia chirurgicală a ulcerului hemoragic al joncţiunii esofago-gastrice este propusă gastrectomia. Însă conform opiniei răspândite, gastrectomia în maladiile benigne este puţin justificată, periculoasă pentru bolnav şi dificilă din punct de vedere tehnicii chirurgicale. ***(clasa de recomandare III)***
* La bolnavii vârstnici cu hemoragie masivă din ulcerul juxtacardial operaţia trebuie să fie de volum limitat: suturarea vasului sângerând şi biopsie pentru excluderea malignizării, asociată la necesitatea cu ligaturarea arterei gastrice stângi. ***(clasa de recomandare IIb)***
 |

***C.2.4.13.9. Complicaţiile postoperatorii după rezolvarea chirurgicală a UGDH***

|  |
| --- |
| **Caseta 54. *Complicaţiile postoperatorii după rezolvarea chirurgicală a UGDH.**** Mortalitatea la pacienţii, care necesita intervenţie chirurgicală pentru stoparea hemoragiei ulceroase GD, variază între 15% şi 30%. ***(clasa de recomandare IIa)***

**Complicaţiile sistemice. *(clasa de recomandare I)**** Insuficienţa cardio-vasculară acută şi infarctul miocardic (în primele 3-4 zile postoperator).
* Insuficienţa hepato-renală (la a 5-7-ea zi postoperator).
* Pneumonia.
* Tromboza venoasă profundă este o complicaţie frecventă după intervenţiile chirurgicale pentru UGDH (7-30%). În cazul dezvoltării trombozei, pacienţii trebuie trataţi cu heparinele cu masa moleculară mică şi bandaj (ciorapi) elastic compresiv postoperator.
* Complicaţiile trombembolice.
* Insuficienţă multiplă de organ (64%).

**Complicaţiile abdominale. *(clasa de recomandare I)**** Hemoragia recidivantă profuză din UGDH suturat (la a 5-7-ea zi postoperator).
* Dehiscenţa suturilor „carenei” gastrice.
* Dehiscenţa gastrorafiei.
* Dehiscenţa anastomozei gastrojejunale (la a 3-7-ea zi postoperator).
* Dehiscenţa gastroduodenoanastomozei reprezintă cea mai tipică şi gravă complicaţie a rezecţiei gastrice cu reconstrucţie în Billroth-I.
* Dehiscenţa bontului duodenal – complicaţie specifică a metodelor Billroth-II şi Roux-în-Y (incidenţa – 1,1-4%, mai frecvent – după intervenţiile pentru ulcer duodenal hemoragic, penetrant în pancreas).
* Dereglările evacuării din stomac sau anastomozita (5-20%).
* Pancreatita postoperatorie.

**Complicaţiile tardive.** ***(clasa de recomandare IIb)**** Ulcerul peptic al anastomozei gastroduodenale sau gastrojejunale.
* Sindromul dumping precoce şi tardiv (≈1%).
* Gastrita alcalină de reflux.
* Sindromul ansei aferente.
* Diareea postvagotomică.
* Atonia gastrică postvagotomică.
 |

***C.2.4.13.10. Etapa postoperatorie***

|  |
| --- |
| **Caseta 55. *Perioada postoperatorie.**** Mobilizarea bolnavilor în regim ambulant se recomandă din a doua zi postoperator. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Pacientul va începe alimentaţia lichidă în a 3-4-a zi postoperator. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Înlăturarea sondei sondei nazogastrice se va efectua după restabilirea pasajului intestinal. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Alegerea analgeziei după intervenţie chirurgicală actualmente este determinată de către chirurgul operator sau preferinţele instituţionale. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Drenurile abdominale sunt înlăturate după restabilirea peristaltismului intestinal şi emisiei de gaze, sau peste câteva zile, când debitul eliminărilor seroase nepatologice scade până la un volum minimal (mai puţin de 50 ml/ 24 ore). ***(clasa de recomandare IIa)***
* Pacienţii pot fi externaţi peste 7-10 zile, în funcţie de starea generală, eficacitatea tratamentului administrat, procedeul operator utilizat, evoluţia postoperatorie şi prezenţa complicaţiilor. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.5. Criterii de externare***

|  |
| --- |
| **Caseta 56. *Criterii de externare (clasa de recomandare I).**** Normalizarea stării generale şi a mobilității a pacientului. ***(clasa de recomandare I)***
* Restabilirea pasajului intestinal. ***(clasa de recomandare I)***
* Lipsa febrei. ***(clasa de recomandare I)***
* Lipsa complicaţiilor postoperatorii. ***(clasa de recomandare I)***
* Necesitatea doar în medicaţie perorală (inclusiv analgezice). ***(clasa de recomandare IIa)***
* Plăgile postoperatorii sunt în curs de vindecare. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Pacienţii ce au suportat tratament conservativ si endoscopic vor fi externaţi după nu mai puţin de 7 zile de la epizodul de hemoragie. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

***C.2.6. Profilaxia***

|  |
| --- |
| **Caseta 57. *Profilaxia.***Prevenirea ulcerului gastroduodenal hemoragic cuprinde: * Efectuarea examinărilor endoscopice (FEGDS) programat activ la pacienţii cu anamneză ulceroasă. ***(clasa de recomandare III)***
* Profilaxia acutizării sezoniere la pacienții cu UGD cunoscut prin tratament adecvat cu IPP şi H2- histaminoblocante. ***(clasa de recomandare III)***
* La pacienţii H. Pylori-pozitivi se recomandă terapie de eradicare pentru a reduce rata de recurenţă ulcerului. ***(clasa de recomandare I)***
* Administrarea raţională a AINS, când este necesar. ***(clasa de recomandare I)***
 |

***C.2.7. Supravegherea pacienţilor***

|  |
| --- |
| **Caseta 58. *Supravegherea pacienţilor cu UGDH****.****Medicul de familie.**** După externare, pacienţii cu UGDH trebuie să primească terapie cu IPP de două ori pe zi, timp de 2 săptămâni, urmată de un IPP o dată pe zi (încă 4-6 săptămâni). ***(clasa de recomandare IIa)***
* Reevaluare pacienţilor cu UGDH la contaminare cu H. Pylori prin testare ureazică rapidă a bioptatului endoscopic, examenul histologic sau serologic poate fi efectuată înainte sau după externare. Ar trebui de luat în consideraţie, că sensitivitate testelor endoscopice de determinare H. Pylori este mai mică în cazul ulcerului complicat. ***(clasa de recomandare IIb)***
* Tratamentul empiric al H. Pylori nu este recomandat. Terapia este indicată numai după confirmarea infecţiei. La pacienţii H. Pylori-pozitivi se recomandă terapie de eradicare pentru a reduce rata de recurenţă ulcerului. ***(clasa de recomandare I)***
* Eradicarea H. Pylori trebuie confirmată în termen cel puţin 4 săptămâni după finisarea tratamentului, deoarece terapia ușurează la 20% de pacienţi cu păstrarea riscului acutizărilor şi, respectiv, a hemoragiei repetate din ulcer. ***(clasa de recomandare IIa)***
* Pacienţii după hemoragie ulceroasă cauzată de AINS, trebuie să întrerupă consumul permanent al preparatelor, dacă este posibil. În cazul când administrarea AINS este necesară, se recomandă combinaţie a unui AINS selectiv cu ciclooxigenază-2 (COX-2) în doza minimală eficientă şi a unui IPP. ***(clasa de recomandare I)***
* Pacienţilor cu UGDH idiopatic (non-H. Pylori, non- Acidum acetylsalicylicum şi non-AINS) după externare din staţionar se recomandă administrarea tratamentului antisecretor de lungă durată (cel puţin 6-8 săptămâni). ***(clasa de recomandare I)***
* Pacienţii cu patologiile cardiovasculare semnificative necesită reluarea Acidum acetylsalicylicum, administrat pentru profilaxia secundară, în decurs de 1 până la 7 zile după stoparea hemoragiei. ***(clasa de recomandare IIa)***
* În cazul riscului dubios de malignizarea ulcerului (în pofidă rezultatelor negative ale endobiopsiei, efectuate metodologic corect), gastroscopia de control trebuie efectuată peste 4-6 săptămâni după externare. ***(clasa de recomandare IIb)***

***Chirurgul.**** Efectuează tratamentul conservator al complicaţiilor survenite postoperator în cazul pacienţilor operaţi (hematom, serom, supurarea plăgii, durere postoperatorie). ***(clasa de recomandare I)***
* Scoate de la evidenţă pacientul tratat după restabilirea completă. ***(clasa de recomandare IIa)***
 |

**D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PCN**

|  |  |
| --- | --- |
| ***D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP*** | **Personal:*** Medic de familie.
* Asistent medical/asistentă medicală de familie.
* Medic în laborator.
* Medic chirurg cu competențe în endoscopie (CMF).
 |
| **Aparate, utilaj:*** Aparat fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop (CMF).
* Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei de urgență.
 |
| **Medicamente:*** Spasmolitice (*Papaverinum, Drotaverinum*)
* Medicamente de urgență conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secţiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenţei Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătăţii nr.695 din 13.10.2010.
 |
| ***D.2. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMUP*** | **Personal:****•** Medic de urgenţă.• Asistent medical/asistentă medicală în urgență• Felcer/felceră. |
| **Aparate, utilaj:**• ECG.• Pulsoximetru.• Glucometru.• Aparat pentru oxigenoterapie.• Ventilator. |
| **Medicamente:****•** Substituienți de volum plasmatic (*cristaloizi – sol. Natrii chloridum 0,9%, sol. (Ringer) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum*)• Preparate H1-antihistaminice (*Diphenhydraminum*)• Medicamente inotrop pozitive (*Dopaminum*) |
| ***D.3. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA*** | **Personal:*** Medic chirurg.
* Asistent medical/asistentă medicală cu competențe în îngrijiri chirurgicale.
* Medic în laborator.
* Medic chirurg cu competențe în endoscopie.
 |
| **Aparate, utilaj:*** Fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop.
* Cabinet endoscopic.
* Laborator clinic standard.
 |
| **Medicamente pentru prescriere:*** Spasmolitice (*Papaverini hydrochloridum, Drotaverinum*).
* Substituienți de volum plasmatic (cristaloizi – *Sol. Natrii chloridum 0,9%; Sol. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum (Ringer))*
 |
| ***D.4. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS (secţii de chirurgie)*** | **Personal:*** Medic de urgență
* Medic chirurg.
* Medic internist.
* Medic specialist în anestezie și terapie intensivă.
* Medic chirurg cu competențe în endoscopie.
* Medic specialist în radiologie și imagistică medicală.
* Medic transfuziolog.
* Asistent medical/asistentă medicală în anestezie și terapie.
* Asistent medical/asistentă medicală în blocul operator.
* Asistent medical/asistentă medicală cu competențe în îngrijiri chirurgicale.
* Medic în laborator.
* Tehnician radiolog/tehniciană radiolog.
 |
| **Aparate, utilaj:*** Cabinet endoscopic dotat cu fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop.
* Laborator clinic şi bacteriologic standard.
* Cabinet transfuzii de sânge.
* Cabinet radiologic.
* Echipament pentru examen radiologic.
* USG.
* CT.
 |
| **Medicamente:*** Anestezice locale (sol. *Lidocaini hydrochloridum* 10%, 2%).
* Spasmolitice (*Papaverini hydrochloridum, Plathyphyllinum, Drotaverinum*).
* Preparate prochinetice (*Metoclopramidum* etc., pentru administrare parenterală).
* Antibacteriene din grupa cefalosporinelor (*Cefuroximum, Ceftazidimum* etc., pentru administrare parenterală).
* Preparate antibacteriene (*Metronidazolum*, pentru administrare parenterală).
* Preparate antiinflamatorii non-steroidiene (*sol. Diclofenacum* 3,0 ml; *sup. Diclofenacum* 100 mg).
* Preparate analgezice neopioide (*sol. Dexketoprofenum, sol. Ketoprofenum*).
* Preparate analgezice opioide (*sol. Tramadolum* 100 mg, *sol. Morphinum* 1%-1,0; *sol. Trimeperidinum* 2%-1,0).
* H2- histaminoblocante (*Famotidinum* etc., pentru administrare enterală).
* Inhibitorii pompei protonice (*Omeprazolum* etc., pentru administrare enterală).
* Preparate H1-antihistaminice (*Diphenhydraminum* etc., pentru administrare parenterală).
* Preparate de sânge (plasmă proaspăt congelată, concentrat eritrocitar, *Albuminum* – pentru administrare parenterală).
* Soluţii coloidale şi cristaloide (*sol. Natrii chloridum* 0,9%; *sol. Glucosum* 5-10%; *sol. Dextranum\**, pentru administrare parenterală).
* Vasodilatatoare (*sol. Magnesii sulfas* 25% etc., pentru administrare parenterală).
* Preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare (*Dopaminum*, etc., pentru administrare parenterală).
 |

**E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Scopul** | **Indicatorul** | **Metoda de calcul a indicatorului** |
| **Numărător** | **Numitor** |
| 1 | A facilita diagnosticarea precoce a UGDH. | Ponderea pacienţilor diagnosticaţi precoce (primele 24 ore de la debut) cu UGDH. pe parcursul unui an (%). | Numărul de pacienţi diagnosticaţi precoce cu UGDH. pe parcursul ultimului an x100. | Numărul total de pacienţi diagnosticaţi cu UGDH. pe parcursul ultimului an. |
| 2 | A spori calitatea tratamentului acordat pacienţilor cu UGDH.. | Ponderea pacienţilor cu UGDH. care au beneficiat de tratament adecvat în termini optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Naţional *Ulcerul gastroduodenal hemoragic*, pe parcursul unui an (%). | Numărul de pacienţi cu UGDH. care au beneficiat de tratament adecvat în termini optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Naţional *Ulcerul gastroduodenal hemoragic*, pe parcursul unui an x100. | Numărul total de pacienţi cu UGDH care au beneficiat de tratament, pe parcursul unui an. |
| 3 | A reduce rata de complicaţii şi de mortalitate prin UGDH. | Ponderea pacienţilor cu UGDH care au dezvoltat complicaţii postoperatorii, pe parcursul unui an (%).Rata mortalităţii prin UGDH pe parcursul unui an (%). | Numărul de pacienţi cu UGDH, care au dezvoltat complicaţii postoperatorii, pe parcursul ultimului an x100.Numărul de pacienţi decedaţi prin UGDH pe parcursul ultimului an x 1000  | Numărul total de pacienţi supuşi tratamentului chirurgical pentru UGDH, pe parcursul ultimului an.Numărul total de pacienţi operaţi pentru UGDH pe parcursul ultimului an. |

*Anexa 1*

**GHIDUL PACIENTULUI CU ULCERUL GASTRODUODENAL HEMORAGIC**

**CAUZELE ȘI COMPLICAȚIILE HEMORAGIEI ULCEROASE**

Hemoragia gastro-intestinală este pierderea sângelui dintr-un organ al sistemului digestiv. Sângerarea se poate produce din orișicare segment al tractului digestiv, dar cea mai frecventă cauză sunt ulcerul gastric sau duodenal (porțiunea incipientă a intestinului subțire). Ulcerul cronic este un defect al mucoasei tractului gastrointestinal, care apare și progresează datorită acțiunii conținutului acid al stomacului, bacteriilor specifice (*Helicobacter pylori*), dar și a unor preparate, ca Acidum acetylsalicylicum. Majoritatea hemoragiilor se petrec în timpul acutizării maladiei ulceroase și sunt cauzate de concreșterea și distrugerea de către ulcer a arterelor peretelui stomacului și duodenului. Hemoragia acută prezintă un risc major pentru viață deoarece compromite funcția tuturor organelor inclusiv inima, rinichii, creierul, ficatul. Hemoragia masivă și persistentă duce la schimbări ireversibile în organismul uman și chiar poate fi fatală.

**TIPURILE HEMORAGIEI ULCEROASE**

* Acută: Hemoragie bruscă, masivă care se manifestă cu simptome evidente ce pun în pericol viața pacientului.
* Cronică sau ascunsă: Nu este prezentă o hemoragie evidentă deoarece aceasta este microscopică, dar persistă periodic și pe o perioadă lungă de timp, manifestându-se prin semne de pierderi de sânge (slăbiciune generală și rezultate joase ale sângelui în analizele de laborator).

**RĂSPÎNDIREA HEMORAGIEI ULCEROASE**

Maladia ulceroasă a fost și rămâne o patologie frecventă și fiecare al zecelea locuitor al Europei suferă de aceasta pe parcursul vieții. Raportul bărbați femei este de 3:1. Riscul hemoragiei din ulcerul duodenal pe parcursul vieții la pacienții care nu primesc tratament antiulceros permanent este de aproximativ 35%. Frecvența hemoragiei din ulcerul gastric crește odată cu vârsta și este maximală la pacienții în etate.

**SIMPTOMELE HEMORAGIEI ULCEROASE**

Simptomele hemoragiei ulceroase acute apar brusc și frecvent sunt grave. Pacienții pot prezenta:

* Vomă cu sânge sau cu conținut asemănător cu zațul de cafea.
* Scaun cu sânge sau mase fecale de culoare neagră.
* Vertijuri sau stare de leșin.
* Puls accelerat, care poate crea senzația de anxietate și simțul de parcă inima tremură.
* Dispnee (senzația că nu ajunge aer sau respirație frecventă).
* Paliditatea pielii.
* Slăbiciune generală și oboseală.

**EXAMINĂRILE ȘI TESTELE DIAGNOSTICE ÎN CAZ DE HEMORAGIE ULCEROASĂ**

Deoarece sângerarea ulceroasă este o urgență medicală, diagnosticul se face de obicei rapid pentru a determina sursa hemoragiei și severitatea acestea. Aceasta poate fi efectuat simultan cu tratamentul, astfel încât să nu să se piardă timp. Stabilirea diagnosticului poate include:

* Acuzele: medicul vă va adresa întrebări detaliate despre starea dumneavoastră generală de sănătate și despre alte simptome, cum ar fi vomele cu sânge sau prezența scaunului moale negru.
* Anamneza: medicul vă va întreba despre istoricul bolii, inclusiv dacă ați avut vreo afecțiune medicală anterior, în special maladie ulceroasă.
* Examenul fizic: Medicul va efectua un examen fizic pentru a vă verifica pulsul, tensiunea arterială, frecvența respirației și prezența unei dureri abdominale posibile. El poate efectua o examinare digitală a rectului sau poate plasa un tub în stomac pentru a confirma prezența sângelui și pentru a vă ameliora starea.
* Măsurarea temperaturii corpului: Temperatura joasă poate indica prezența șocului.
* Analiza sângelui: Se verifică prezența semnelor de hemoragie gastrointestinală, așa ca anemia. Dacă acest fapt se adeverește veți avea nevoie imediat de perfuzii intravenoase.

Tehnicele imagistice medicale permit medicului să confirme prezența unui ulcer hemoragic și să evalueze severitatea sângerării. Acestea includ:

* Endoscopia: O procedură care permite examinarea și evidențierea semnelor de sângerare în tractul gastrointestinal superior. Metoda utilizează un tub lung cu o camera și sursă de lumină la capăt (endoscop). În cazul unei hemoragii obișnuite din ulcer gastric sau duodenal aceasta este metoda de bază și finală de diagnostic.
* Radiografia gastrointestinală: Sunt efectuate imagini ale tractului digestiv superior pentru a identifica semne de sângerare sau alte afecțiuni. Se utilizează o soluție de contrast cu bariu care facilitează examinarea tractului gastrointestinal pe imaginele radiologice.

Examinări suplimentare pot fi necesare dacă medicii nu pot preciza cu certitudine care este sursa hemoragiei. Aceste teste pot include:

* Colonoscopia: Procedură care poate identifica semne de hemoragie din segmentele inferioare ale tractului gastrointestinal. Cu ajutorul acestea nu este posibil de vizualizat ulcerul gastroduodenal, dar uneori apare necesitatea de a utiliza metoda pentru excluderea altor surse de hemoragie. Metoda prevede utilizarea endoscopului care este introdus prin orificiul anal.
* Tomografia computerizată: Este o examinare complexă cu utilizarea dozelor mici de radiație, care permite să primim imagini tridimensionale perfecte ale cavității abdominale.
* Angiografia: Este o metodă de examinare cu utilizarea unei substanțe de contrast, care permite vizualizarea vaselor tractului gastrointestinal.

**TRATAMENTUL HEMORAGIILOR DIN TRACTUL GASTROINTESTINAL**

La momentul actual majoritatea hemoragiilor ulceroase sunt tratate conservativ, fără intervenție chirurgicală. Sunt utilizate următoarele medicamente:

* Perfuzia intravenoasă a soluțiilor pentru restabilirea pierderii sanguine.
* În caz de anemie severă este indicată transfuzia de sânge.
* Preparate care micșorează aciditatea din stomac.
* Medicamente, care ajută la coagularea sângelui și stoparea hemoragiei.
* Posibil să fie necesară instalarea unei sonde nazogastrale pentru aspirarea resturilor de sânge și sucului gastric. Sonda nazogastrală este un tub lung și subțire care este introdus prin nas și ajunge până în stomac.
* Inițial este necesar de a exclude alimentația și băutul lichidelor pentru a avea o stopare sigură a hemoragiei.

În multe situații medicii tratează hemoragia ulceroasă în timpul endoscopiei cu ajutorul instrumentelor speciale. Acestea permit:

* Injectarea în ulcer a preparatelor hemostatice.
* Utilizarea diatermocoagulării (temperatură înaltă) pentru lipirea vasului din ulcer care este responsabil de hemoragie.
* Clamparea vasului hemoragic cu o pensă metalică mică.

În caz de hemoragii masive posibil să fie necesară intervenție chirurgicală de urgență. Operația este efectuată sub anestezie general prin abord deschis (incizie mediană). Intervenția chirurgicală se reduce la suturarea vasului hemoragic din ulcer sau înlăturarea a unei porțiuni din stomac sau duoden împreună cu ulcerul.

**RECUPERAREA ȘI PERSPECTIVELE DUPĂ TRATAMENTUL HEMORAGIEI ULCEROASE**

* Mulți oameni, care au suportat cu succes tratamentul hemoragiei ulceroase, se însănătoșesc complet.
* Recuperarea completă după tratamentul epizodului de hemoragie ulceroasă, indiferent după sau fără intervenție chirurgicală, poate dura câteva săptămâni.
* Vizitați regulat medicul pentru controlul stării de sănătate, inclusiv endoscopii de control, teste de laborator, micșorând riscul de acutizare a ulcerului și hemoragii repetate.
* Urmați strict recomandările medicului și regulat administrați medicamentele care sunt prescrise.
* Respectați recomandările medicale ce vizează dieta alimentară, nu fumați și limitați utilizarea alcoolului.

**PROFILAXIA ȘI RECOMANDĂRI**

* Dacă suferiți de maladie ulceroasă a stomacului sau duodenului sunteți în grupul de risc să suportați hemoragie din ulcer.
* Vizitați regulat medicul pentru verificarea stării de sănătate și informați-l despre oricare simptome noi inclusivi probleme cu digestia sau durere.
* Utilizați preparatele antinflamatorii nesteroidiene și Acidum acetylsalicylicum, care pot provoca hemoragie, doar la necesitate și sub supravegherea medicului.
* Periodic efectuați endoscopia de control și verificați prezența infecției *Helicobacter pylori*, dacă sunteți în grupul de risc pentru dezvoltarea ulcerului.
* Important este să cunoașteți semnele hemoragiei din ulcer și factorii de risc. Cu aceste cunoștințe puteți avea un rol activ în sănătatea proprie și să ridicați șansele la un tratament de succes.
* Deoarece hemoragia din ulcerul gastroduodenl prezintă un pericol eminent pentru viață, adresați-vă imediat după ajutor medical la apariția vomei cu sânge, scaunului negru, vertijuri și leșin. Nu pierdeți nici un minut.

*Anexa 2*

**FIŞA STANDARDIZATĂ**

**pentru auditul medical bazat pe criterii în ulcerul gastroduodenal hemoragic**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DATE GENERALE COLECTATE PENTRU UGDH** |  |
| 1 | Numărul fişei pacientului |  |  |
| 2 | Data naşterii pacientului | ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaşte |  |
| 3 | Sexul pacientului | 1 | Bărbat |  |
| 2 | Femeie |  |
| 4 | Mediul de reşedinţă | 1 | Urban |  |
| 2 | Rural |  |
| 9 | Nu se cunoaşte |  |
|  | **INTERNARE** |  |
| 5 | Data debutului simptomelor | ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaşte |  |
| 6 | Instituţia medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar | 1 | AMP |  |
| 2 | AMU |  |
| 3 | Secţia consultativă |  |
| 4 | Spital |  |
| 5 | Instituţie medicală privată |  |
| 9 | Nu se cunoaşte |  |
| 7 | Data adresării primare după ajutor medical | ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaşte |  |
| 8 | Timpul adresării primare după ajutor medical | OO:MM sau 9 = nu se cunoaşte |  |
| 9 | Data sosirii la spital | ZZ/LL/AAAA |  |
| 10 | Departamentul în care s-a făcut internarea | 1 | Secţia de chirurgie |  |
| 2 | Secţia de profil general |  |
| 3 | Secţia de terapie intensivă |  |
| 4 | Alte |  |
|  | **DIAGNOSTIC** |  |
| 11 | Locul stabilirii diagnosticului | 1 | AMP |  |
| 2 | AMU |  |
| 3 | Secţia consultativă |  |
| 4 | Spital |  |
| 5 | Instituţie medicală privată |  |
| 12 | Investigaţii imagistice | 1 | Nu |  |
| 2 | Da |  |
| 9 | Nu se cunoaşte |  |
|  | **ISTORICUL PACIENTULUI** |  |
| 13 | Prezenţa anamnezei ulceroase sau gastrice | 1 | Nu |  |
| 2 | Da |  |
| 9 | Nu se cunoaşte |  |
| 14 | Prezenţa patologiilor asociate | 1 | Nu |  |
| 2 | Da |  |
| 9 | Nu se cunoaşte |  |
|  | **PREGĂTIRE PREOPERATORIE** |  |
| 15 | Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital  | 1 | Nu |  |
| 2 | Da |  |
| 16 | Timpul efectuării pregătirii preoperatorii | OO:MM sau 9 = nu se cunoaşte |  |
|  | **INTERVENŢIA CHIRURGICALĂ** |  |
| 17 | Intervenţia chirurgicală a fost efectuată în spital  | 1 | Nu |  |
| 2 | Da |  |
| 18 | Data efectuării intervenţiei chirurgicale | ZZ/LL/AAAA |  |
| 19 | Timpul efectuării intervenţiei chirurgicale | OO:MM  |  |
| 20 | Timpul efectuării intervenţiei chirurgicale de la debutul maladiei | OO:MM  |  |
| 21 | Timpul efectuării intervenţiei chirurgicale de la momentul internării | OO:MM  |  |
| 22 | Operaţia efectuată în mod | Urgent |  |
|  |  | Urgent-amânat |  |
| Programat |  |
| 23 | Tipul anesteziei | Generală |  |
|  | **EXTERNARE ŞI TRATAMENT** |  |
| 24 | Data externării | (ZZ/LL/AAAA) |  |
| 25 | Data transferului interspitalicesc | (ZZ/LL/AAAA) |  |
| 26 | Data decesului | (ZZ/LL/AAAA) |  |
| 27 | Deces în spital | 1 | Nu |  |
| 2 | Din cauzele atribuite UGDH |  |
| 3 | Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate |  |
| 4 | Alte cauze neatribuite UGDH |  |
| 9 | Nu se cunoaşte |  |

**BIBLIOGRAFIE:**

1. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. Ann Intern Med. 2019 Dec 3;171(11):805-822.
2. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al.; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med. 2010;152(2):101-113.
3. Beales I. Recent advances in the management of peptic ulcer bleeding. F1000Res. 2017;6:1763.
4. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. Lancet. 2000;356(9238):131813-21.
5. Cheung FK, Lau JY. Management of massive peptic ulcer bleeding. Gastroenterol Clin North Am. 2009;38(2):231-243.
6. Dworzynski K, Pollit V, Kelsey A, Higgins B, Palmer K; Guideline Development Group. Management of acute upper gastrointestinal bleeding: summary of NICE guidance. BMJ. 2012;344:e3412.
7. Fujishiro M, Iguchi M, Kakushima N, Kato M, Sakata Y, Hoteya S, et al. Guidelines for endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Dig Endosc. 2016;28(4):363-378.
8. Ghidirim Gh, Cicala E, Guţu E, Rojnoveanu Gh, Dolghii A. Hemoragiile digestive superioare non-variceale. Ed. Chişinău: Tipografia AŞM; 2009. 464 p.
9. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015;47(10):a1-46.
10. Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, Camus M, Lau J, Lanas A, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2021. Endoscopy. 2021 Mar;53(3):300-332.
11. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, Chandrasekhara V, Chathadi K, Decker GA, et al.; Standards of Practice Committee of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. Gastrointest Endosc. 2012;75(6):1132-1138.
12. Guţu E., Guzun V, Dolghii A, Iacub V. Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult. În: Protocoale Clinice Naţionale actuale referitoare la patologia chirurgicală abdominală acută. Chişinău: Tipografia Centrală; 2021:247-322.
13. Laine L. Clinical practice. Upper gastrointestinal bleeding due to a peptic ulcer. N Engl J Med. 2016 16;374(24):2367-2376.
14. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. Am J Gastroenterol. 2021 May 1;116(5):899-917.
15. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. 2012;107(3):345-360.
16. Lanas A, Calvet X, Feu F, Ponce J, Gisbert JP, Barkun A; First Spanish consensus on peptic ulcer bleeding management. Consenso sobre Hemorragia Digestiva por Úlcera Péptica. Med Clin (Barc). 2010;135(13):608-616.
17. Laursen SB, Jørgensen HS, Schaffalitzky de Muckadell OB; Danish Society of Gastroenterology and Hepatology. National consensus on management of peptic ulcer bleeding in Denmark 2014. Dan Med J. 2014;61(11):B4969.
18. Laursen SB, Jørgensen HS, Schaffalitzky de Muckadell OB; Danish Society of Gastroenterology and Hepatology. Management of bleeding gastroduodenal ulcers. Dan Med J. 2012;59(7):C4473.
19. Lu Y, Chen YI, Barkun A. Endoscopic management of acute peptic ulcer bleeding. Gastroenterol Clin North Am. 2014;43(4):677-705.
20. Meltzer AC, Klein JC. Upper gastrointestinal bleeding: patient presentation, risk stratification, and early management. Gastroenterol Clin North Am. 2014;43(4):665-675.
21. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut. 1996;38(3):316-321.
22. Satoh K, Yoshino J, Akamatsu T, Itoh T, Kato M, Kamada T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. J Gastroenterol. 2016;51(3):177-194.
23. Sung JJ, Chan FK, Chen M, Ching JY, Ho KY, Kachintorn U, et al.; Asia-Pacific Working Group. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Gut. 2011 Sep;60(9):1170-1177.
24. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. World J Emerg Surg. 2020 Jan 7;15:3.