



Akūta augšējā kuņģa–zarnu trakta (AKZT) nevarikoza asiņošana

Vadlīniju analīze un pielietojums praksē

Asoc. Prof. Igors Ivanovs

Vadlīnijas

- Laine, L., Jensen, D. M., Barkun, A. N., et al. **(2021)**. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol, 116*(5), 899–917. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001245>
- Cho, Y. S., Choi, M. G., Kim, S. W., et al. **(2020)**. Guidelines for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gut and Liver, 14*(6), 706–722. <https://doi.org/10.5009/gnl20154>
- Saltzman, J. R., Cash, B. D., Pasha, S. F., et al. **(2020)**. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Therapies for Nonvariceal Upper GI Bleeding. *Gastroenterology, 159*(3), 1120–1128. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.05.063>
- Di Saverio, S., et al. **(2020)**. WSES guidelines for the management of bleeding and perforated peptic ulcer. *World J Emerg Surg, 15*, 3. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0283-9>
- Gralnek, I. M., Dumonceau, J. M., Kuipers, E. J., et al. **(2021)**. *Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: ESGE Guideline. Endoscopy, 53*(3), 300–332. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1369-5274>

Definīcija un epidemioloģija

- AKZT asiņošana ir asiņošana, kas lokalizēta **virus lig. Treitz**.
- Nevarikoza AKZT asiņošana sastāda **~80%** no visiem AKZT asiņošanas gadījumiem.
- **50–70%** gadījumu cēlonis: **kuņģa vai divpadsmitpirkstu zarnas čūla**.

Ārstēšanas stratēģija

1. Solis – ārstēšana pirms endoskopijas

Neatliekamā terapija

Intravenozās infūzijas

- Kristaloidi vs koloidi
 - Ieteicams kā sākotnējo terapiju izmantot **kristaloīdus**, piemēram, **Ringera laktātu**.
 - **Koloīdi** ir dārgāki, var pasliktināt koagulopātiju un tiem nav pierādītu priekšrocību.

Neatliekamā terapija

Intravenozās infūzijas

- Agresīva vs. restriktīva infūzijas terapija
- Ieteicama **restriktīva (minimāla)** infūzijas terapija: uzsākt ar **~500 ml kristaloīdu** un turpināt tā, lai uzturētu **sistolisko spiedienu 90–100 mmHg** vai **vidējo arteriālo spiedienu ≥ 65 mmHg** (t.i., kontrolēta pieļaujamā hipotensija).
- **Agresīva infūzijas terapija** palielina **atkārtotas asiņošanas risku** un **recekļa dislokācijas iespējamību**.

Neatliekamā terapija Intravenozās infūzijas

- Eritrocītu masas transfūzija
- Ieteicama **restriktīva transfūzijas taktika**:
 - Er masu pārlēji tikai ja $Hgb < 7 \text{ g/l}$
 - Vai $< 8 \text{ g/l}$ pacientiem ar nozīmīgu kardiālu patoloģiju
- Šāda pieeja **samazina mirstību un atkārtotas asiņošanas risku.**
- **Izņēmums:**
Masīvas akūtas asiņošanas gadījumā vai hemodinamiski nestabilam pacientam "īstais" hemoglobīna līmenis būs novērtējams tikai pēc 12–24 stundām, tādēļ šādos gadījumos asins komponentu pārliešana jāveic, orientējoties pēc klīniskajiem parametriem, nevis pēc sākotnējā Hgb.

Medikamentozā terapija pirms endoskopijas

- **Eritromicīns**

Ieteicams ievadīt **250 mg i/v 30–120 min** pirms endoskopijas.
Veicina kuņģa iztukšošanos no recekļiem un **uzlabo endoskopisko vizualizāciju**.

- **Protona sūkņa inhibitori (PPI)**

Ieteicams: **80 mg i/v bolus**, pēc tam **8 mg/st** nepārtraukta infūzija.

- **Traneksāmiskā skābe**

Nav rekomendēta, jo nav pierādīta klīniska ieguvuma.

Profilaktiskā endotraheālā intubācija

- Pacienta profilaktiskā endotraheālā intubācija pirms endoskopijas

Nav rekomendēta.

- *Izņēmumi:*

Var būt indicēta pacientiem smagā stāvoklī, ar apziņas traucējumiem vai aspirācijas risku, kad tā nodrošina elpceļu aizsardzību un atvieglo turpmāko ārstēšanu.

Pacienta stratifikācija

- *Glasgow-Blatchford* skala:

AT (mmHgSt)	punkti	Urea (mmol/l)	punkti	Hgb vīriešiem (g/dl)	punkti	Hgb sievietēm (g/dl)	punkti	Citi rādītāji	punkti
100-109	1	6,5-7,9	2	12-12,9	1	10-11,9	1	Pulss $\geq 100/\text{min}$	1
90-99	2	8,0-9,9	3	10-11,9	3	<10	6	Melēna	1
<90	3	10-24,9	4	<10	6			Sinkope	2
		>25	6					Aknu mazspēja	2
								Sirds mazspēja	2

- Zema riska grupa ≤ 1 – var ārstēties ambulatori

2 solis. Augšējā endoskopija

- **Rekomendē** veikt agrīnu endoskopiju **pirmajās 24 stundās pēc pacienta stabilizācijas** (dienās stundās).
- Augšējā endoskopija, kas veikta **pirmajās 6 stundās pirms pacienta pilnīgas stabilizācijas**, var palielināt morbiditāti.
- *Izņēmums: masīva akūta asiņošana un hemodinamiska nestabilitāte — šādos gadījumos endoskopija var būt indicēta **pirmajās 12 stundās**.*

Augšējā endoskopija

Forrest klasifikācija

- **Forrest Ia** – aktīva asiņošana ar strūklu no asinsvada
- **Forrest Ib** – aktīva asiņošana, sūcoties
- **Forrest IIa** – redzams trombozēts asinsvads čūlas dibenā
- **Forrest IIb** – receklis čūlas dibenā
- **Forrest IIc** – hematīna aplikums čūlas dibenā
- **Forrest III** – tīrs čūlas dibens

Augšējā endoskopija

- **Endoskopiskā hemostāze:**
- **Forrest Ia, Ib, IIa** – rekomendē **kombinētu endoskopisku terapiju**: atšķaidīta adrenalīna injekcijas (1:10 000) **kombinācijā ar mehānisku** (klipi) **vai termālu** (koagulācija) hemostāzi.
- **Forrest IIb** – skaidras rekomendācijas nepastāv.
 - Ja recekli izdodas noskalot ar irigāciju, tad **vizualizē un pārklasificē** bojājumu zem recekļa (Ia, Ib vai IIa) un pielieto **attiecīgo hemostāzi**.
 - Ja recekli **nevar noskalot**, tiek rekomendēta **tikai PPI terapija bez endoskopiskas hemostāzes**.
- **Forrest IIc, III** – endoskopiska hemostāze nav nepieciešama.

Augšējā endoskopija

Biopsijas:

- Nepieciešamas **H. pylori noteikšanai** un **onkoloģijas izslēgšanai**.
- Var veikt jau **primārās endoskopijas laikā**, pēc tam, kad nodrošināta hemostāze.
- Ja biopsija netika veikta primārajā endoskopijā, tad **kuņģa čūlas gadījumā jāatkārto FGS ar biopsiju**, tiklīdz tas ir droši un iespējams.

3. Solis – pēc endoskopijas terapija

- Turpināt PPI augstās devās **72 stundas**:
- **8 mg/st** intravenoza nepārtraukta infūzija
vai
- **40 - 80 mg 2 reizes dienā i/v** (daži autori pieļauj ievadīšanu arī p.o.)
vai
40 mg 3 reizes dienā i/v (daži autori pieļauj ievadīšanu arī p.o.)

Pēc tam:

- **40 mg 1 reizi dienā**
vai
- **40 mg 2 reizes dienā** pacientiem ar **augstu risku** (liela čūla, NSAID lietošana vai citi riska faktori)
- **Terapijas ilgums:**
 - **4 nedēļas** – divpadsmitpirkstu zarnas čūla
 - **8 nedēļas** – kuņģa čūla
- Ja pastāv riska faktori (piem., NSAID, antiagregantu lietošana u.c.), terapija var būt nepieciešama **ilgstoši**

Rutīnas “second-look” atkārtota endoskopija

- **Rutīnas second-look endoskopija nav rekomendēta.**
- **Tā jāveic tikai tad, ja ir klīniski pierādījumi par atkārtotu asiņošanu.**

Atkārtota asiņošana

- Klīniskas pazīmes, kas liecina par atkārtotu asiņošanu:
 - atkārtota **hematemēze** vai **asiņains aspirāts** no nazogastrālās zondes,
 - jauna **tahikardija** vai **hipotensija** pēc iepriekšējas stabilizācijas,
 - atkārtota **melēna/hematohēzija** pēc izkārnījumu krāsas normalizācijas,
 - **Hb kritums ≥ 2 g/dL** pēc iepriekš stabila Hb līmeņa.

Atkārtota asiņošana

- **1. solis – atkārtota endoskopija**

Atkārtota endoskopija jāveic **pēc iespējas ātrāk** pēc pacienta stabilizēšanas.

Atkārtota endoskopiskā hemostāze ir **efektīva ~75% gadījumu**.

- **2. solis – transarteriāla embolizācija**

Indikācija: ja atkārtota endoskopiskā hemostāze **nav efektīva**.

- **3. solis – ķirurģiska ārstēšana**

Indikācija: ja

- atkārtota endoskopiska hemostāze **nav efektīva**, un/vai
- **embolizācija nav pieejama**
- ir **noturīga hemodinamiska nestabilitāte**, neskatoties uz mēģinājumiem apturēt asiņošanu.

Profilaktiskā angioembolizācija

- **nav konsensusa**
- Tomēr šī metode **var tikt apsvērtā selektīvi** pacientiem ar:
 - **augstu atkārtotas asiņošanas risku** (piem., liela (>2 cm) vai tehniski grūti ārstējama čūla, aizmugurējā duodenāla čūla, kuņģa leņķa čūla),
 - **augstu ķirurģisko risku**, īpaši **multimorbīdiem pacientiem**, kuriem atkārtota asiņošana vai operācija var būt saistīta ar būtisku mirstību vai komplikācijām.
- RAKUSā ir izveidots profilaktiskas embolizācijas algoritms, pamatojoties uz pētījumu dateim

Ķirurģiskā ārstēšana

1. Neatliekamā operācija – pie aktīvas asiņošanas

- **damage control principi - mērķis — ātra un efektīva hemostāze,**
- **veic minimāli nepieciešamo operāciju,** piemēram:
 - gastrotomija vai duodenotomija ar čūlas apšūšanu,
 - nepieciešamības gadījumā — **piloroplastika,**
 - pieļaujama **rezekcija,** ja cita hemostāze nav iespējama.
- jācenšas **izvairīties no liela apjoma rezekcijām un ilgstošām operācijām,** jo pacienti bieži ir hemodinamiski nestabili.

2. Akūtā operācija – bez aktīvas asiņošanas

Pacientiem **ar lielu čūlu/augstu atkārtotas asiņošanas risku.**

- Pēc pacienta stabilizācijas un sagatavošanas izvēles metode bieži ir: **kunģa rezekcija ar Roux-en-Y rekonstrukciju.**

H pylori eradikacija

- **Visiem pacientiem** ar peptisku čūlu un/vai augšējā GI asiņošanu **jāveic H. pylori tests jau primārās endoskopijas laikā** (ureāzes tests un/vai biopsija).
- **Ja tests ir pozitīvs** → uzsākt **eradikācijas terapiju**.
 - Pēc terapijas **obligāta kontrole**, lai apstiprinātu izskaušanu
 - var pielietot elpceļu ureāzes testu, fēču antigēna testu, biopsijas ar nosacījumu, ka:
 - ir pagājušas **≥4 nedēļas pēc antibiotikām**,
 - Un **≥2 nedēļas pēc PPI pārtraukšanas**.
- **Ja tests ir negatīvs**, īpaši asiņošanas dēļ (jo asiņošana var dot viltus negatīvu rezultātu) → **testu atkārtot pēc 4-8 nedēļām**:
 - var pielietot elpceļu ureāzes testu, fēču antigēna testu, biopsijas ar nosacījumu, ka:
 - ir pagājušas **≥2 nedēļas pēc PPI pārtraukšanas**.

Antikoagulantu un antiagregantu lietošana

- **Aspirīns**

- **Primārā profilakse:**

- Aspirīna lietošanu **pārtrauc**. Pārvērtē nepieciešamību turpmākai lietošanai (bieži nav indikāciju atsākt).

- **Sekundārā profilakse** (KSS, stenti, insults):

- Aspirīnu **nepārtrauc**. Ja klīniski nepieciešama īslaicīga pārtraukšana, tad **atsāk 3.–5. dienā** pēc hemostāzes.

- **Dualā antitrombotiskā terapija** (aspirīns + klopidoģrels):

- Aspirīnu – **nepārtrauc**.

- **Klopidoģrelu** – **pārtrauc**, pēc kardiologa konsultācijas **atsāk 5. dienā** var veikt atkārtotu endoskopiju (izvērtē bojājuma stabilitāti un asiņošanas risku).

Visiem pacientiem, kuri turpinās lietot antikoagulantus vai antiagregantus, obligāti paralēli jālieto PPI!

Antikoagulantu un antiagregantu lietošana

- **Antikoagulanti**

- **Tiešie perorālie antikoagulanti** (apiksabāns, rivaroksabāns, dabigatrāns, edoksabāns)
 - Lietošanu pārtrauc.
 - **Atsāk 3–7 dienu laikā**, atkarībā no trombembolijas riska un stabilas hemostāzes.
- **Netiešie perorālie antikoagulanti** (varfarīns):
 - Lietošanu pārtrauc.
 - **Atsāk 3–7 dienu laikā** pēc stabilas hemostāzes.
- **Augsta trombembolijas riska gadījumos var būt nepieciešama heparīna “bridging” taktika.**

- **Visiem pacientiem, kuri turpinās lietot antikoagulantus vai antiagregantus, obligāti paralēli jālieto PPI!**



Paldies