



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE  
AL REPUBLICII MOLDOVA**

# **Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult**

**Protocol clinic național**

**PCN-332**

**Chișinău, 2018**

**Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova  
din 20.06.2018, proces verbal nr.3**

**Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii  
Moldova nr.883 din 11.07.2018 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național  
„Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

<b>Eugen Guțu</b>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
<b>Vasile Guzun</b>	Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal nr. 1
<b>Vladimir Iacob</b>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

**Recenzenți oficiali:**

<b>Victor Ghicavii</b>	Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Ghenadii Curocichin</b>	Catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Valentin Gudumac</b>	Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Gheorghe Ciobanu</b>	Catedra Urgențe medicale USMF „Nicolae Testemițanu”
<b>Vladislav Zara</b>	Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
<b>Elena Palanciuc</b>	Agencia Națională pentru Sănătate Publică
<b>Iurie Osoianu</b>	Compania Națională de Asigurări în Medicină

<b>CUPRINS</b>	3
<b>ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT</b>	4
<b>PREFAȚĂ</b>	5
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ</b>	5
<i>A.1. Diagnosticul</i>	5
<i>A.2. Codul bolii (CIM 10)</i>	5
<i>A.3. Utilizatorii</i>	7
<i>A.4. Scopurile protocolului</i>	7
<i>A.5. Data elaborării protocolului</i>	8
<i>A.6. Data următoarei revizuirii</i>	8
<i>A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului</i>	8
<i>A.8. Definițiile folosite în document</i>	8
<i>A.9. Informația epidemiologică</i>	9
<i>A.10. Clase de recomandare și nivele de evidență</i>	10
<b>B. PARTEA GENERALĂ</b>	11
<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>	11
<i>B.2. Nivel de asistență medicală de urgență</i>	12
<i>B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator</i>	13
<i>B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească</i>	14
<b>C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ</b>	16
<i>C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului cu UGDH în staționar</i>	16
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR</b>	18
<i>C.2.1. Clasificarea</i>	18
<i>C.2.2. Fiziopatologia ulcerului gastroduodenal hemoragic</i>	18
<i>C.2.3. Factorii de risc</i>	19
<i>C.2.4. Conduita pacientului cu ulcerul gastroduodenal hemoragic</i>	20
<i>C.2.4.1. Măsurile diagnostice generale</i>	20
<i>C.2.4.2. Manifestările clinice</i>	21
<i>C.2.4.2.1 Semne clinice</i>	21
<i>C.2.4.2.2 Evaluarea hemodinamicii centrale</i>	21
<i>C.2.4.2.3. Timpul spitalizării</i>	22
<i>C.2.4.2.4. Anamneza</i>	23
<i>C.2.4.3. Diagnosticul diferențial</i>	23
<i>C.2.4.4. Criteriile de spitalizare</i>	26
<i>C.2.4.5. Investigațiile paraclinice</i>	26
<i>C.2.4.6. Evaluarea gravității pierderii sangvine și frecvența monitorizării</i>	29
<i>C.2.4.7. Gastroscoopia diagnostică</i>	31
<i>C.2.4.7.1. Pregătirea pentru examinare endoscopică primară</i>	31
<i>C.2.4.7.2. Momentul efectuării gastroscopiei</i>	32
<i>C.2.4.7.3. Factorii de risc ai informativității reduse a gastroscopiei</i>	33
<i>C.2.4.7.4. Depistarea sursei hemoragiei</i>	33
<i>C.2.4.7.5. Stigmatetele hemoragiei ulceroase</i>	34
<i>C.2.4.8. Prognosticul episodului hemoragic</i>	35
<i>C.2.4.8.1. Aprecierea pronosticului</i>	35
<i>C.2.4.9. Terapia endoscopică</i>	37

<i>C.2.4.9.1. Indicațiile către hemostaza endoscopică</i>	37
<i>C.2.4.9.2. Metodele hemostazei endoscopice</i>	38
<i>C.2.4.9.2.1. Metodele termice de hemostază endoscopică</i>	38
<i>C.2.4.9.2.2. Metodele injecționale de hemostază endoscopică</i>	39
<i>C.2.4.9.2.3. Metodele mecanice de hemostază endoscopică</i>	39
<i>C.2.4.9.2.4. Metodele topice de hemostază endoscopică</i>	40
<i>C.2.4.9.3. Hemostaza endoscopică combinată</i>	40
<i>C.2.4.9.4. Insuccesul hemostazei endoscopice</i>	41
<i>C.2.4.9.5. Endoscopia second-look</i>	41
<i>C.2.4.10. Complicațiile gastroscopiei diagnostico-curative</i>	42
<i>C.2.4.10.1. Complicațiile gastroscopiei diagnostice</i>	42
<i>C.2.4.10.2. Gastroscopia diagnostico-curativă la pacienții cu patologie cardiacă</i>	42
<i>C.2.4.10.3. Complicațiile locale ale hemostazei endoscopice</i>	43
<i>C.2.4.11. Recidiva hemoragiei ulceroase</i>	43
<i>C.2.4.11.1. Definiția și importanța clinică a recidivei hemoragiei ulceroase</i>	43
<i>C.2.4.11.2. Criteriile diagnostice ale recidivei hemoragiei ulceroase</i>	43
<i>C.2.4.11.3. Caracteristicile clinice ale recidivei hemoragiei ulceroase</i>	43
<i>C.2.4.11.4. Hemostaza endoscopică repetată în cazul resângerării</i>	44
<i>C.2.4.11.5. Embolizarea arterială transcateter</i>	44
<i>C.2.4.12. Tratamentul conservativ</i>	45
<i>C.2.4.12.1. Principiile terapiei intensive</i>	45
<i>C.2.4.12.2. Terapia antisecretorie</i>	46
<i>C.2.4.12.3. Hemotransfuzia</i>	47
<i>C.2.4.12.4. Altă medicație</i>	48
<i>C.2.4.12.5. Medicația asociată precedentă</i>	49
<i>C.2.4.13. Tratamentul chirurgical</i>	50
<i>C.2.4.13.1. Timpul efectuării tratamentului chirurgical</i>	50
<i>C.2.4.13.2. Operația de urgență imediată</i>	50
<i>C.2.4.13.3. Operația de urgență amânată</i>	51
<i>C.2.4.13.4. Operația programată</i>	52
<i>C.2.4.13.5. Volumul intervenției chirurgicale</i>	52
<i>C.2.4.13.6. Hemostaza chirurgicală în ulcerul duodenal</i>	53
<i>C.2.4.13.7. Volumul operației de urgență în ulcerul duodenal hemoragic</i>	53
<i>C.2.4.13.8. Volumul operației de urgență în ulcerul gastric hemoragic</i>	54
<i>C.2.4.13.9. Complicațiile postoperatorii după rezolvarea chirurgicală a UGDH</i>	55
<i>C.2.4.13.10. Etapa postoperatorie</i>	56
<i>C.2.5. Criterii de externare</i>	56
<i>C.2.6. Profilaxia</i>	57
<i>C.2.7. Supravegherea pacienților</i>	57
<b>D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL</b>	58
<i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i>	58
<i>D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de asistență medicală de urgență</i>	58
<i>D.3. Instituțiile /secțiile de asistență medicală specializată de ambulator</i>	59
<i>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale, republicane, inclusiv departamentale și particulare</i>	59
<b>E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI</b>	61
<i>Anexă. Ghidul pacientului</i>	62
<i>Anexă. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru UGDH</i>	65
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	66

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ABC	Airway, Breathing, Circulation: căile respiratorii, respirația și circulația
ABS	Ankaferd Blood Stopper
AINS	Antiinflamatorii non-steroidiene
AMP	Asistență medicală primară
AMU	Asistența medicală de urgență
APACHE	Acute Physiology And Chronic Health Evaluation
ATI	Anestezie și terapie intensivă
BU	Boala ulceroasă
CE	Concentrat eritrocitar
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	International normalized ratio
IPP	Inhibitorii pompei protonice
MSMșiPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
O	Obligatoriu
OOM	Operația organomenajantă
PPC	Plasma proaspăt congelată
Ps	Puls
R	Recomandabil
Rh	Factorul rhesus
RH	Recidiva hemoragiei
RM	Republica Moldova
SaO2	Puls-oximetria
SCM nr.1	Spitalul Clinic Municipal nr.1
TA	Tensiunea arterială
TAsis	Tensiunea arterială sistolică
TTPA	Timpul de tromboplastină parțial activat
UGD	Ulcerul gastroduodenal
UGDH	Ulcerul gastroduodenal hemoragic
UI	Unități internaționale
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VSC	Volumul sângelui circulant
VS	Vagotomia selectivă
VSP	Vagotomia selectivă proximală
VT	Vagotomia tronculară

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (MSMșiPS RM), constituit din specialiștii Catedrei Chirurgie Generală și Semiologie nr.3 a Universității de Stat de Medicină și Farmacie (USMF) „Nicolae Testemițanu” și ai Spitalului Clinic Municipal nr.1 din Chișinău.

Protocolul Clinic Național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind ulcerul gastroduodenal hemoragic la adulți și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor clinice instituționale. La recomandarea MSMșiPS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul Clinic Național.

## **A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ**

### **A.1. Diagnosticul:**

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**

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

- 0 Acut cu hemoragie
- 1 Acut cu perforație
- 2 Acut atât cu hemoragie cât și cu perforație
- 3 Acut fără hemoragie sau perforație
- 4 Cronic sau nespecificat cu hemoragie
- 5 Cronic sau nespecificat cu perforație
- 6 Cronic sau nespecificat atât cu hemoragie cât și cu perforație
- 7 Cronic fără hemoragie sau perforație
- 9 Nespecificat ca acut sau cronic, fără hemoragie sau perforație

#### **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:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie).
- Asistența medicală urgentă (AMU).
- Centrele de sănătate (medici de familie și asistentele medicilor de familie).
- Centrele medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie).
- Secțiunile consultative raionale și municipale (medici-chirurghi, asistente medicale).
- Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, medici-gastroenterologi, medici-chirurghi, medici-endoscopiști, asistente medicale).
- Secțiunile de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medici-chirurghi, medici-endoscopiști, medici anesteziologi-reanimatologi, medici-gastroenterologi, medici rezidenți, asistente medicale).

**Notă:** Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de către alți specialiști.

### A.4. Scopurile protocolului:

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

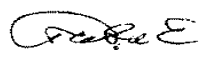

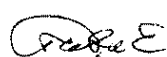

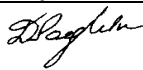
### A.5. Data elaborării protocolului: 2018




### A.6. Data următoarei revizuirii: 2020

### A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția deținută
Eugen Guțu	d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedră Chirurgie generală și semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele Comisiei de specialitate „Chirurgie” a MSMPS;
Vasile Guzun	d.ș.m., șef bloc operator chirurgical-ginecologic, IMSP SCM nr. 1;
Vladimir Iacob	d.ș.m., conferențiar universitar, Catedra Chirurgie generală și semiologie nr.3 a USMF „Nicolae Testemițanu”.

### Protocolul a fost discutat și aprobat de:

Denumirea	Persoana responsabilă – semnătura
Catedra Chirurgie Generală și Semiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	
Seminarului științific de profil, specialitatea Chirurgie	
Asociația chirurgilor “N. Anestiadi” din RM	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	

Consiliul de Experti al MS RM	
Agenția Națională pentru Sănătate Publică	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

## A.8. Definițiile 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* și a preparatelor antisecretorii puternice.

**Ulcerul cronic gastroduodenal** este definit ca o leziune erozivă, caracterizată prin apariția defectului tisular, care începe în epiteliu stomacului sau duodenului și se extinde prin mucoasă în lamina propria și, uneori, implică toate straturile peretelui gastroduodenal. Ca regulă, ulcer cronic este adânc, are un diametru mai mare de 5 mm și nu trebuie confundat cu eroziunea acută. Ulcerul poate progresa cu implicarea și 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 apariției sunt: rezecția gastrică neadecvată cu păstrarea unei porțiuni a regiunii antrale a stomacului, vagotomia incompletă, hiperparatiroidismul, gastrinomul, vârsta tânără a pacientului la momentul operației, consumul remediilor ulcerogene și 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 și duoden; și deseori este divizată în variceală și non-variceală. Ulcerul cronic gastroduodenal reprezintă cea mai frecventă cauză a hemoragiilor digestive superioare non-variceale clinic importante și în majoritatea grupurilor de populație constituie circa jumătate din numărul total de cazuri.

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

**Hemoragia ulceroasă** – reprezintă o complicație a ulcerului gastroduodenal, ce se caracteriază prin lezarea unui vas (arterial, venos sau capilar) din baza ulcerului cu extravazarea sângelui în lumenul gastric sau duodenal. În practică hemoragia ulceroasă se stabilește 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, însoțită de manifestări atât locale cât și generale ale hemoragiei și, deseori, de modificarea acută a funcționării sistemelor organismului.

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

**Recidiva hemoragiei** – se consideră o resângerare repetată, declanșată după stoparea inițială a acesteia în cadrul aceleiași spitalizări.

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

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



**Melena** – scaunul de culoare roșie-închisă sau neagră, cu miros specific urât, de consistență 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. Apariția melenei indică asupra unei hemoragii declanșate, cel puțin, cu 12-14 ore în urmă.

**Scaunul „ca păcura”** – scaunul de culoare neagră cu nuanța roșietică, colorat de sângele exteriorizat în lumenul tractului gastrointestinal superior, și de consistență obișnuită (oformat).

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

**Șocul** este considerat drept scăderea tensiunii arteriale sistolice sub 100 mm Hg în asocieră cu tahicardie peste 100 bătă/min, paliditate, tegumente reci, statusul mental dereglat și oligoanurie.

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

**Colapsul în antecedente** este apreciat subiectiv de pacient ca stare de leșin, 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 pacienții cu ulcer gastroduodenal hemoragic.

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

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

**Hemostaza endoscopică** – stoparea hemoragiei prin metodele endoscopice, care datorită eficacității și siguranței înalte, a devenit un standard actual al asistenței medicale în cazul hemoragiilor ulceroase gastroduodenale.

**Endoscopia second-look** – este endoscopia programată repetată, efectuată la bolnavii cu hemostază în ulcer deja obținută, și 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 și pronostic rezervat, precum și grad major al riscului operator.

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

**Procedeele rezecționale**, pe lângă înlăturarea ulcerului hemoragic, sunt orientate la reducerea acidității gastrice. În rezultatul rezecției funcția producătoare de acid a stomacului se reduce mult mai sigur, prin eliminarea mecanismului gastrinic și înlăturarea unei mase majore de celule parietale. Rezecția gastrică 2/3 micșorează previzibil răspunsul secretor cu 60-80%.

## A.9. Informația epidemiologică

Morbiditatea prin ulcer gastroduodenal (UGD) în general s-a redus din cauza descoperirii rolului etiologic important al *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) și succeselor în terapia medicamentoasă a bolii ulceroase: utilizarea largă a H<sub>2</sub>-blocatorilor și a inhibitorilor pompei protonice (IPP). Cu toate acestea nu se poate vorbi despre scăderea importanței clinice și sociale a bolii ulceroase (BU). Unul din 10 locuitori ai Europei și Americii de Nord pe parcursul vieții suferă de BU, raportul dintre bărbați și femei fiind de 3:1.

Hemoragia este cauză principală a deceselor, asociate cu UGD și incidența acestei complicații nu s-a schimbat esențial după introducerea în practica medicală preparatelor antisecretoarei contemporane (3-8 spitalizări la 10.000 de locuitori în țările occidentale). Riscul hemoragiei din ulcer duodenal pe parcursul vieții la pacienții care nu au avut intervenții chirurgicale și care nu primesc terapia de întreținere continuă constituie 35%. Majoritatea hemoragiilor se dezvoltă în timpul apariției sau recurenței ulcerului activ, iar pacienții care au avut antecedente hemoragice au un risc mai mare de sângerare repetată.

Ulcerul gastroduodenal hemoragic (UGDH) este o urgență medicală majoră, reprezentând peste 50% din spitalizările pentru hemoragiile digestive superioare (HDS) în populația generală. Anual în spitalele din Republica Moldova sunt spitalizați 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 pacienții, la care s-a dezvoltat recidiva hemoragiei (RH) în timpul spitalizării este 30-40%.

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

Ultimele decade au fost marcate printr-un progres substanțial în diagnosticul și tratamentul hemoragiilor ulceroase gastroduodenale. Acest fapt este condiționat de realizările impresionante ale terapiei intensive și supravegherii pacienților, elaborarea și implementarea remediilor medicamentoase cu eficacitate înaltă, perfecționarea tehnologiilor endoscopice și abordările chirurgicale mai selective și mai puțin invazive.

#### A.10. Clase de recomandare și nivele de evidență

<b>Clasa I</b>	Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau tratament	Este recomandat/este indicat
<b>Clasa II</b>	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/eficacitatea tratamentului sau procedurii	
<b>Clasa IIa</b>	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență	Ar trebui luat în considerare
<b>Clasa IIb</b>	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Ar putea fi luat în considerare
<b>Clasa III</b>	Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător	Recomandare slabă, sunt posibile abordări alternative

<b>Nivel de evidență A</b>	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate
<b>Nivel de evidență B</b>	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare
<b>Nivel de evidență C</b>	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. Nivel de asistență medicală primară (medici de familie și asistentele medicilor de familie)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
<b>1. Screening-ul UGD.</b> <b>C.2.6.- C2.7.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efectuarea esofagogastroduodenoscopiei (FEGDS) programat activ la pacienții cu anamneză ulceroasă.</li> <li>Profilaxia acutizării UGD prin administrarea sezonieră a IPP sau H2-blocatorilor la pacienții cu boala ulceroasă cunoscută.</li> <li>Evaluarea și tratamentul infecției H.pylori.</li> <li>Administrarea rațională a AINS, când este necesar.</li> </ul>	<b>Obligatori:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Screening-ul UGD și a pacienților ce au suportat episod de UGDH (caseta 57, 58).</li> <li>Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului și examinărilor sezoniere programate obligatoriu prin aducerea la cunoștință a complicațiilor posibile (caseta 58).</li> <li>Reevaluare o dată la 6 luni cu recomandarea tratamentului (caseta 58).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul.</b> 2.1. Suspectarea diagnosticului de UGDH. <b>C.2.3.</b> <b>C.2.4.1.</b> <b>C.2.4.2.</b> <b>C.2.4.2.1- C.2.4.2.2</b> <b>C.2.4.2.4.</b> <b>C.2.4.3.</b> <b>C.2.4.5.</b> <b>C.2.4.7.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acuzele, anamneza, examenul obiectiv, de laborator și endoscopic permite suspectarea UGDH.</li> </ul>	<b>Obligatori:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluarea factorilor de risc (caseta 2).</li> <li>Evaluarea stării generale, respirației și a hemodinamicii centrale (caseta 6).</li> <li>Evaluarea volumului hemoragiei (caseta 12).</li> <li>Acuzele și anamneza (caseta 4, 5, 8).</li> <li>Examenul obiectiv (caseta 9).</li> <li>Examen de laborator (tabelul 1).</li> <li>FEGDS (tabelul 1, caseta 15).</li> <li>Diagnosticul diferențial (caseta 10).</li> </ul> <p>La suspjecție de ulcer gastroduodenal hemoragic, examinările paraclinice și endoscopice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt.</p>
<b>3. Decizia.</b> Consultația specialiștilor și/sau spitalizarea. <b>C.2.4.4.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultul medicului chirurg permite confirmarea diagnosticului de UGDH.</li> </ul>	<b>Obligatori:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La suspjecția UGDH este indicată transportarea cu transport specializat în regim de urgență în instituție medicală cu secție chirurgicală specializată (caseta 11).</li> </ul>
<b>4. Tratamentul.</b> <b>4.1. Tratament simptomatic.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcțiilor vitale.</li> </ul>	<b>Obligatori:</b> <b>Tratamentul se va efectua doar în condiții de staționar (caseta 42).</b>

<b>C.2.4.12.2.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratatamentul simptomatic nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.</li> </ul>	
<b>5. Supravegherea. C.2.7.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supraveghere după tratamentul conservativ în staționar sau operator, după externarea la domiciliu.</li> <li>• FEGDS la pacienții ce au suportat episod de UGDH peste 4-6 săptămâni după externare.</li> <li>• Eradicarea H.pylori la pacienții contaminați.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensarizarea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit (<i>caseta 58</i>).</li> </ul>

### **B.2. Nivel de asistență medicală de urgență (medici de urgență și asistenți/felceri de urgență)**

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
<p><b>1. Diagnosticul UGDH.</b> 1.1 Suspectarea și confirmarea diagnosticului de UGDH. <b>C.2.4.1.</b> <b>C.2.4.2</b> <b>C.2.4.2.1.- C.2.4.2.2</b> <b>C.2.4.2.4.</b> <b>C.2.4.3.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuzele, anamneza și examenul obiectiv permite suspectarea UGDH.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea stării generale, respirației și a hemodinamicii centrale (<i>caseta 6</i>).</li> <li>• Evaluarea volumului hemoragiei (<i>caseta 12</i>).</li> <li>• Acuzele și anamneza (<i>caseta 4, 5, 8</i>).</li> <li>• Examenul obiectiv (<i>caseta 9</i>).</li> <li>• Diagnosticul diferențial (<i>caseta 10</i>).</li> </ul> <p>În caz de suspecție de UGDH este obligatorie transportarea pacientului în Instituție medicală cu posibilități de acordare a asistenței medicale specializate chirurgicale (<i>caseta 11</i>).</p>
<p><b>2. Decizia:</b> Spitalizarea și consultația chirurgului în IMSP, care recepționează urgențele chirurgicale. <b>C.2.4.4.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transportul medical asistat în IMSP spitalicească, care deservește urgențele chirurgicale, pentru consultul obligator al medicului chirurg pentru confirmarea diagnosticului de UGDH.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toți pacienții cu suspecție la UGDH necesită transport medical asistat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ECG.</li> <li>- Pulsoximetrie.</li> <li>- Glucometrie.</li> <li>- Monitorizare a pulsului, TA, temperaturii, aspirației sângelui în căile aeriene.</li> </ul> </li> <li>• Consultația medicului chirurg.</li> <li>• Suspectarea diagnosticului de UGDH este indicație absolută</li> </ul>

<p><b>3.Tratamentul</b> 3.1. În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al pacienților critici cu UGDH. <b>C.2.4.12.1.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcțiilor vitale.</li> <li>• Tratamentul simptomatic nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.</li> </ul>	<p>pentru spitalizarea în serviciul de chirurgie (<i>caseta 11</i>).</p> <p><b>Obligatori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transport pe brancardă în poziție Sim, în decubit lateral.</li> <li>• Oxigenoterapie</li> <li>• Stabilizare hemodinamică (Sol. Natrii chloridum 0,9% 1000-1500 ml) în caz de hipotensiune.</li> <li>• Medicație inotropă pozitivă, la necesitate.</li> <li>• Prevenirea aspirației pulmonare.</li> </ul>
--	---	--

### ***B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (medic chirurg)***

<b>Descriere (măsuri)</b>	<b>Motive (repere)</b>	<b>Pași (modalități și condiții de realizare)</b>
<p><b>1. Diagnosticul.</b> Suspectarea diagnosticului de UGDH. <b>C.2.3.</b> <b>C.2.4.1.</b> <b>C.2.4.2.</b> <b>C.2.4.2.1- C.2.4.2.2</b> <b>C.2.4.2.4.</b> <b>C.2.4.3.</b> <b>C.2.4.5.</b> <b>C.2.4.7.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuzele, anamneza, examenul obiectiv, de laborator și endoscopic permite suspectarea UGDH.</li> </ul>	<p><b>Obligatori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 2</i>).</li> <li>• Evaluarea stării generale, respirației și a hemodinamicii centrale (<i>caseta 6</i>).</li> <li>• Evaluarea volumului hemoragiei (<i>caseta 12</i>).</li> <li>• Acuzele și anamneza (<i>caseta 4, 5, 8</i>).</li> <li>• Examenul obiectiv (<i>caseta 9</i>).</li> <li>• Examen de laborator (<i>tabelul 1</i>).</li> <li>• FEGDS (<i>tabelul 1, caseta 15</i>).</li> <li>• Diagnosticul diferențial (<i>caseta 10</i>).</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultația altor specialiști, la necesitate.</li> </ul> <p>La orice suspecție de ulcer gastroduodenal hemoragic, examinările paraclinice și endoscopice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt.</p>
<p><b>2. Selectarea metodei de tratament:</b> staționar <i>versus</i> ambulatoriu. <b>C.2.4.4.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• În unele cazuri la pacienții hemodinamic stabili, fără patologii concomitente și cu UGDH Forrest IIC sau Forrest III la gastroscopia pot fi tratați ambulator.</li> </ul>	<p><b>Obligatori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• În caz de suspecție de UGDH este obligatorie transportarea pacientului în Instituție medicală cu posibilități de acordare a asistenței medicale specializate chirurgicale (<i>caseta 11</i>).</li> </ul>

<p><b>3. Tratamentul.</b>  <b>3.1. Tratament simptomatic.</b>  <b>C.2.4.12.2.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamentul se va efectua pentru stabilizarea funcțiilor vitale.</li> <li>• Tratamentul simptomatic nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tratamentul se va efectua doar în condiții de staționar.</i></li> <li>• Tratament conservator, la necesitate (<i>caseta 42</i>).</li> <li>• Oxigenoterapie</li> <li>• Stabilizare hemodinamică (Sol. Natrii chloridum 0,9% 1000-1500 ml.)</li> <li>• Medicație inotropă pozitivă, la necesitate.</li> <li>• Prevenirea aspirației pulmonare.</li> </ul>
<p><b>4. Supravegherea.</b>  <b>C.2.7.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se efectuează de către chirurg în colaborare cu medicul de familie.</li> <li>• Supraveghere după tratamentul conservativ în staționar sau operator, după externarea la domiciliu.</li> <li>• FEGDS la pacienții ce au suportat episod de UGDH peste 4-6 săptămâni după externare.</li> <li>• Eradicarea H.pylori la pacienții contaminați.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examinările obligatorii de 2 ori pe an (<i>caseta 58</i>).</li> </ul>

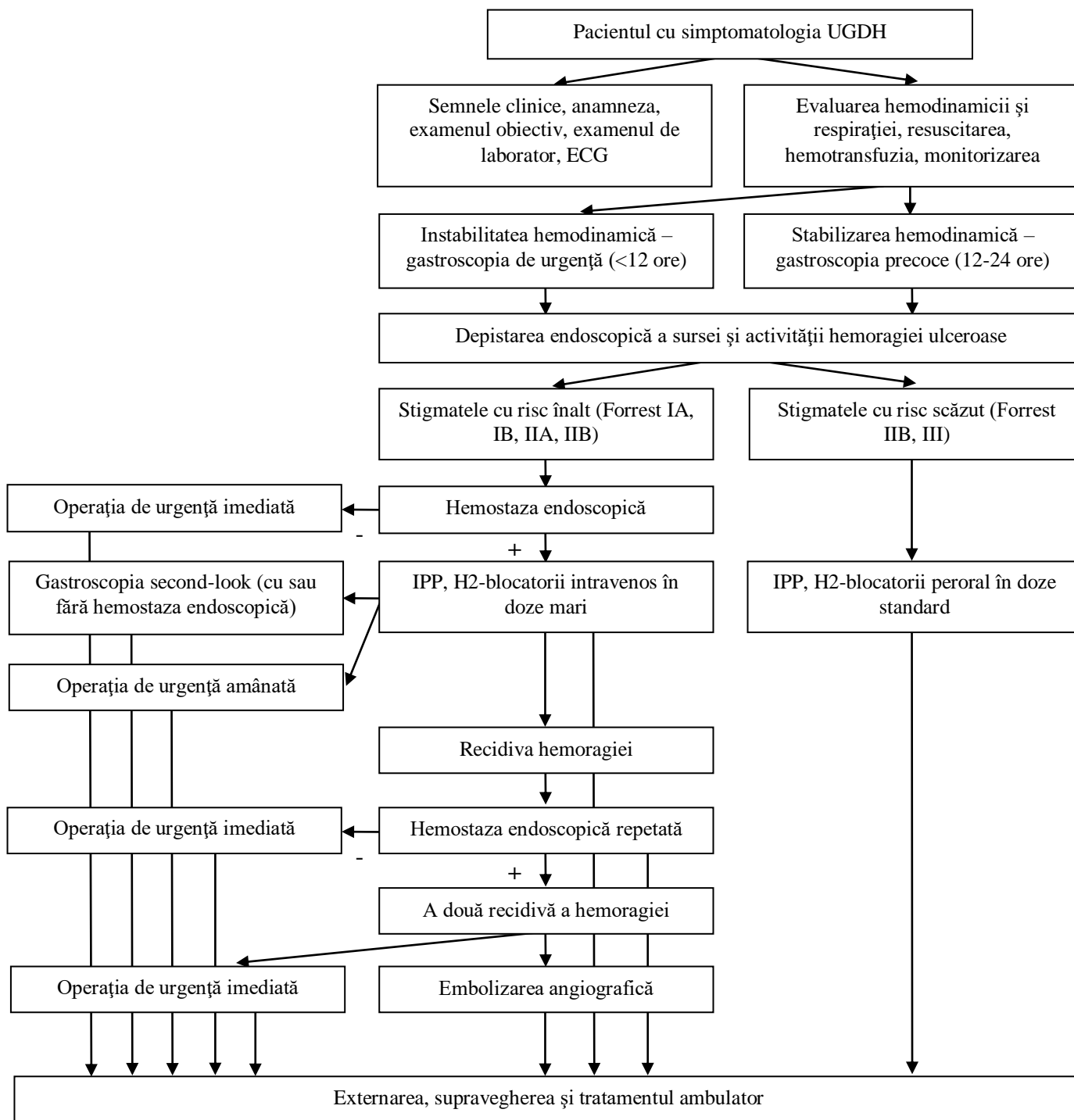
<b>B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească (spitale raionale, municipale, republicane)</b>		
<b>Descriere (măsurile)</b>	<b>Motive (reper)</b>	<b>Pași (modalități și condiții de realizare)</b>
<b>1. Diagnosticul.</b> <b>1.1. Confirmarea diagnosticului de UGDH.</b> <b>Algoritmul C.1.1.</b> <b>C.2.3.</b> <b>C.2.4.1.</b> <b>C.2.4.2.</b> <b>C.2.4.2.1- C.2.4.2.2</b> <b>C.2.4.2.4.</b> <b>C.2.4.3. - C.2.4.7.</b> <b>C.2.4.8.4.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuzele, anamneza, examenul obiectiv, de laborator și endoscopic permite confirmarea UGDH.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea stării generale, respirației și a hemodinamicii centrale (<i>caseta 6</i>).</li> <li>• Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 2</i>).</li> <li>• Acuzele și anamneza (<i>caseta 4, 5, 8</i>).</li> <li>• Examenul obiectiv (<i>caseta 9</i>).</li> <li>• Testele de laborator (<i>tabelul 1</i>).</li> <li>• ECG (<i>tabelul 1</i>).</li> <li>• FEGDS (<i>tabelul 1, caseta 15</i>).</li> <li>• Diagnosticul diferențial (<i>caseta 10</i>).</li> <li>• Evaluarea severității hemoragiei, a riscului operatoriu și prognosticului (<i>caseta 12, 13, 27</i>).</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultația altor specialiști, la necesitate.</li> <li>• USG, CT, examenul radiologic prin contrastare, arteriografia, scintigrafia, examenul radiologic panoramic al abdomenului la necesitate (<i>tabelul 1</i>).</li> </ul>
<b>2. Tratamentul.</b> <b>2.1. Hemostaza endoscopică.</b> <b>C.2.4.9.</b> <b>C.2.4.9.1.- C.2.4.9.5.</b> <b>C.2.4.10.</b> <b>C.2.4.10.1.- C.2.4.10.3.</b> <b>2.2. Tratamentul conservator.</b> <b>C.2.4.12.</b> <b>C.2.4.12.1. - C.2.4.12.5.</b> <b>2.3. Tratamentul chirurgical.</b> <b>C.2.4.13.</b> <b>C.2.4.13.1. - C.2.4.13.10.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este indicat în toate cazurile de UGDH.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea indicațiilor pentru hemostaza endoscopică (<i>caseta 25</i>).</li> <li>• Hemostaza endoscopică (<i>caseta 26, 27, 28, 29, 30</i>).</li> <li>• Tratamentul conservativ (<i>caseta 41, 42, 43, 44, 45</i>).</li> <li>• Evaluarea indicațiilor pentru tratament chirurgical (<i>caseta 39, 46</i>).</li> <li>• Pregătire preoperatorie (<i>caseta 41</i>).</li> <li>• Consultația anesteziologului.</li> <li>• Intervenția chirurgicală (<i>caseta 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53</i>).</li> <li>• Conduita postoperatorie (<i>caseta 54, 55</i>).</li> </ul>
<b>3. Hemoragia persistentă sau recurentă.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Măsurile curative de urgență</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuccesul hemostazei endoscopice (<i>caseta 31, 32</i>).</li> </ul>

<p><b>3.1. Insuccesul hemostazei endoscopice și complicațiile endoscopiei diagnostico-curative</b>  <b>C.2.4.9.4 - C.2.4.9.5.</b>  <b>C.2.4.10.</b>  <b>C.2.4.10.1.- C.2.4.10.3.</b></p> <p><b>3.2. Conduita recidivei hemoragiei</b>  <b>C.2.4.11.</b>  <b>C.2.4.11.1. - C.2.4.11.5.</b>  <b>C.2.4.13.2.</b>  <b>C.2.4.13.3.</b></p>	<p>sunt indicate în toate cazurile de hemoragie ulceroasă recurentă.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicațiile endoscopiei diagnostico-curative (<i>caseta 33, 34, 35</i>).</li> <li>• Criteriile diagnostice caracteristicile clinice ale recidivei hemoragiei ulceroase (<i>caseta 36, 37, 38</i>).</li> <li>• Hemostaza endoscopică repetată (<i>caseta 39</i>).</li> <li>• Intervenție chirurgicală de urgență (<i>caseta 47, 48</i>).</li> <li>• Embolizarea angiografică (<i>caseta 40</i>).</li> </ul>
<p><b>4. Externarea, supravegherea.</b>  <b>C.2.5.</b>  <b>C.2.7.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externare după epizodul de hemoragie ulceroasă, tratat endoscopic și/sau conservativ este posibilă peste 7 zile.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluarea criteriilor de externare (<i>caseta 56</i>).</li> </ul> <p><b>Extrasul va conține obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul exact detaliat.</li> <li>• Rezultatele investigațiilor efectuate.</li> <li>• Tratamentul efectuat.</li> <li>• Recomandările explicite pentru pacient.</li> <li>• Recomandările pentru medicul de familie.</li> </ul>



## C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu UGDH în staționar. (clasa de recomandare IIa)



## C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea

**Tipuri de ulcer cronic gastric conform clasificării modificate H.Johnson** în funcție de localizarea acestuia, nivelul secreției și particularitățile patogeniei. (*clasa de recomandare I*)

- Tip I este definit ca ulcer în corpul gastric fără modificări patologice ale duodenului, pilorului sau zonei prepilorice, și cu nivel scăzut al acidității. Comparativ cu alte localizări, în primul tip de ulcer gastric hemoragia se declanșează nu atât de frecvent.
- Tip II este prezentat de asocierea ulcerului mezogastric și ulcer (sau cicatrice postulceroasă) în duoden sau în canalul piloric. Deși mulți bolnavi cu ulcer de tipul II de obicei au secreție gastrică sporită, mulți dintre pacienți prezintă aciditate normală. Ulcerul gastric de tip II prezintă un pronostic rezervat, acesta este refractar la tratamentul conservativ și hemoragiază frecvent.
- Tip III prevede situarea ulcerului gastric în regiunea prepilorică. De obicei, pacienții cu ulcer gastric prepiloric prezintă aciditate sporită, similară cu aceasta la bolnavii cu ulcer duodenal.
- Tip IV reprezintă ulcer juxtacardial, situat lângă joncțiunea esofagogastrică. Particularitățile principale ale ulcerului de tipul IV este frecvența înaltă a acestuia (27%), secreția gastrică bazală și stimulată redusă, și ponderea mare de penetrare profundă și a hemoragiei.
- Tip V de ulcer gastric a fost definit ca ulcer provocat de acțiunea AINS și 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 și lamina propria, și care persistă sau progresează sub acțiunea acido-peptică a sucului gastric. Mai multe mecanisme neuronale, endocrine, paracrine și autocrine sunt responsabili pentru reglarea secreției gastrice acide și pentru reacțiile protective și reparatorie ale mucoasei GD. Ulcerele apar, când aceste mecanisme sunt întrerupte sau dereglate prin unele influențe agresive, cum ar fi infecția cu *H.pylori* sau consumul AINS. (*clasa de recomandare I*)
- *H.pylori* este considerat ca agent etiologic important în apariția ulcerelor GD și dezvoltarea complicațiilor acestora. La pacienții cu ulcer duodenal infecția cu *H.pylori* este asociată cu creșterea secreției gastrice bazale și maximale, precum și 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 acțiuni. Acestea includ efectul local iritant al AINS asupra epiteliului, afectarea proprietăților de barieră ale mucoasei, reducerea fluxului sanguin în peretele gastric și dereglarea mecanismelor de vindecare spontană a leziunilor superficiale. Prezența acidului în lumenul stomacului de asemenea contribuie la patogeneza leziunilor induse de AINS, prin inactivarea factorilor de creștere și afectarea proceselor reparatorie ale mucoasei, precum și dereglarea hemostazei locale. Se consideră, că efectul clinic important și cunoscut al AINS, care constă în apariția ulcerelor penetrante în stratul GD muscular și provocarea hemoragiilor ulceroase, este legat și cu acțiunea 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 observații ale terapiei endoscopice nereușite, necesității în intervenție chirurgicală și riscului de deces, sursa de hemoragie reprezintă defectele mucoasei GD, localizate în proiecția arterelor de dimensiuni mari: pe peretele duodenal posterior (artera gastroduodenală și pancreatoduodenală) și superior pe curbura mică gastrică (artera gastrica stânga cu ramurile sale). Diametrul arterei responsabile de hemoragia activă necontrolabilă endoscopic, conform datelor examenului histologic postoperator, depășește 1,0 mm. **(clasa de recomandare IIa)**
- În hemoragiile ulceroase acute clinic importante hemoragia intraluminală unimomentană se declanșează din defectul parietal lateral al vasului cu traiectul tangențial față de baza ulcerului și nu din artera terminală. Defectul peretelui arterial este acoperit de un tromb proaspăt parietal, compus dintr-o rețea fină de fibrină, eritrocite și trombocite. Formarea așa-numitului tromb „santină”, care obturează defectul în peretele vasului lezat, conduce la stoparea temporară a hemoragiei. În unele observații trombul are o formă bombată pseudoanevrismală, fără tapetare endotelială și prezentată de straturi de mase trombotice. Ambele formațiuni proeminează deasupra bazei ulcerului și 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 și caracteristicile vizuale ale vasului vizibil nehemoragic variază larg în literatura de specialitate. Se consideră drept vas vizibil nehemoragic formațiunea semisferică sau ovală de culoare roșie sau albastră-roșietică proeminentă de asupra defectului ulceroasă și, uneori, pseudoaneurismul pulsatil. Anume trombul „santină” care obturează fistula arterială, este vizualizat în timpul examenului endoscopic sau intervenției chirurgicale în baza UGDH ca un vas vizibil nehemoragic. În același timp, de regulă, trombul nu se extinde în lumenul arterei adiacente și 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, prezența fistulei arteriale laterale cu păstrarea fluxului sangvin prin vas și caracterul instabil și nefinisat al trombogenezii în zona defectului vascular. **(clasa de recomandare IIa)**
- Probabil, dinamica clinică pozitivă și dispariția vasului vizibil din UGDH este determinată de răspândirea trombului la întreg lumenul arterial. La trombarea vasului inițial se formează un tromb roșu mare, care treptat se întunecă și se reduce în dimensiuni, cu timpul acesta pierde trombocitele și se substituie printr-o placă albă, conținând fibrină. Progresarea ulterioară a acestor semne poate conduce la obturarea completă și tromboza organizată a vasului subiacent, ce se însoțește 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 letalității la bolnavii cu hemoragie ulceroasă gastroduodenală.**

Următorii factori sunt asociați cu exodul negativ al episodului hemoragic din ulcer GD, definit prin severitatea sângerării, hemoragie persistentă necontrolabilă, resângerare, necesitate în intervenție chirurgicală și mortalitate:

- Vârsta înaintată. Mortalitatea în cazul UGDH crește odată cu vârsta. Rata mortalității crește de 1,8-3 ori pentru vârsta > 60 de ani (comparativ cu pacienții cu vârsta cuprinsă între 45-59 ani) și de la 4,5-12 ori pentru vârsta > 75 de ani (comparativ cu

pacienții  $\leq 75$  ani). (*clasa de recomandare IIb*)

- Patologia concomitentă importantă. Absența comorbidității semnificative este însoțită cu o mortalitate de până la 4%. Prezența unei singure patologii concomitente aproape dublează mortalitatea (x 1,8), iar insuficiența cardiacă (x 1,8) sau procesul malign asociat (x 3,8) înrăutățește prognosticul semnificativ. Ciroza hepatică este asociată cu dublarea mortalității la un pacient cu UGDH, cauzate de un risc mult mai mare de hemostaza endoscopică, intervenție chirurgicală sau transfuzie de sânge. (*clasa de recomandare IIa*)
- Dezvoltarea hemoragiei ulceroase în staționar are un risc aproximativ de trei ori mai mare de deces comparativ cu pacienții admiși primar pentru UGDH. Acest fapt se datorează mai mult prezenței comorbidităților, care și au prezentat motivul pentru spitalizare, decât severității hemoragiei. (*clasa de recomandare I*)
- Șocul sau instabilitatea hemodinamică la spitalizare (hipotensiune arterială și tahicardie) este asociată cu creșterea mortalității (de 3,8 ori) și necesității în intervenție chirurgicală pentru hemostaza în ulcer. (*clasa de recomandare I*)
- Hemoragia activă la spitalizare este asociată cu risc crescut de intervenție (de 2 ori) și de o mortalitate (de 50 ori). (*clasa de recomandare IIa*)
- Dimensiunile ulcerului  $\geq 2,0$  cm. (*clasa de recomandare I*)
- Volumul hemotransfuziei  $\geq 600$  ml. (*clasa de recomandare I*)
- Recidiva hemoragiei pe parcursul spitalizării. (*clasa de recomandare I*)
- Operația de urgență imediată. (*clasa de recomandare I*)
- Complicații postoperatorii. (*clasa de recomandare I*)

**Notă:** Consumul AINS și anticoagulantelor nu afectează negativ rezultatele tratamentului ale pacienților 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 și acuzelor.
- Examinarea clinică.
- Examinarea de laborator.
- Examinarea endoscopică.
- Evaluarea riscului de complicații (consultația specialiștilor).
- Luarea deciziei referitor la conduita de tratament.
- Efectuarea tratamentului (conservativ, endoscopic, chirurgical).
- Tratamentul complicațiilor evolutive.
- Supravegherea activă.

##### ***C.2.4.1. Măsurile diagnostice***

**Caseta 4. Măsurile diagnostice generale.**

- Evaluarea inițială a pacientului cu suspexii la UGDH include culegerea acuzelor și anamnezei complete, examinarea clinică și de laborator cu scopul determinării severității hemoragiei și identificării bolnavilor cu risc înalt, care necesită acțiuni curative rapide și adecvate pentru minimalizarea morbidității și mortalității. (*clasa de recomandare I*)
- Aprecierea severității pierderii sangvine și a stării hemodinamicii este excepțional de importantă și trebuie efectuată îndată după spitalizarea pacientului cu semne de hemoragie GI superioară. (*clasa de recomandare I*)

- Dacă starea bolnavului este gravă, fiind condiționată de hemoragia continuă sau șocul hipovolemic, măsurile diagnostice și cele de resuscitare se efectuează simultan și foarte rapid. (*clasa de recomandare I*)
- La bolnavii hemodinamic stabili, dar care prezintă un tablou clinic de hemoragie acută, este posibilă o estimare mai minuțioasă și fără grabă a semnelor clinice, culegerea anamnezei, stabilirea factorilor concomitenți de risc și a maladiilor cu corecția acestora, utilizarea metodelor diagnostice instrumentale. (*clasa de recomandare IIb*)
- Este necesar de ținut cont, că starea pacienților cu hemoragii ulceroase GD poate să se agraveze imprevizibil de repede. Prin urmare, chiar și în cazul unei situații aparent „calme” la prima vedere, este de preferat ca măsurile de diagnosticare să se efectueze în condițiile secției de anestezie și terapie intensivă (ATI), iar serviciul de anesteziologie și echipa chirurgicală trebuie să fie preîntâmpinate de o posibilă intervenție 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 „zaț de cafea”, melenă și scaun „ca păcura”. (*clasa de recomandare I*)
- Termenul hematemezis sau vomă cu sânge se numește eliminarea maselor vomitive, care conțin sânge proaspăt de culoare purpurie sau cheaguri de sânge de dimensiuni considerabile. (*clasa de recomandare I*)
- Voma cu „zaț de cafea” este definită ca mase vomitive de culoare neagră, omogenă sau cu caracter granulos. (*clasa de recomandare I*)
- Melena și scaunul „ca păcura” este considerat scaunul de culoare roșie-închisă sau neagră, cu miros specific urât, de consistență lichidă sau oformat, respectiv. Melena apare în cazul HDS, dar ocazional este provocată de sursele hemoragice, situate în intestinul subțire sau în partea dreaptă a colonului. (*clasa de recomandare I*)
- Pacienții cu hematemeză în asocieră cu melena au o mortalitate mai mare decât cei care prezintă numai melena. (*clasa de recomandare IIb*)
- Hematochezia (eliminarea din rect a sângelui bordo sau purpurii) reprezintă semnul clasic al hemoragiei digestive inferioare. Totodată, hematochezia poate fi observată circa la 5-10% dintre bolnavii cu hemoragii gastroduodenale rapide și masive. (*clasa de recomandare IIa*)
- Unele patologii și medicamente pot imita hemoragiile GI. Sângerările nazale, dentare, tonsiliare și lichidele sau alimentele consumate colorate intens cu roșu pot fi confundate cu hematemeza; medicamentele care conțin bismut pot imita melena; și hemoragiile vaginale și hematuria pot imita rectoragia. (*clasa de recomandare IIb*)
- În plus, pacienții pot avea UGDH, și prezintă doar semne generale de pierdere sangvină, cum ar fi slăbiciune, amețeli, durere toracică sau colaps. (*clasa de recomandare IIb*)
- La bolnavii cu UGDH durerea abdominală în epigastru sau hipocondrul drept deseori însoțește 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 ținut și rapid. În primul rând,

trebuie să fie estimate starea generală a pacientului, inclusiv parametrii principali ai funcțiilor vitale și statusul mental al acestuia. Ca la toți pacienții critici, evaluarea începe cu ABC (*Airway, Breathing, Circulation*): căile respiratorii, respirația și circulația. (*clasa de recomandare I*)

- În cazul hemoragiei GI masive este deosebit de important verificarea căilor respiratorii, deoarece aspirația pulmonară cu sângele vomitat este asociată cu morbiditate și mortalitate semnificative. Intubarea endotraheală rapidă poate fi indicată în cazurile de vome abundente sau de modificare a statusului mental. Respirația adecvată este evaluată prin criterii clinice, cum ar fi frecvența normală a respirației, absența cianozei și nivelurile normale de saturație cu oxigen la pulsoximetrie. (*clasa de recomandare I*)
- Nivelul tensiunii arteriale (TA) și frecvența contracțiilor cardiace ale pacientului reflectă volumul și viteza pierderii sangvine, precum și gradul de compensare a sistemului cardio-vascular. Creșterea magnitudinii și intensității pierderii sangvine conduce la tahicardie, vasoconstricție și, în final, la hipotonie profundă (șoc hipovolemic-hemoragic). (*clasa de recomandare IIa*)
- Șocul este considerat drept scăderea tensiunii sistolice arteriale sub 100 mm Hg în asocieră cu tahicardie peste 100 bătă/min, paliditate și tegumente reci, statusul mental dereglat și 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*).
- Prezența colapsului în antecedente, apreciat subiectiv de pacient ca stare de leșin, 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 pacienții cu UGDH. (*clasa de recomandare IIa*)

#### **C.2.4.2.3. Timpul spitalizării**

##### **Caseta 7. Timpul spitalizării.**

- Majoritatea pacienților (circa 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 asistență medicală mai târziu de 72 ore de la debutul bolii. (*clasa de recomandare III*)
- Vârsta înaintată și statusul social inferior al pacienților se asociază cu tendința de spitalizare tardivă. (*clasa de recomandare IIb*)
- Atenție deosebită merită cei 2% dintre bolnavi, la care semnele hemoragiei GI apar în staționar, pe parcursul tratamentului altor maladii. Debutul hemoragiei în staționar este un factor evident de pronostic negativ al bolii, cu creștere dublă a mortalității (33% versus 15%). Aceasta se explică prin severitatea patologiei de bază, care a și fost cauza spitalizării. (*clasa de recomandare IIa*)
- De regulă, declanșarea hemoragiei după traumatismele cranio-cerebrale, ortopedice sau asociate, precum și după intervenții chirurgicale programate de volum mare, este condiționată de apariția ulcerelor acute de stres. În realitate hemoragia din ulcerul cronic GD constituie până la 75% din toate HDS, declanșate în staționar la bolnavii spitalizați pentru alte patologii. Este importantă regula de a nu considera orice hemoragie digestivă declanșată 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 informație utilă poate fi furnizată din discuția cu pacientul și cu rudele sau însoțitorii 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 genă. (*clasa de recomandare IIa*)
- Sursa de hemoragie antecedentă, gravitatea și evoluția acesteia. Bolnavii cu HDS în antecedente prezintă hemoragie repetată din aceeași sursă aproximativ în 60% din observații. (*clasa de recomandare IIb*)
- Prezența în anamneză a durerii în epigastru, pirozis, grețuri, vome, dereglări de tranzit intestinal, pierdere ponderală. (*clasa de recomandare IIb*)
- Rezultatele investigațiilor precedente. (*clasa de recomandare IIb*)
- Prezența maladiilor confirmate și, 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*)
- Comorbiditățile severe, cum ar fi insuficiența cardiacă congestivă, patologii renale, hepatice sau vasculare, măresc riscul mortalității. (*clasa de recomandare I*)
- Intervenții chirurgicale în antecedente, îndeosebi pentru boala ulceroasă. Sutura ulcerului duodenal perforat este operația tipică, suportată în antecedente de bolnavii cu UGDH. (*clasa de recomandare IIb*)
- Abuz de alcool, consumul permanent de AINS, Acidum acetilsalicilicum (Aspirină) sau anticoagulante. La bolnavii, care consumă AINS, pericolul de declanșare a hemoragiei ulceroase de 2-8 ori îl depășește pe cel din lotul de control, iar riscul de a fi supus unei intervenții chirurgicale pe tractul digestiv – de 8 ori. Se consideră permanentă utilizarea medicamentelor în orice doză, însă cu o durată de cel puțin 5 zile pe parcursul perioadei de 2 săptămâni, precedente spitalizării. Totodată, se consideră că chiar dozele mici ale preparatelor (Acidum acetilsalicilicum – Aspirină, AINS) pot fi cauze ale hemoragiei din ulcer. (*clasa de recomandare IIa*)

##### **Caseta 9. Examenul obiectiv.**

- Palparea poate fi utilă pentru aprecierea stării abdomenului și depistarea defansului muscular și 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*)
- Tușeul rectal este obligatoriu și permite evaluarea consistenței și culorii maselor fecale, excluderea altor surse de hemoragie (tumori, noduli hemoroidali). (*clasa de recomandare I*)

#### C.2.4.3. Diagnosticul diferențial

##### **Caseta 10. Diagnosticul diferențial. (clasa de recomandare IIa)**

- **Ulcerul gastroduodenal acut.** Hemoragia din ulcerul gastroduodenal acut (numite și ulcere de stres sau leziuni acute ale mucoasei gastroduodenale) prezintă una dintre cele mai frecvente cauze ale HDS în circumstanțe determinate (25-30%). Doi factori etiologici de bază determină apariția ulcerelor acute prin acțiunea de deteriorare

asupra mucoasei gastroduodenale a preparatelor și a substanțelor exogene (alcoolul, salicilatele și AINS), și hipoxia mucoasei, care se declanșează la bolnavii în stări critice. Din momentul apariției leziunii primare crește rolul acidității majorate a sucului gastric. Morfologic ulcerul acut prezintă un defect al mucoasei de dimensiuni mici, bine delimitat, cu elemente de stază și edem. Hemoragia se declanșează din defectul parietal erodat al vaselor mucoasei și submucoasei.

- **Sindromul Mallory-Weiss** este prezentat de rupturi liniare ale mucoasei joncțiunii esofagogastrice, care se declanșează în urma vomelor, consecință a creșterii presiunii intraabdominale în asociere cu contracții spastice ale cardiei și diafragmei. Circa 86% dintre pacienți indică în antecedente vome cu conținut gastric, iar ulterior – cu sânge. Abuzul de alcool până la debutul semnelor clinice se constată la 21-80% dintre pacienți. Dintre cauzele mai rare, se enumeră: consumul Acidum acetilsalicilicum (Aspirinei), AINS, tusea incoercibilă, efortul fizic, sarcina și nașterea, măsurile de resuscitare etc. Sindromul Mallory-Weiss este cauza HDS acute în 8-15% observații, și mai frecvent – printre locuitorii orașelor 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 joncțiunii 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 frecventă cauză 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 și maladiile venoocluzive ale ficatului. Factorii de risc pentru apariția hemoragiei varicele sunt următoarele: dimensiunile varicelor, semnele endoscopice specifice de culoare roșie, clasa Child crescută și prezența ascitei, consumul alcoolului de pacienții cu afecțiuni hepatice, refluxul gastroesofagian asociat și infecțiile bacteriene. Icterul, telangiectaziile cutanate, ginecomastia la bărbați, eritemul palmar, ascita cu distensia abdominală, dilatarea venelor periombilicale, simptomele encefalopatiei și splenomegalia pot fi sugestive pentru ciroză hepatică.
- **Polipii gastrici.** Cea mai răspândită în prezent clasificare evidențiază cinci tipuri de polipi: non-neoplazici (hiperplastici), de tip hamartrom (polipii Peutz-Jeghers), heterotopici (de exemplu, țesut pancreatic heterotopic), neoplazici (adenom) și formațiuni polipoide reactive (hiperplazia pliurilor). Polipii hiperplastici adenomatoși constituie de la o treime până la jumătate dintre toate tumorile benigne și peste 90% din polipii gastrici benigni. Aceștia pot fi diagnosticați la 2-5% dintre bolnavi la vârsta peste 40 de ani, la care este efectuat examenul endoscopic. Aceste formațiuni pot fi solitare sau multiple, situate pe bază plată sau pediculați. Majoritatea polipilor la momentul diagnosticului au un diametru sub 2 cm. Polipii relativ mari au, de regulă, picioruș lung. Se consideră că riscul complicațiilor, inclusiv al hemoragiei, se mărește odată cu creșterea 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 și este înaltă în Republica Moldova. Bărbații 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 și deficitul de legume și fructe, gastrita atrofică, contaminarea cu *H.pylori*, rezecția gastrică în antecedente, esofagul Barrett, ulcerul cronic gastric. Hemoragia profuză din tumorile gastrice maligne este mai puțin 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 și descompunere a tumorii. Vasele tumorii nu au proprietatea de a se spasma, de aceea, hemoragiile poartă caracter persistent. La momentul adresării trei pătrimi dintre pacienții 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 creșterea în dimensiuni tumora poate proemina în lumenul stomacului sau duodenului asemănător unei formațiuni submucoase, sau poate crește în afara organului, ca formațiune extragastrică. Aproximativ o jumătate dintre leiomiomele submucoase prezintă ulceratii. Ulcerația centrală și hemoragia masivă se declanșează în cazurile tumorilor mari, explicația fiind dezvoltarea necrozei din cauza insuficienței de vascularizare care progresează împreună cu creșterea formațiunii. Semnele clinice ale tumorii sunt nespecifice. De regulă, leiomiomul se manifestă prin melenă inexplicabilă, anemie și dureri abdominale.
- **Esofagita de reflux.** Refluxul conținutului gastric retrograd în esofag prezintă în sine un proces fiziologic. La apariția simptomelor și complicațiilor această stare deja este denumită *boală de reflux gastro-esofagian*. O multitudine de factori sunt responsabili de dezvoltarea refluxului gastro-esofagian și a esofagitei de reflux, inclusiv aciditatea gastrică înaltă, dereglările anatomo-funcționale și reducerea eficacității 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 pacienți cu HDS. În majoritatea cazurilor hemoragia în esofagita de reflux poartă un caracter subacut sau cronic. Declanșarea hemoragiei masive în cazul refluxului gastro-esofagian, de regulă, este condiționată de prezența ulcerului esofagului distal.
- **Leziunea Dieulafoy,** deși nu se întâlnește frecvent, este o cauză importantă a HDS (1-2%), în care sursa hemoragiei este prezentată de o arteră neobișnuit de mare (cu diametrul de 1-3 mm) a submucoasei peretelui gastroduodenal, localizată foarte superficial în raport cu mucoasa. Se presupune, că hemoragia este condiționată 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 și instabilitate hemodinamică sau șoc hipovolemic și este însoțită de o letalitate înaltă. Gastroscopia este metoda de elecție în diagnosticul leziunii Dieulafoy. În 80% leziunea se localizează în porțiunea proximală a stomacului, la limitele a 6 cm de la joncțiunea esofagogastrică, și în 82% - pe curbura mică. Totodată, leziuni similare pot fi depistate în porțiunea gastrică antrală, în esofag și în duoden.
- **Stomacul „în pepene verde”** (*ectazia vasculară antrală*) este o cauză frecventă a hemoragiilor digestive (3-5%) și se depistează tot mai des. Stomacul „în pepene verde” reprezintă o entitate nozologică separată și se caracterizează prin multiple capilare dilatate și vase ondulate în porțiunea 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 puțin sunt strâns legate de aceasta. Maladia se caracterizează printr-o pierdere sangvină acută sau cronică și anemie. Manifestările clinice tipice ale bolii sunt anemia fierodeficitară și 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 condiționată de reconstrucția chirurgicală a aortei

cu infectarea grefei, formarea pseudoanevrismului anastomozei proximale cu fistulizarea ulterioară prin peretele duodenal adiacent. De obicei, complicația survine peste 14-52 luni după reconstrucția aortică. Semnul clasic al fistulei aorto-intestinale este declanșarea hemoragiei primare „santinelă”, după care peste 12-48 ore urmează hemoragia repetată, deja necontrolabilă și fatală. Gastroduodenoscopia cu vizualizarea endoscopică a fistulei este posibilă doar în 38% cazuri. Valoarea diagnostică a angiografiei intervenționale sau computerizate nu depășește 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 și se dezvoltă în cazul formării fistulei între structurile vasculare și ducturile intra- și extrahepatice. Hemobilia trebuie suspectată, când hemoragia gastrointestinală survine peste un interval de timp după leziunea traumatică a ficatului (50% cazuri), puncții transparieto-transhepatice diagnostice și curative sau intervenții chirurgicale pe ficat. Abscesele intrahepatice, tumorile cu concreștere în căile biliare, coledocolitiza și colelitiza intrahepatice 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 însoțește de icter, durere în rebordul costal drept și confirmare de laborator a colestazei.
- **Pseudochistul și pseudoanevrismul pancreatic.** Leziunea vaselor viscerale mari cu dezvoltarea pseudoanevrismului prezintă o complicație nu atât de rară a pancreatitei acute sau cronice. Pseudoanevrismul format al arterei viscerale poate să se erupă în lumenul tractului digestiv cu evoluție într-o hemoragie severă. Cel mai frecvent sunt implicate artera lienală (30-50%), gastroduodenală (17%) și pancreatoduodenală (11%). În cazul hemoragiei digestive superioare masive cu declanșarea șocului 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 și angiografia abdominală.
- **Hemoragiile iatrogene.** Hemoragia postintervențională poate survine după biopsiile endoscopice, polipectomie, rezecții locale ale mucoasei și gastrostomie. Cel mai mare risc al hemoragiei îl poartă polipectomiile din stomac și duoden: 0,2-8% cazuri. Factorii de risc includ: vârsta înaintată a bolnavilor, coagulopatia, prezența polipilor adenomatoși peste 2 cm în diametru, polipii pe pedicul larg, experiența limitată a endoscopistului, precum și consumul de preparate dezagregante, AINS și anticoagulante. Chiar și sonda nazogastrică, aflată lungă durată în stomac pentru aspirație 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 pacienților cu UGDH. (clasa de recomandare I)**

- La orice suspjecție UGDH (clinică și / sau imagistică) este indicată internarea în regim de urgență în secție chirurgicală, unde sunt asigurate condiții adecvate pentru asistența medicală de urgență.

#### C.2.4.5. Investigațiile paraclinice

**Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la pacienții cu UGDH.**

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru CAC	Caracterul	
Evaluarea nivelului hemoglobinei (Hb), eritrocitelor (Er) și	Permite evaluarea gravității pierderii sangvine și sunt sugestive pentru	<b>O</b>	

hematocritului (Ht). ( <i>clasa de recomandare I</i> )	necesitatea în hemotransfuzie.		
Determinarea grupei sangvine și a factorului rhesus (Rh). ( <i>clasa de recomandare I</i> )	Se indică cu scop de o eventuală hemotransfuzie.	<b>O</b>	
Recoltarea sângelui pentru testele de compatibilitate. ( <i>clasa de recomandare I</i> )	Se indică cu scop de o eventuală hemotransfuzie.	<b>O</b>	
Proteina totală și albumina. ( <i>clasa de recomandare IIa</i> )	În cazul pierderii sangvine în limitele unei treimi din volumul sângelui circulant restabilirea până la nivelul inițial al concentrației de proteine plasmatice se realizează doar peste 72-96 ore.		<b>R</b>
Ureea și creatinina. ( <i>clasa de recomandare I</i> )	Parametrii ureei sangvine pot fi utili pentru diferențierea hemoragiilor digestive superioare și inferioare. Grație excesului sarcinii proteice ca consecință a absorbției sângelui din lumenul tractului digestiv superior și reducerii volumului sangvin circulant, poate fi observată o creștere neproportională a ureei față de nivelul creatininei serice.	<b>O</b>	
Indicele protrombinic și INR ( <i>international normalized ratio</i> ). ( <i>clasa de recomandare IIa</i> )	Bolnavii cu ciroză hepatică și leziunii etilice ale ficatului au tendință de deficit al factorilor de coagulare a sângelui legat de vitamina K, și de trombocitopenie clinic semnificativă.		<b>R</b>
Numărul trombocitelor și durata de sângerare. ( <i>clasa de recomandare IIa</i> )	Consumul Acidum acetilsalicilicum (Aspirinei) și al AINS poate conduce la dereglarea funcției trombocitelor și majorarea duratei de sângerare.	<b>O</b>	
Probele hepatice (bilirubina totală și fracții, transaminazele), glicemia, leucocitele, timpul parțial activat al tromboplastinei (TTPA), ionograma și echilibrul acido-bazic. ( <i>clasa de recomandare IIa</i> )	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie, precum și determinarea patologiilor concomitente.		<b>R</b>
ECG. ( <i>clasa de recomandare I</i> )	Pot fi schimbări în caz de patologie a sistemului cardiovascular.	<b>O</b>	
Fibro- sau videoesofagogastroduodenoscopia. ( <i>clasa de recomandare I</i> )	Este metoda de examinare decisivă în cazul hemoragiilor ulceroase, permite detreminarea sursei hemoragiei, sediului și caracteristicilor morfologice ale ulcerului, stigmatelor hemoragice și prognosticului evoluției episodului hemoragic. Totodată, permite efectuarea hemostazei endoscopice în continuarea gastroscopiei diagnostice.	<b>O</b>	
Examenul radiologic prin	În prezent examenul radiologic de rutină		<b>R</b>

contrastare. ( <i>clasa de recomandare IIa</i> )	la bolnavul în perioada acută a hemoragiei se consideră nejustificat și lipsit de valoare informativă (circa 40%) În cazul, când examenul radiologic prin contrastare totuși este necesar pentru soluționarea unor sarcini diagnostice deosebite, acesta trebuie efectuat după 3-5 zile de spitalizare.		
Examenul radiologic panoramic al abdomenului. ( <i>clasa de recomandare IIa</i> )	Se efectuează la bolnavii cu sindrom algic pronunțat și contractură musculară abdominală la spitalizare pentru excluderea aerului liber și perforației organului cavitat.		<b>R</b>
Arteriografia. ( <i>clasa de recomandare III</i> )	Poate fi eficace doar în condițiile unei hemoragii active și suficient de intensive (peste 0,5-1,0 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 eficacității înalte a gastroscopiei de rutină, precum și accesibilității reduse și lipsei portativității utilajului necesar pentru angiografie.		<b>R</b>
Scintigrafia. ( <i>clasa de recomandare III</i> )	Utilizează eritrocite marcate cu tehneciu <sup>99m</sup> Tc. 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.		<b>R</b>
Ultrasonografia abdominală. ( <i>clasa de recomandare III</i> )	Scopul principal al investigației este confirmarea patologiei asociate, precum și depistarea maladiilor concomitente intraabdominale. Aceasta este, îndeosebi, importantă pentru pacienții, la care se preconizează intervenție chirurgicală, și permite programarea mai precisă a volumului operației.		<b>R</b>
CT-angiografia spiralată sau rezonanța magnetică nucleară cu contrastare intravasculară și cu reconstrucție ulterioară tridimensională. ( <i>clasa de recomandare III</i> )	Pot fi utilizate în situații speciale.		<b>R</b>

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

### C.2.4.6. Evaluarea gravității pierderii sangvine și frecvența monitorizării

#### Caseta 12. Evaluarea gravității pierderii sangvine.

Mult timp cea mai răspândită în practica clinică era clasificarea în 3 grade a lui A.N.Gorbașko, care permitea de a concluziona despre volumul pierderii sangvine în funcție de nivelul eritrocitelor și al hematocritului. (*clasa de recomandare III*)

**Tabelul 2. Evaluarea gravității pierderii sangvine după A.N.Gorbașko. (clasa de recomandare III)**

Gravitatea pierderii sangvine	Volumul aproximativ al pierderii sangvine	Datele de laborator
Gradul I (ușor)	< 500 ml	Er > 3,5 x10 <sup>12</sup> /l Ht > 35%
Gradul II (mediu)	500-1500 ml	Er – 2,5-3,5 x10 <sup>12</sup> /l Ht – 25-35%
Gradul III (sever)	> 1500 ml	Er < 2,5 x10 <sup>12</sup> /l Ht < 25%

Totodată, concentrația Hb, Er și Ht pot prezenta o informație obiectivă despre severitatea anemiei doar în condițiile normovolemiei. În cazul HDS acute nivelul acestora reflectă insuficient cantitatea sângelui pierdut. Indicii Hb și 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 internaționale, hemoragiile se clasifică în patru grade: (*clasa de recomandare I*)

**Tabelul 3. Clasificarea hemoragiilor în funcție de severitate. (clasa de recomandare I)**

Severitatea hemoragiei	Volumul aproximativ al pierderii sangvine	Deficitul volumului sângelui circulant (VSC)
Gradul I (ușoară)	< 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 menționare faptul, că indicii care indică pierderea sangvină, enumerați în cadrul clasificării sunt orientativi, estimați pentru cazul unui bărbat matur cu masa de 70 kg.

Expresivitatea simptomelor obiective (paloarea tegumentelor, cianoza, frecvent și amplitudă pulsului, scăderea tensiunii arteriale, creșterea frecvenței respiratorii, dereglarea statutului psihoneurologic și diminuarea diurezei) este diversă, în funcție de gradul de severitate al hemoragiei. (*clasa de recomandare IIa*)

**Tabelul 4. Expresia simptomelor obiective în funcție de severitatea pierderii sangvine. (clasa de recomandare IIa)**

	Gradul I	Gradul II	Gradul III	Gr.IV
Volumul pierderii sangvine (ml)	< 750	750-1500	1500-2000	> 2000
Frecvența pulsului (băt/min)	< 100	> 100	> 120	> 140
Amplituda pulsului	Normală / crescută	Scăzută	Filiform	Filiform / nu se determină
TA	Normală	Normală	Scăzută	Scăzută
Frecvența respirației (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. Frecvența controlului de laborator al hemoglobinei și hematocritului la bolnavii cu UGDH.**

- Prima analiză se efectuează îndată la spitalizarea pacientului în staționar. (*clasa de recomandare I*)
- Efectuarea analizei a doua este recomandată peste 15-20 minute după finisarea infuziei primare bolus de cristalozizi. (*clasa de recomandare IIa*)
- Ulterior, după stabilizarea hemodinamică și aprecierea sursei și a activității 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*)
- Frecvența 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 și 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 și lavajul stomacului tradițional sunt considerate măsuri standard în diagnosticul și 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 și a lichidului de tip „zaț de cafea” confirmă faptul hemoragiei și mărturisește 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 și nu trebuie utilizat ca argument pentru amânarea examinării endoscopice. (*clasa de recomandare IIa*).
- Instalarea sondei nazogastrice prezintă nu numai o valoare diagnostică, dar și permite preîntâmpinarea aspirației pulmonare, întotdeauna posibile în perioada acută a hemoragiei. Riscul aspirației pulmonare este deosebit de înalt la vârstnici și la cei senili; la bolnavii în stare de ebrietate, la pacienții cu ciroză hepatică. (*clasa de recomandare IIa*)
- Lavajul gastric cu soluții reci ca gheața se considera ca o măsură curativă, care favorizează stoparea hemoragiei ulceroase, încetinind fluxul sangvin, provocând spasmul vascular și reducând eliminarea sucului gastric. Însă s-a dovedit că hipotermia dereglează acțiunea factorilor de coagulare a sângelui și inhibă sau stopează procesele de coagulare locală. Astfel, timpul de inițiere și durata de coagulare crește cu 60%, iar timpul protrombinic – de 2-3 ori comparativ cu norma. Așadar, lavajul gastric pentru realizarea hipotermiei locale s-a dovedit neeficace, și de aceea nu se recomandă în prezent. (*clasa de recomandare III*)
- Lavajul gastric prin sondă se utilizează și pentru asigurarea unei vizualizări mai clare a sursei hemoragice în timpul examenului endoscopic. Conform multor recomandări, se cuvine de efectuat lavajul stomacal cu soluție natrii chloridum (fiziologică) sau apă simplă din robinet rece sau la temperatura camerei până la eliminarea completă a sângelui și cheagurilor. Lavajul gastric anterior examenului endoscopic poate influența

pozitiv majorarea numărului de gastroscopii informative și curative în cazul UGDH. Deși lavajul gastric în unele situații poate fi util, acesta nu este o procedură obligatorie de pregătire a bolnavului către endoscopie. Actualmente crește numărul specialiștilor în endoscopie, care evită utilizarea lavajului gastric înainte de investigație. (*clasa de recomandare III*)

- Totodată, aflarea de lungă durată a sondei nazogastrice poate provoca escare și leziuni endoscopice vizibile ale mucoasei esofagului și stomacului, și poate favoriza declanșarea hemoragiei la bolnavii cu gastropatie portală și 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 influenței stresului nemijlocit înaintea examenului endoscopic pacientului i se recomandă efectuarea unei premedicații intravenoase sau intramusculare cu diazepamum 10 mg (0,5%-2,0 ml) și soluție de atropină 0,1% – 1 ml. (*clasa de recomandare IIa*)
- Însă, la bolnavii hemodinamic instabili nu este recomandată sedația intravenoasă. (*clasa de recomandare IIb*)
- De fiecare dată este necesar de a depune efort maxim pentru a explica în detalii pacientului scopul și necesitatea examenului, precum și cauzele anulării premedicației, pentru a contribui la ameliorarea valorii diagnostice și inofensivitatea gastroscopiei. (*clasa de recomandare IIa*)
- Preparate prokinetice (erythromycinum și metoclopramidum parenteral) pot fi administrate înainte de examenul endoscopic pacienților, la care se suspectă prezența cantităților semnificative de sânge în stomac și duoden (cei cu aspiratul nasogastric pozitiv sau hematemeză activă), cu scopul îmbunătățirii vizualizării endoscopice și reducerii necesității în gastroscopie repetată. (*clasa de recomandare IIa*)
- Erythromycinum poate fi administrată în doza de 250 mg intravenos și 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 (H<sub>2</sub>-blocatorilor) în bolus reprezintă o măsură utilă la pacienții cu risc major și semnele clinice ale hemoragiei intense și masive. Totodată, infuzia cu IPP nu trebuie să rețină 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 situația 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 experiență în hemostază endoscopică (HE), cât și a asistentei medicale cu experiență în utilizarea dispozitivelor endoscopice pentru a efectua gastroscopia diagnostică și 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 puțin, pe parcursul primelor 24 ore de spitalizare a bolnavului. (*clasa de recomandare I*)
- Examenul endoscopic precoce identifică sursa de hemoragie, prezintă o informație prețioasă de prognozare a probabilității resângerării, permite stratificarea pacienților în diferite grupuri de risc, asigură posibilitatea efectuării simultane a intervențiilor endoscopice de hemostază, precum și poate reduce necesitatea în hemotransfuzie și durata spitalizării, inclusiv în secția ATI. (*clasa de recomandare IIa*)
- Conform momentului de efectuare este rațională divizarea endoscopiei în cazul UGDH în trei categorii: gastroscopia de urgență, gastroscopia precoce și gastroscopia amânată. (*clasa de recomandare I*)

#### **Caseta 17. Gastroscopia de urgență.**

- Gastroscopia de urgență se efectuează în primele 12 ore de la spitalizare. (*clasa de recomandare I*)
- Examen endoscopic imediat la spitalizare necesită pacienții internați în stare de șoc hipovolemic și care nu pot fi stabiliți hemodinamic în pofida repleției volemice adecvate (perfuzie cu 1.000-2000 ml de cristaloid) și/sau cu semne clinice de hemoragie continuă, precum și cu contraindicațiile către întreruperea tratamentului cu anticoagulanții. (*clasa de recomandare I*)
- La pacienții vârstnici cu patologii asociate decompensate ar trebui să fie aplicată tactica mai specială și mai liberă în ceea ce privește gastroscopia de urgență, deoarece acestea tolerează mai slab pierderile sangvine și sunt mai predispuși la dezvoltarea disfuncțiilor de organe ca rezultat al hipotoniei. (*clasa de recomandare IIa*)
- Gastroscopia în primele 6-8 ore, în general, se însoțește cu rata crescută de imposibilitatea vizualizării adecvate a stomacului și duodenului, un risc mai înalt de aspirație pulmonară, de desaturare a oxigenului și efectuarea frecventă a hemostazei endoscopice neargumentate. (*clasa de recomandare IIa*)
- Uneori examenul endoscopic trebuie să fie precedat de intubarea traheii și ventilare pulmonară mecanică (în cazul vomelor sangvine abundente, la pacienții agitați sau cu encefalopatie). Restabilirea respirației adecvate și stabilizare oarecare a hemodinamicii permite o posibilitate de a efectua examenul endoscopic adecvat. (*clasa de recomandare IIa*)
- La pacienții cu șoc hipovolemic sever incorectabil și cu hemoragie profuză, când laparotomia pare inevitabilă, gastroscopia primară să fie efectuată în sala de operație. (*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 condiții mult mai controlate și sigure (dar în primele 24 de ore) și 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 informativității reduse a gastroscopiei

#### Caseta 20. Factorii de risc ai informativității reduse a gastroscopiei primare.

- Imposibilitatea vizualizării adecvate a stomacului din cauza sângelui și cheagurilor este factorul principal, care reduce valoarea diagnostică a gastroscopiei. În prezența sângelui, cheagurilor și accesului endoscopic dificil, examenul complet al sursei hemoragice este imposibil în 10-32% observații, fapt ce condiționează necesitatea efectuării gastroscopiei repetate. (*clasa de recomandare IIa*)
- Șocul hipovolemic la spitalizare, instabilitatea hemodinamică sau excitarea psiho-emoțională a pacientului, toleranța individuală joasă la examenul endoscopic sunt, de asemenea, factori de risc ai neinformativității 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-endoscopiști cu experiență, inaccesibilitatea frecventă la utilajul necesar, prudența redusă și oboseala personalului medical. Ca urmare, se denotă o tendință de a evita cât e posibil endoscoopiile 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 și cu margini dure, abrupte. De regulă, mucoasa din jurul ulcerului este hiperemiată și edemațiată, 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 porțiunii antrale (30%) și al canalului piloric (5%); situate pe curbura mică, curbura mare, peretele posterior sau anterior al stomacului. (*clasa de recomandare IIb*)
- În conformitate cu definiția lui E.N.Vanțean, ulcerul cardiac se consideră defectul mucoasei situat nemijlocit în regiunea joncțiunii esofago-gastrice, iar cel subcardial – cu localizare la distanța de până la 5 cm de la aceasta. (*clasa de recomandare III*)
- Ulcerul gastric antral și prepiloric, de regulă, nu prezintă dificultăți în diagnostic. (*clasa de recomandare IIb*)
- Ulcerele situate proximal în corpul gastric frecvent pot fi neobservate la examenul de rutină și se depistează mai ușor în cazul poziționării endoscopului în retroflexie. Pentru realizarea acestei manevre, mai întâi se înaintează cu endoscopul până la regiunea prepilorică, după care cu virajul șurubului mare se arcuiește capătul acestuia împreună cu partea optică, schimbând astfel câmpul vizual în partea opusă. În acest moment devine vizibil fundul gastric și endoscopul care traversează cardia. Fără a schimba poziția de retroflexie, endoscopul este extras puțin, ceea ce permite vizualizarea clară a regiunii cardiale și subcardiale, precum și 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*)
- Diametrul ulcerului poate fi estimat prin utilizarea unui dispozitiv endoscopic cu dimensiuni cunoscute, cum ar o pensa de biopsie în poziție 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 edemațiate, neregulate, cu proeminări granulare. De obicei se constată o deformare a canalului piloric și a bulbului duodenal de diferit grad. (*clasa de recomandare I*)
- Conform datelor endoscopice ulcerul cronic hemoragic se situează pe semicircumferința anterioară a bulbului duodenal (40%), pe peretele posterior (40%), lateral (10%) și 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 pereți ai duodenului, este depistat în 1% observații, iar cel circular – în 1%. La 2% dintre bolnavi ulcerul are localizare în porțiunea postbulbară. Ulcerele „posteroare” într-o măsură mai mare sunt predispușe la hemoragii masive, fiind în apropierea nemijlocită de artera gastroduodenală. (*clasa de recomandare IIa*)
- Stabilirea localizării ulcerului cronic pe pereții duodenului reprezintă o sarcină dificilă, chiar și pentru un medic-endoscopist experimentat. Conform datelor literaturii divergența între localizarea anatomică a ulcerului după datele endoscopice și cele intraoperatorii se întâlnește în 38% cazuri. În același timp, toate ulcerele duodenale, descrise ca anterioare, s-au dovedit a fi localizate pe peretele posterior, sau circulare, care implică și peretele anterior, și peretele posterior. (*clasa de recomandare IIb*)
- Dificultățile în aprecierea localizării anatomice a ulcerului în duoden se explică prin următorii factori: variații semnificative ale anatomiei regiunii piloroduodenale; poziția diversă a endoscopistului (și endoscopului) în timpul investigației; capacitatea endoscopului de a se rota de sinestător și neobservat pentru medic-endoscopist în momentul trecerii prin pilorul deformat; deformarea cicatricială pronunțată condiționată de evoluția cronică a bolii ulceroase sau de intervenția chirurgicală suportată. (*clasa de recomandare IIb*)

**C.2.4.7.5. Stigmatul hemoragiei ulceroase****Caseta 23. Stigmatul hemoragiei ulceroase.**

- În baza UGDH la examenul endoscopic se determină așa numitele stigmat (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 și de a stabili gradul de risc al resângerării. (*clasa de recomandare Ia*)
- Stigmatul hemoragiei sunt sistematizate în 6 tipuri în corespundere cu particularitățile vizuale și 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; și (6) Baza curată a ulcerului. (*clasa de recomandare I*)
- Stigmatul hemoragiei se divizează în cele cu risc înalt (hemoragie pulsatilă, prelingerea sângelui, vas vizibil nehemoragic și cheag aderat) și cu risc scăzut (puncte plate colorate și baza curată a ulcerului). (*clasa de recomandare IIa*)

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

Activitatea hemoragiei ulceroase		Gradul de risc	Caracteristica endoscopică
Forrest I – hemoragie activă	IA	Stigmatul cu risc înalt	Hemoragie pulsatilă în jet din vas vizibil
	IB		Prelingerea sângelui (hemoragie „în pânză”) de pe suprafața defectului sau de sub cheag
Forrest II – hemoragie stopată	IIA		Vas vizibil nehemoragic

recent	IIB		Cheag aderat
	IIC	Stigmatetele cu risc scăzut	Puncte plate roșii și negre
Forrest III – lipsa semnelor de hemoragie	III		Baza curată a ulcerului

- Se recomandă utilizarea clasificării Forrest la toți pacienții cu UGDH pentru a diferenția stigmatetele endoscopice cu risc scăzut și cu risc înalt, și documentarea obligatorie a rezultatului în protocolul investigației endoscopice și în diagnosticul clinic. (*clasa de recomandare I*)
- Datele clinice relevă evoluția naturală a stigmatetele 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 și < 5% – pentru Forrest III. (*clasa de recomandare IIa*)
- În plus, mai multe metode suplimentare au fost propuse pentru îmbunătățirea stratificării endoscopice a riscului stigmatetele hemoragice în ulcerul GD, cum ar fi ultrasonografia endoscopică Doppler, endoscopia amplificată și cromendoscopia. Însă, ghidurile internaționale nu recomandă utilizarea de rutină a acestor metode pentru evaluarea stigmatetele 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. Atenția trebuie să fie focusată la acei bolnavi, care continue să sângereze și la cei, care prezintă risc înalt de RH și a mortalității. (*clasa de recomandare I*)
- Particularitate comună a sistemelor existente de prognozare a RH este includerea în acestea datelor clinice și endoscopice. (*clasa de recomandare I*)  
Scorul Glasgow-Blatchford încorporează semnele vitale, valorile de laborator și comorbiditățile pacienților. Scorul este validat pentru a ajuta să prezică risc înalt și risc scăzut de resângerare și mortalitate. (*clasa de recomandare IIa*)

**Tabelul 5. Scorul Glasgow-Blatchford de prognozarea recidivei hemoragiei și a mortalității.** (*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 bărbați	
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 variabilități de risc	
Puls $\geq$ 100 bătă/min	1
Melena	1
Stare de colaps (sincopă)	2
Boala hepatică	2
Insuficiență 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 pacienților cu risc scăzut (scorul Glasgow-Blatchford = 0) permite externare precoce și sigură a 16-25% din toți pacienții cu UGDH spitalizați.

**Tabelul 6. Scorul Rockall de prognozarea recidivei HDS și a mortalității. (clasa de recomandare IIa)**

Indicele	Numărul de puncte			
	0	1	2	3
Vârsta (ani)	< 60	60-80	> 80	-
Șoc	„Șocul lipsește”: Ps < 100 bătă/min + TAsis $\geq$ 100 mm Hg	„Tahicardia”: Ps $\geq$ 100 bătă/min + TAsis $\geq$ 100 mm Hg	„Hipotonia”: Ps $\geq$ 100 bătă/min + TAsis < 100 mm Hg	-
Maladiile concomitente	Fără patologie concomitentă severă	-	Insuficiența cardiacă, boala ischemică a cordului	Insuficiența renală, hepatică, maladii neoplazice cu diseminare
Diagnosticul	Sindromul Mallory-Weiss	Toate alte diagnostice (inclusiv UGDH)	Formațiuni neoplazice	
Stigmatul hemoragice	Absente sau numai puncte negre plate		Cheag aderat, vas vizibil nehemoragic	hemoragie activă

- Scorul Rockall prevede aprecierea probabilității resângerării și letalității cu indicii stabiliți procentual pentru fiecare sumă de puncte. (clasa de recomandare IIa)

**Tabelul 7. Aprecierea gradului de risc al resângerării și al mortalității conform scorului Rockall. (clasa de recomandare IIa)**

Suma de puncte conform scorului Rockall	0	1	2	3	4	5	6	7	$\geq 8$
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, obținute până și în cadrul gastroscopiei. Scor preendoscopic este bazat pe datele vârstei pacientului, numărul și severitatea maladiilor concomitente. Scorul endoscopic include aprecierea localizării sursei și a stigmatelor hemoragice. (clasa de recomandare IIa)

**Tabelul 8. Scorul Baylor de prognozarea 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 și postendoscopic. Totodată, scorul postendoscopic constituie sumarul scorurilor preendoscopic și endoscopic. Bolnavii cu un sumar al scorului preendoscopic ≤ 5 și a celui postendoscopic ≤ 10 se atribuie la grupul cu risc redus al RH, pe când bolnavii cu suma de puncte al scorului preendoscopic > 5 și a celui postendoscopic > 10 prezintă un risc major al hemoragiei ulceroase repetate. (*clasa de recomandare IIa*)
- Ghidurile internaționale recomandă documentarea rezultatelor stratificării riscului recidivei hemoragiei și a mortalității conform scorului utilizat (Glasgow-Blatchford, Rockall, Baylor) în fișa medicală a pacientului cu UGDH. (*clasa de recomandare IIb*)
- În baza factorilor clinici și endoscopici pacienții pot fi clasificați în două loturi – cu risc înalt și risc scăzut de resângerare, intervenție chirurgicală și mortalitate. Pacienții cu risc înalt vor fi spitalizați în secția de terapie intensivă sau reanimare, iar pacienții cu risc scăzut după gastroscopie diagnostică vor fi spitalizați în secție de chirurgie (*clasa de recomandare I*)

### C.2.4.9. Terapia endoscopică

#### C.2.4.9.1. Indicațiile către hemostaza endoscopică

##### Caseta 25. Indicațiile către hemostaza endoscopică.

- Estimarea vizuală a stigmatelor în baza ulcerului hemoragic la gastroscopie este un argument suficient pentru aprecierea indicațiilor justificate către hemostaza endoscopică (HE). (*clasa de recomandare I*)
- Terapia endoscopică este indicată tuturor bolnavilor cu stigmatelor cu risc înalt în UGDH: hemoragie activă (Forrest IA, IB) și vas vizibil nehemoragic (Forrest IIA). (*clasa de recomandare I*)
- Beneficiile terapiei endoscopice pentru pacienții cu stigmatelor cu risc înalt au fost confirmate într-o meta-analiză recentă, care demonstrează superioritatea tratamentului endoscopic față de farmacoterapie (IPP intravenoase în doze mari), privitor la resângerare, necesitate în intervenție chirurgicală și mortalitate. (*clasa de recomandare I*)
- Unul din scopurile gastroscopiei terapeutice în hemoragia ulceroasă activă este temporizarea operației imediate, însoțită de letalitate înaltă, în operație amânată sau, în general, eliminarea necesității în tratament chirurgical. (*clasa de recomandare IIb*)
- HE este eficace și permite stoparea hemoragiei active la 80-95% dintre pacienții 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 stigmatelor în ulcer și poate îngreua aplicarea HE. Se recomandă înlăturarea agresivă a cheagului aderat de pe suprafața ulcerului (cu jetul de apă sub presiune, prin deplasarea mecanică cu vârful endoscopului, cu pensa pentru biopsie sau cu lațul pentru polipectomie), ceea ce se asociază cu reducerea frecvenței resângerării (13% versus 34% - la pacienții fără înlăturarea cheagului), deoarece permite vizualizarea clară a stigmatelor responsabile de hemoragie și aplicarea, după indicații, 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 privește resângerarea, necesitatea în intervenție chirurgicală sau mortalitatea și, ca urmare, nu recomandă efectuarea HE. (*clasa de recomandare IIB*)

- Utilizarea HE la bolnavii cu stigmată cu risc scăzut ale hemoragiei recente (Forrest IIC) sau cu baza curată a UGD (Forrest II) nu se recomandă. Acești pacienți pot fi tratați 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, injecționale, mecanice și topice), în funcție 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 și bipolară, termosonda, coagularea cu argon-plasmă, fotocoagularea Nd-YAG laser. Terapia termică utilizează aplicarea căldurii sau curentului electric către stigmată hemoragică, care rezultă în coagularea vaselor și obținerea hemostazei. Metodele termice pot fi împărțite în cele de contact (electrocoagulare sau termosonda) și tehnici non-contacte (laser, argon-plasma).

- **Electrocoagularea monopolară și bipolară** reprezintă cele mai frecvente metode utilizate de hemostază termică în cazul HDS. Avantajul comun al acestor metode este eficacitatea și posibilitatea de a asocia irigarea, tamponarea temporară a punctului hemoragic și coagularea în timpul HE. Energia curentului electric se transformă în căldură și majorează temperatura în punctul de contact cu țesuturile până la 60-100°C, conducând la distrucția termică – coagulare. Totodată, durata acțiunii termice nu poate fi standardizată, se apreciază subiectiv și este periculoasă din cauza leziunii necontrolate a țesuturilor, ce poate duce la perforația peretelui gastroduodenal. Electrocoagulare este optimală când se utilizează sondele cu diametru mare (10F sau 3,2 mm), cu presiune constantă asupra leziunii hemoragice și aplicarea electrocoagulării cu energie redusă (15W) timp de 10-12 secunde până la coagulare adecvată a stigmatăi. (*clasa de recomandare IIa*)
- **Termosonda** folosește asocierea presiunii directe și acțiunii termice pentru realizarea hemostazei în sursa UGDH. Termosonda poate fi aplicată tangențial, ceea ce permite realizarea accesului endoscopic către majoritatea zonelor anatomice ale stomacului și duodenului. Avantajele termosondei sunt considerate portativitatea suficientă și acțiunea limitată de alterare a țesuturilor. (*clasa de recomandare IIB*)
- **Fotocoagularea cu laser.** Sunt utilizate două tipuri de laser pentru tratamentul endoscopic al hemoragiilor digestive: cu argon și Nd-YAG (neodymium yttrium aluminium garnet). Utilizarea laserului este limitată de lipsa portativității și necesitatea transportării pacientului în încăpere specială, prețul înalt, necesitatea unei experiențe speciale și a aparatului de protecție pentru ochi. (*clasa de recomandare IIB*)
- **Coagularea cu argon-plasmă** este o metodă de electrocoagulare fără contact, care utilizează curent monopolar de frecvență înaltă, aplicat către țesut prin gazul ionizat de argon (plasmă de argon). Fluxul de electroni trecut prin gazul ionizat activat de argon produce coagularea țesuturilor. Distanța de lucru de la electrod până la țesut variază de la 2 până 8 mm. Deoarece argon-plasmă coagulează nesatisfăcător țesuturile prin stratul de lichid, suprafața sursei hemoragice trebuie să fie liberă de sânge. Prin urmare, eficacitatea coagulării cu argon-plasmă în cazul hemoragiei active este dubioasă și nu se recomandă. (*clasa de recomandare III*)

#### ***C.2.4.9.2.2. Metodele injecționale de hemostază endoscopică***

##### ***Caseta 27. Metodele injecționale de hemostază endoscopică.***

Polidocanolum, alcoolul absolut, epinephrinum (adrenalina), glucosum, natrii chloridum (soluția fiziologică), trombina, adezivul fibrinic, cianoacrilatul.

- Terapia endoscopică injecțională în UGDH a devenit metoda curativă principală în multe centre din cauza ușurinței de utilizare în condiții de urgență, necesității un număr minimal de inventar și prețului scăzut. Din punct de vedere tehnic HE injecțională este cea mai simplă, ușoară în însușire și în implementare. (*clasa de recomandare I*)
- Teoretic, mecanismele de acțiune hemostatică a procedurilor injecționale sunt diverse. Acestea includ: tamponarea mecanică (natrii chloridum – soluție fiziologică), vasoconstricția (epinephrinum – adrenalină), scleroza (etanol și polidocanol), deshidratarea tisulară (etanol și ethanalamine oleate) și stimularea trombogenezei (trombină, fibrină, adeziv fibrinic). Însă, efectul hemostatic inițial întotdeauna este condiționat de edemul tisular și tamponada vasului lezat în ulcer. (*clasa de recomandare IIa*)
- Injecțiile cu agentul hemostatic trebuie efectuate paravasal, la distanța de 1-2 mm de la stigmata hemoragică vizualizată (de obicei, în 4 cadrane în jurul bazei ulcerului, cu sau fără injecții în centrul leziunii ulceroase), evitând introducerea intraarterială a preparatului. În cazul injecțiilor endoscopice se realizează efectul precoce (tamponada vasului sângerând) și tardiv (activarea procesului de coagulare locală, sclerozare tisulară cu tromboza ulterioară a arterei). (*clasa de recomandare IIa*)
- Epinephrinum (adrenalina) pentru hemostaza injecțională se utilizează ca soluție standard de 0,18% - 1ml și se dizolvă în 8-10 ml natrii chloridum (soluție fiziologică) înainte de aplicare. Într-un ml de soluție de epinephrinum (adrenalină) se conțin 1,82 mg epinefrină hidrotartrat. Nu se recomandă utilizarea injecțiilor 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 etanol introdus până la 0,1-0,2 ml la fiecare injecție, și o cantitate de substanță până la 2,0 ml la o sesiune endoscopică. Totuși, datorită datelor privind necroza fatală și existența 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 conținutul de 50 UI la 1,0 ml apă pentru injecții sau natrii chloridum (soluție fiziologică) sterilă. Doza standard recomandată de preparat pentru o sesiune de hemostază prin injectare constituie 250 UI. Însă la necesitate aceasta poate fi majorată cu siguranță până la 375 UI și 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 și ligaturarea endoscopică.

- Clipse hemostatice. Mecanismul de acțiune al hemoclipsei constă în compresie mecanică a vasului în ulcer, întreruperea fluxului sangvin și activarea proceselor de coagulare locală. Retractivitatea clipsei deschide brașele acesteia la distanța 5-6 mm. Prin manipulările rotatorului orientarea brașelor clipsei poate fi modificată. Ulterior, la alunecarea retractorului înapoi are loc comprimarea brașelor clipsei pe stigmata hemoragică. La necesitatea aplicării celei de-a doua clipă, 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) Acțiunea se realizează izolat pe vasul sângerând și nu poartă pericol de lezare a straturilor peretelui gastroduodenal; (2)

Nu există limite în numărul clipșelor aplicate în timpul ședinței 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 și în cazul accesului tangențial către sursa hemoragică (peretele posterior al bulbului duodenal) sau în poziția 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 diferiți agenți vasoactivi sau chimici.

- Polimerele filmante (Statizol®, Gastrozol®, Lifuzol®) sunt aplicate pe suprafața ulcerului hemoragic prin intermediul cateterului endoscopic. Mecanismul de acțiune hemostatică este bazat pe obliterarea parțială a vasului hemoragic și izolarea defectului mucoasei de factorii agresivi ai conținutului gastric. (*clasa de recomandare III*)
- Irigarea UGDH cu caprofier impune coagularea chimică a hemului cu fier triclorat și creșterea activității tromboplastice tisulare. La interacțiunea caprofierului și sângelui se formează un cheag sangvin, care se fixează etanș de suprafața leziunii și previne resângerarea. (*clasa de recomandare III*)
- Recent, prafulurile hemostatice topice, cum ar fi Ankaferd Blood Stopper (ABS), EndoClot și 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 rețele proteice cu agregarea ulterioară a eritrocitelor. (*clasa de recomandare IIb*)
- Praful hemostatic EndoClot (EndoClot Plus, Inc, Santa Clara, SUA) este compus dintr-un compus derivat biocompatibil și non-pirogenic. Efectuează hemostază prin tamponada mecanică și absorbția rapidă a apei din ser, conducând la concentrarea trombocitelor și a factorilor de coagulare și, 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*)
- Deși metodele topice sunt inofensive, acestea nu influențează fluxul arterial în vasul la baza UGDH nu sunt eficiente pentru hemostază arterială și, 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 injecționale și termice devine larg răspândită și 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 și ar demonstra prioritățile față de monoterapie sunt destul de puține. (*clasa de recomandare IIb*)



#### C.2.4.9.4. Insuccesul hemostazei endoscopice

##### **Caseta 31. Insuccesul hemostazei endoscopice.**

- Hemostaza endoscopică este nereușită în 15-30%, inclusiv în cazurile de hemoragie persistentă și recurentă. Insuccesul hemostazei se însoțește de o înrăutățire a rezultatelor tratamentului pacienților cu UGDH. (*clasa de recomandare I*)
- **Factorii asociați cu HE nereușită includ cele pre-endoscopici și endoscopici:**
- Vârsta pacientului peste 65 ani. (*clasa de recomandare IIb*)
- Șoc sau instabilitatea hemodinamică la spitalizare. (*clasa de recomandare I*)
- Patologia concomitentă severă, în special patologiile hepatice de gravitate medie și grave. (*clasa de recomandare IIb*)
- Scorul APACHE II (*Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*)  $\geq 11$ . (*clasa de recomandare IIa*)
- Necesitatea în hemotransfuzie și hemoglobina sub 100 g/l. (*clasa de recomandare IIa*)
- Sânge proaspăt și 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 și subcardia gastrică, sau pe peretele posterior al duodenului. Ulcerul acestor regiuni deseori erodează arterii mari: complexul arterei gastroduodenale și artera gastrică stângă sau ramurile acesteia. Diametrul acestor artere deseori depășește posibilitățile hemostatice ale dispozitivelor endoscopice contemporane. (*clasa de recomandare I*)
- Diametrul ulcerului  $\geq 2,0$  cm. (*clasa de recomandare I*)
- Imposibilitatea utilizării IPP după hemostaza endoscopică inițial reușită. (*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 aceștia sunt determinați de abordul nesatisfăcător către ulcer gastroduodenal sau de vizualizarea limitată a stigmatelor hemoragice, iar influența 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 obținută, și în caz de necesitate poate fi completată cu HE repetată. (*clasa de recomandare I*)
- Gastroscopia second-look se recomandă de realizat selectiv la pacienții, care prezintă probabilitate înaltă a resângerării și pronostic rezervat, precum și 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 și indicațiile 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 internaționale. Se recomandă de a utiliza endoscopia second-look în perioada de 24 ore după ședința gastroscopică primară. (*clasa de recomandare IIa*)
- Tratamentul endoscopic repetat se consideră rațional și 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 însoțit de reducerea semnificativă a frecvenței resângerării și ameliorarea altor rezultate ale tratamentului comparativ cu controlul. (*clasa de recomandare III*)
- În același timp, utilizarea de rutină a gastroscopiei second-look nu se recomandă, deoarece aceasta poate conduce potențial la majorarea numărului de sesiuni endoscopice neargumentate și creșterea costurilor tratamentului. (*clasa de recomandare IIb*)

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

##### **C.2.4.10.1. Complicațiile gastroscopiei diagnostice**

**Caseta 33. Complicațiile gastroscopiei diagnostice.**

- Complicațiile endoscopiei cu pericol vital continuă să se dezvolte cu o frecvență de la 1 la 1.000 până la 1 la 3.000 investigații. (*clasa de recomandare I*)
- Mortalitatea, condiționată de investigația gastroscopică și/sau hemostază la bolnavii cu UGDH, variază de la un caz la 3.000 investigații până la 1 la 16.000 (*clasa de recomandare I*)
- Complicațiile apărute în cadrul ședinței endoscopice sunt divizate în cardio-pulmonare și cele locale, legate cu procedeul hemostatic. (*clasa de recomandare I*)

**Complicațiile cardio-pulmonare ale gastroscopiei**

Deregările cardio-pulmonare constituie, cel puțin, o jumătate dintre complicațiile ale gastroscopiei. Acestea se divizează în trei grupe mari: (1) aspirația pulmonară, (2) aritmia cardiacă și infarctul și (3) dereglările condiționate de administrarea preparatelor medicamentoase.

- **Aspirația pulmonară.** Aspirația pulmonară poate fi cauzată de salivă, conținut gastric sau sânge. Aspirația pulmonară poate fi condiționată și de acțiunea premedicației cu diazepamum sau diazepamum cu atropină, sau anesteziei locale, administrate înainte gastroscopiei. Astfel, anestezia locală cu spray de lidocaină împiedică glutiția și dereglează coordinația faringelui. Introducerea diazepamului intramuscular și, îndeosebi, intravenos inhibă pe 5-10 minute reflexul de închidere a laringelui, provoacă depresia respiratorie și, ca consecință – hipoxia și hipercapnia, precum și conduce la inhibarea sistemului nervos central. Totodată influența protectoare a atropinei este minimală. (*clasa de recomandare IIa*)
- **Aritmia cardiacă și infarctul miocardic.** Schimbările electrocardiografice pot fi depistate la 36% dintre bolnavii supuși examenului gastroscopic. La pacienții cu patologie cardiacă modificările pe ECG se manifestă mai frecvent (45%). Frecvența modificărilor ECG se mărește la introducerea endoscopului și devine maximală în cadrul efectuării investigației. Aritmia marcată și stenocardia se denotă uneori, iar stopul cardiac sau infarctul miocardic – exclusiv de rar, însă, de regulă, sunt fatale. Gradul modificărilor pe ECG poate depinde de nivelul hipoxiei. Este stabilit că parametrii pO<sub>2</sub> arterial se reduc cu 15-20% îndată după premedicație și rămân la acest nivel inclusiv până la finisarea procedurii endoscopice. (*clasa de recomandare IIb*)

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

**Caseta 34. Efectuarea gastroscopiei diagnostico-curative la pacienții cu patologie cardiacă.**

- Înainte de gastroscopie la toți bolnavii trebuie efectuată ECG de control. (*clasa de recomandare IIa*)
- Pacienților cu patologie cardio-vasculară severă și hemoragie activă obligatoriu este necesar monitoring-ul cardiac pe parcursul investigației endoscopice. (*clasa de recomandare IIa*)
- La bolnavii din grupul cu risc major gastroscopia se cuvine de efectuat în condiții de terapie intensivă, unde la necesitate este accesibil suportul reanimatologic. (*clasa de recomandare I*)

### C.2.4.10.3. Complicațiile locale ale hemostazei endoscopice

#### Caseta 35. Complicațiile locale ale hemostazei endoscopice.

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

### C.2.4.11. Recidiva hemoragiei ulceroase

#### C.2.4.11.1. Definiția și importanța clinică a recidivei hemoragiei ulceroase

#### Caseta 36. Definiția și importanța clinică a recidivei hemoragiei ulceroase.

- Recidiva hemoragiei este definită ca episodul repetat de hemoragie, declanșat după stoparea inițială a acesteia în cadrul aceleiași spitalizări. (*clasa de recomandare I*)
- Resângerarea în cazul UGDH se declanșează în 20-30% cazuri, preponderent pe parcursul primelor 72 ore după stoparea inițială a hemoragiei. (*clasa de recomandare I*)
- Mortalitatea la bolnavii cu RH constituie 30-40% versus 4-7% la pacienții 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.

- Apariția sângelui proaspăt pe sonda nazogastrică sau voma cu sânge (*clasa de recomandare I*)
- Confirmarea endoscopică a resângerării. (*clasa de recomandare I*)
- Melena abundentă în asocieră cu șocul hipovolemic. (*clasa de recomandare IIa*)
- Hipotonia după stabilizarea inițială a hemodinamicii: reducerea TAsis cu 20-30 mm Hg și/sau accelerarea bruscă a frecvenței Ps peste 100 bătă/min. (*clasa de recomandare IIa*)
- Reducerea nivelului Hb cu cel puțin 20 g/l pe parcursul a 24 de ore după stabilizarea inițială. (*clasa de recomandare IIa*)
- Necesitatea transfuziei mai mult de 4-7 unități de concentrat eritocitar (CE) pe parcursul a 48-72 de ore pentru menținerea 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 apariție a RH.** Aproape 50% de episoadele RH survin în primele 24 ore după hemoragia primară și mai mult de 80-90% – pe parcursul primelor 72 ore. Astfel, cel mai mare pericol al RH se menține pe parcursul primelor 3 zile de spitalizare. (*clasa de recomandare IIa*)
- **Importanța hemodinamică a episodului RH.** Resângerarea hemodinamic importantă este definită ca reducerea TA sis sub 100 mm Hg în asocieră cu tahicardia și oliguria. Resângerare hemodinamic neimportantă se consideră atunci, când aceasta este confirmată evident clinic și endoscopic, și nu este însoțită de dereglări marcante ale hemodinamicii. (*clasa de recomandare IIa*)
- **Recidiva hemoragică repetată** semnifică prezența la bolnav a două sau trei episoade de

RH. Episoadele repetate de RH agravează considerabil pronosticul bolii, măbind și mai mult necesitatea în hemotransfuzie, în tratament chirurgical de urgență, majorând durata de spitalizare, precum și nivelul letalității 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 inițial reușite, resângerarea survine în 15-25% cazuri și înrăutățește semnificativ pronosticul episodului hemoragiei ulceroase gastroduodenale. Aproximativ în jumătate de cazuri recidiva hemoragiei se diagnostică în primele 24 ore după ședința endoscopică primară, și 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. Inițial intervenția 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 însoțită de rata succeselor de 73%. (*clasa de recomandare IIa*)
- Tratamentul endoscopic repetat este mai puțin efektiv în obținerea hemostazei în ulcer GD, decât intervenția chirurgicală, dar se însoțește cu un număr mai mic de complicații și supraviețuirea identică. (*clasa de recomandare IIb*)
- Hemostaza repetată este o alternativă justificată și eficientă intervenției chirurgicale în cadrul primei resângerări din ulcerul gastroduodenal. Utilizarea gastroscopiei curative repetate se însoțește de o reducere a necesității în operației de urgență imediată, fără majorarea riscului a complicațiilor și mortalității. (*clasa de recomandare IIa*)
- Embolizarea arterială transcater sau intervenția chirurgicală întotdeauna este indicată după a doua resângerare după HE, ținând cont de eficacitatea joasă și lipsa perspectivei terapiei endoscopice ulterioare. (*clasa de recomandare IIa*)

#### **C.2.4.11.5. Embolizarea arterială transcater**

##### **Caseta 40. Embolizarea arterială transcater.**

- Embolizarea arterială transcater reprezintă metoda alternativă a hemostazei în UGDH, indicată pacienților la care HE este nereușită sau imposibilă. (*clasa de recomandare IIa*)
- Diferiți emboli, inclusiv coils (spirale), adezivi, microsferă și particule de gelatină sau combinația acestora, pot fi utilizați pentru a exclude flux arterial către UGDH. (*clasa de recomandare IIa*)
- Utilizând embolizarea arterială superselectivă de urgență, hemostaza în ulcerul GD poate fi obținută la 93% din pacienți. (*clasa de recomandare IIb*)
- În pofida succesului tehnic al angioembolizării, hemoragie ulceroasă persistă la 24% dintre pacienți, 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 informație endoscopică referitor la localizarea anatomică a ulcerului. Dacă este posibil, în marginea UGDH în timpul gastroscopiei precedente trebuie plasată o hemoclipa, facilitând astfel identificarea vasului sângărând. (*clasa de recomandare IIb*)
- Mai multe complicații sunt asociate cu angiografia. Complicațiile locale, legate cu puncția arterială includ perforația vasului, pseudoaneurismul și tromboembolia distală. Ocazional, aceste complicații necesită embolectomie chirurgicală sau terapia cu anticoagulante sistemice, toate acestea fiind nedorite la un pacient instabil cu UGDH. Complicațiile sistemice ale angiografiei includ, în primul rând, insuficiența renală produsă de substanța de contrast nefrotică și este întâlnită la 10% din pacienți. Cu scopul limitării nefropatiei induse de contrast, se recomandă utilizarea profilactică a bicarbonaților, N-acetilcisteinei sau

și hidratării. Spre deosebire de angioembolizarea pentru hemoragiile digestive inferioare, infarctul peretelui gastric sau duodenal și perforația ischemică după embolizarea în cazul UGDH este mult mai rară. (*clasa de recomandare IIb*)

- Morbiditatea la pacienții tratați prin embolizarea arterială și celor supuși intervenției chirurgicale este similară, deși bolnavii cu tratament angiografic, ca regulă, sunt mai în vârstă, cu mai multe comorbidități și mai frecvent sunt tratați cu anticoagulante. Pe de altă parte, intervenția chirurgicală se asociază cu o rată mai scăzută de resângerare, decât embolizarea arterială transcater. (*clasa de recomandare IIb*)

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

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

###### **Caseta 41. Principiile terapiei intensive.**

- Toți pacienții cu UGDH trebuie considerați potențiali hemodinamic instabili. În perioada acută este foarte ușor de subapreciat volumul pierderii sangvine și gravitatea hemoragiei, deoarece o multitudine de mecanisme compensatorii temporar susțin prăbușirea tensiunii arteriale. De aceea, managementul pacientului cu hemoragie trebuie efectuat în corespundere cu principiile acceptate pentru toate stările de urgență, adică inițiat cu măsuri de resuscitare. (*clasa de recomandare IIa*)
- Terapia intensivă și investigațiile diagnostice trebuie începute prompt și efectuate simultan. Totodată, măsurile de resuscitare nu pot fi anulate sau temporizate din cauza manipulațiilor diagnostice. (*clasa de recomandare I*)
- La pacienții hemodinamic instabili, cu semne de hemoragie activă, anemie severă și decompensarea patologiilor concomitente tratamentul și diagnosticul trebuie inițiat în condițiile secției ATI sau reanimare. (*clasa de recomandare IIa*)
- Pentru prevenirea aspirației pulmonare transportarea pacienților cu UGDH la etapa de prespital sau în staționar, trebuie efectuată în decubit lateral pe stânga cu membrul inferior drept flexat în articulațiile coxofemurală și a genunchiului la 90° - poziția lui Sim. Riscul aspirației este în special înalt al pacienții cu pierdere sangvină masivă și ciroză hepatică, la care encefalopatie se dezvoltă rapid. (*clasa de recomandare IIa*)
- La bolnavul cu vomelile sangvine abundente și cu dereglări de conștientă ar trebui să fie pregătit pentru intubare endotraheală. (*clasa de recomandare I*)
- La spitalizare trebuie de inițiat 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 și începerea terapiei infuzionale se poate de recurs la cateterizarea venei centrale. (*clasa de recomandare I*)
- Infuzia rapidă în jet a 500-1000 ml de cristaloiți (soluție natrii chloridum – fiziologică, soluție natrii chloridum + kalii chloridum + calcii chloridum – soluție Ringer, sodium lactate – soluție Hartmann) – este o măsură curativă inițială standard la pacienții cu UGDH hemodinamic semnificativ. Scopul acesteia este menținerea TAsis la nivel de  $\geq 90$  mm Hg pentru stabilizarea circulației sangvine și pentru asigurarea unei perfuzii optimale a țesuturilor. (*clasa de recomandare I*)
- Compararea soluțiilor cristaloiți și coloide nu a demonstrat diferențe statistice semnificative privitor rezultatele restabilirii acute a VSC și parametrilor hemodinamici, și 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 cristaloiți,

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 și 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, menționând  $pO_2 > 85-90\%$ . (*clasa de recomandare I*)
- Eficacitatea terapiei intensive și aprecierea volumului optim al terapiei infuzionale este evaluată prin starea hemodinamică a pacientului (frecvența pulsului și nivelul TA), frecvența respirației, parametrii pulsoximetriei, starea de conștiință și nivelul diurezei orare. (*clasa de recomandare I*)
- Monitorizarea continuă a ECG poate fi utilă. (*clasa de recomandare IIa*)
- Parametrii vitali (Ps și TA, respirații, saturația oxigenului, diureza și nivelul de conștiință) sunt monitorizate la fiecare 15 minute până când pacientul sa stabilizat, și apoi – o dată pe oră. (*clasa de recomandare IIa*)
- Este necesar de apreciat parametrii vitali după fiecare flacon (500 ml) de cristaloizi infuzați. Trebuie de urmărit starea plămânilor în dinamică pentru a diagnostica edemul pulmonar la timpul oportun și prevenirea surplusului de infuzie. (*clasa de recomandare IIa*)

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

**Caseta 42. Terapia antisecretorie.**

- Crearea condițiilor optime pentru realizarea hemostazei locale în UGDH presupune menținerea pH-ului în corpul gastric  $\geq 6,0$ . Însă cerințele minimale, în care hemostaza este posibilă, sunt următoarele: menținerea pH-ului intragastric  $\geq 4$  pe parcursul a cel puțin 80% din timpul nictemeral. (*clasa de recomandare I*)
- Administrarea antisecretoarelor enterale în perioada acută a hemoragiei nu este rațională. Prezența sângelui și cheagurilor în stomac, evacuarea accelerată a sângelui restant prin intestin, aspirația nazogastrică, lavajul gastric și examenele endoscopice repetate sunt factori, care reduc absorbția și împiedică atingerea concentrației terapeutice a preparatului. Terapia acid-supresoare trebuie inițiată cu preparate intravenoase cu durata de cel puțin 3 zile (sau 3-5 zile), cu transfer ulterior la tratament cu medicamente perorale. (*clasa de recomandare IIa*)
- Însă pacienții stabili și cu stigmatele hemoragice cu risc scăzut în UGD (Forrest IIC sau Forrest III) din start pot fi tratați cu preparate antisecretorii enterale, cu preferința IPP. (*clasa de recomandare IIb*)
- Antagoniștii receptorilor histaminici (H<sub>2</sub>-blocatorii) au fost primele preparate antisecretorii efective și continuă să fie utilizate la bolnavii cu HDS deși rezultatele sunt ambigue. (*clasa de recomandare IIb*)
- În corespundere cu particularitățile farmacodinamicii sunt recomandate următoarelor doze standard ai preparatelor parenterale: cimetidinum – 800 mg în 24 ore (300 mg x 4 ori pe zi), ranitidinum – 150 mg în 24 ore (50 mg x 3 ori pe zi) și 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 acidității gastrice în cazul hemoragiilor dozele H<sub>2</sub>-blocatorilor trebuie majorate de 1,5-2 ori comparativ cu cele recomandate standard. (*clasa de recomandare IIb*)
- În cazul insuficienței renale sau hepatice doza H<sub>2</sub>-blocatorilor necesită recalculări și modificări. (*clasa de recomandare IIa*)
- Activitatea antisecretorie și eficacitatea clinică a inhibitorilor pompei protonice (IPP) în cazul hemoragiei din tractul digestiv superior este veridic mai înaltă, comparativ cu H<sub>2</sub>-blocatorii. (*clasa de recomandare I*)
- Utilizarea IPP majorează pH-ul intragastric mai previzibil și mai îndelungat, decât H<sub>2</sub>-blocatorii. IPP inhibă aproape complet secreție bazală și stimulată a stomacului, reducerea

secreției cu 60-70% după 24 ore de la administrare, iar concentrația nu este modificată în patologiile renale sau hepatice. (*clasa de recomandare I*)

- Se recomandă inițierea tratamentului cu IPP bolus intravenos (40-80 mg), urmat de perfuzie continuă sau administrare fracționată (dar cel puțin două ori pe zi) la pacienții cu UGDH, care sunt în așteptare examinării endoscopice. Totodată, infuzia cu IPP nu trebuie să reține efectuarea gastroscopiei precoce. (*clasa de recomandare I*)
- Dozele IPP utilizate la pacienții cu UGDH sunt discutabile. În perioada acută a episodului hemoragiei ulceroase gastroduodenale la pacienții 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), esomeprazolum – 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 pacienții cu UGDH cu stigmatele endoscopice cu risc redus se recomandă administrarea preparatelor antisecretorii în doze standard. (*clasa de recomandare IIa*)
- În cazul HE sigure terapia acid-supresorie nu influențează exodul episodului hemoragic și este doar un component suplimentar benefic. În contrast, rolul terapiei antisecretorii este înalt în situațiile, când terapia endoscopică hemostatică este inadecvată sau inaccesibilă. (*clasa de recomandare III*)
- Obținerea rezultatelor optime ale tratamentului UGDH la pacienții cu risc înalt este posibilă doar la utilizarea combinată a HE și a dozelor adecvate de preparate antisecretorii eficiente. (*clasa de recomandare IIa*)

### C.2.4.12.3. Hemotransfuzia

#### Caseta 43. Hemotransfuzia.

- Ulcerul GD hemoragic reprezintă cea mai frecventă cauză a necesității în transfuzie de sânge sau componentelor sangvine dintre toate HDS. (*clasa de recomandare I*)
- **Concentrat eritrocitar**
- Hemotransfuzia la pacienții cu UGDH trebuie să se efectueze conform unor indicații stricte și bine determinate, contând pe obținerea efectului maxim și prevenirea complicațiilor posibile. (*clasa de recomandare I*)
- În același timp, transfuzia de sânge la pacienții cu UGDH se efectuează nu doar pentru corecția anemiei, ci pentru restabilirea sau menținerea semnelor vitale. (*clasa de recomandare IIa*)
- Conform recomandărilor actuale, transfuzia concentratului eritrocitar (CE) este mereu indicată când nivelul Hb scade sub 70 g/l și nu este recomandată la valorile Hb mai mari de 100 g/l. (*clasa de recomandare I*)
- În cazurile valorilor intermediare (între 70 g/l și 100 g/l) decizia se va lua în funcție de gradul de exprimare al simptomelor hipoxiei, stabilitatea hemostazei, vârsta și starea generală a bolnavului. (*clasa de recomandare I*)
- Pentru pacienții hemodinamic stabili, dar cu patologii cardiovasculare severe preexistente (boală cardiacă ischemică, accident vascular cerebral sau atac ischemic tranzitor) se recomandă inițierea transfuziei la scăderea Hb sub nivelul 90 g/l. (*clasa de recomandare I*)
- Altă indicație 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 cristaloidi hemoragia continuă sau nu se reușește 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 inițial, 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 așteaptă creșterea 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 insuficiența cardio-respiratorie sau edemul pulmonar; hiperpotasemia; hipocalciemia, alte reacții și complicații non-imune și imune, inclusiv sindromul TRALI (*transfusion-related acute lung injury* sau leziunea acută posttransfuzională a pulmonilor).  
(*clasa de recomandare IIa*)

#### **Concentrat trombocitar**

- În prezența hemoragiei sau în perioada de pregătire preoperatorie concentratul trombocitar se va administra bolnavilor cu nivelul trombocitelor sub  $50 \times 10^9/l$ . (*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  $5.000-10.000 \times 10^9/l$ . (*clasa de recomandare I*)

#### **Plasma proaspăt congelată**

- Indicațiile către transfuzia plasmei proaspăt congelate (PPC) la pacienții cu hemoragii ulceroase sun limitate de coagulopatii, confirmate laborator: în patologiiile hepatice, în caz de supradozaj cu anticoagulante, și 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 crește peste 1,5. Actualmente, administrarea plasmei pentru compensarea VSC este considerată nerațională. (*clasa de recomandare IIa*)

#### **Crioprecipitatul**

- Se indică doar în hemoragiile asociate cu deficitul factorilor de coagulare și, 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 medicație**

#### **Caseta 44. Alta medicație.**

- **Eradicarea H.pylori.** Deși infecția H.pylori reprezintă un factor important în etiologia bolii ulceroase, aceasta nu influențează severitatea hemoragiei ulceroase. Tratamentul empiric al H.pylori nu este recomandat. Terapia este indicată numai după confirmarea infecției. Eradicarea H.pylori nu se referă direct la episodul acut al UGDH și nu este un component obligatoriu de tratament intensiv. Bolnavilor cu hemoragie ulceroasă recentă și infecție H.pylori confirmată, tratamentul specific trebuie inițiat înainte sau imediat după externarea din spital, ce se asociază cu reducerea frecvenței recurenței ulcerelor GD. (*clasa de recomandare IIa*)
- **Somatostatina și octreotidul.** Utilizarea somatostatinei și analogului sintetic al acestuia, octreotidul (Octreotidum), în cazul HDS este determinat de un șir de efecte fiziologice: preparatele induc o vasoconstricție rapidă, puternică și de durată; reduc indirect fluxul sangvin celiac și portal și scad presiunea porto-sistemică; inhibă secreția gastrică acidă mai selectiv și mai sigur decât IPP și H2-blocantele; capabilă să reducă și producția de pepsină. Însă, datele clinice n-au fost în stare să confirme superioritatea somatostatinei (octreotidului) față de medicație convențională în cazul UGDH. Somatostatina poate fi utilă doar în cazuri selecte, când gastroscopia este indisponibilă. Utilizarea de rutină a somatostatinei (octreotidului) la pacienții cu UGDH nu este recomandată. (*clasa de recomandare III*)
- **Vasopresina.** Infuzia sistemică de vasopresină reduce presiunea portală și fluxul sangvin. La pacienții cu ciroză hepatică vasopresina poate controla hemoragiile GI în 60% din cazuri, în special când este combinată cu nitroglicerina. Totodată, după oprirea inițială a hemoragiei, administrarea vasopresinei nu micșorează frecvența resângerării și nu influențează



mortalitatea. (*clasa de recomandare III*)

- **Antacidele.** Mecanismul de acțiune de bază constă în neutralizarea acidului clorhidric intragastric și stimularea producerii prostaglandinilor. Antacidele sunt eficiente doar la utilizare locală și 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*)
- **Misoprostol (misoprostolum).** Reprezintă analogul prostaglandinei PgE1 cu efectul citoprotectiv. (*clasa de recomandare III*)
- **Sucralfatul (sucralfatum).** Pe lângă crearea barierei protectoare pentru difuzia ionilor de hidrogen, inhibă activitatea pepsinei, sporește secreția bicarbonaților și mucusului, precum și ameliorează procesele reparatorii tisulare. Sucralfatum trebuie administrat peroral sau introdus prin sonda nazogastrică (1 g x 4 ori pe zi), deoarece acțiunea preparatului se realizează prin contactul local cu mucoasa gastrică. (*clasa de recomandare IIB*)
- **Acizii aminocapronic și tranexamic.** Acidul aminocapronic (Acidum aminocaproicum) inhibă fibrinoliza tisulară și, ca urmare, stabilizează trombul. Acizii aminocapronic și tranexamic (Acidum tranexamicum) în cazul UGDH pot fi administrate peroral sau intravenos. Totodată, ghidurile internaționale nu recomandă utilizarea acidului tranexamic (aminocapronic) la pacienții cu UGDH. (*clasa de recomandare III*)
- **Fitomenadioni (vitamina K).** Acțiunea 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*)
- **Etamzilatul (Etamsylatum).** Efectul hemostatic este determinat de acțiunea la formarea tromboplastinei tisulare (factorul III). Preparatul nu acționează la timpul protrombinic, nu posedă proprietăți de hipercoagulare și nu favorizează formarea trombului. (*clasa de recomandare III*)
- **Clorura de calciu (Calcii chloridum).** Ionii de calciu participă la convertirea protrombinei în trombină. Totodată, date veridice referitoare la efectul hemostatic clinic și de laborator al clorurii de calciu nu există. Ca urmare, este un remediu hemostatic auxiliar. (*clasa de recomandare III*)
- **Antibioticoterapia profilactică.** Pacienții cu UGDH și ciroza hepatică cu ascita sunt expuși riscului de infecții bacteriene. Infecțiile bacteriene secundare se pot dezvolta la 50% dintre pacienții cu ciroză hemoragică. Administrarea profilactică a antibioticelor la pacienții cu hemoragie ulceroasă și ciroza asociată scade mortalitatea cu 10%. Cu scop de profilaxie se recomandă administrarea fluorochinolonelor. (*clasa de recomandare IIB*)

#### ***C.2.4.12.5. Medicația asociată precedentă***

**Caseta 45. Medicația asociată precedentă.**

- La pacienții spitalizați 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 complicațiilor gastrointestinale în fiecare caz individual. (*clasa de recomandare IIB*)
- În caz de hemoragie ulceroasă GD acută, în general se recomandă stoparea consumului Acidum acetilsalicilicum (Aspirinei) pe perioada de câteva zile. (*clasa de recomandare IIa*)
- Totuși întreruperea prelungită trebuie evitată, deoarece riscul de dezvoltare a trombozei arteriale la pacienții cu stent coronarian este aproape dublu. Un risc minimal de recurență hemoragiei ulceroase se compensează de reducerea riscului de evenimente vasculare și de deces. Acești bolnavi necesită reluarea Acidum acetilsalicilicum (Aspirinei) în perioada de 1 până la 5 zile după stoparea sigură a hemoragiei, și cu administrarea simultană a dozelor mari de IPP (sau în unele cazuri H2-blocatorii – famotidinum) intravenos. (*clasa de recomandare IIa*)
- La pacienții cu risc crescut de tromboembolism se recomandă continuarea 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 anticoagulanților indirecte cu heparină sau reluarea anticoagulanților cât mai curând posibil după confirmarea stopării definitive a hemoragiei ulceroase la pacienții cu risc crescut de complicațiile 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 intervenției chirurgicale în tratamentul UGDH a scăzut considerabil datorită celor două realizări mari: perfectarea HE și posibilitatea menținerii medicamentoase a pH-ului neutru în stomac. Aplicarea acestor măsuri contribuie la micșorarea numărului cazurilor de hemoragie ulceroasă persistentă și recidivantă și, prin urmare, reducerea necesității în tratament chirurgical. (*clasa de recomandare IIb*)
- Totodată, necesitatea în intervențiile chirurgicale pentru UGDH rămâne constantă și constituie de la 10% până la 20% din numărul pacienților spitalizați (*clasa de recomandare Iia*)
- Principiile de bază ale intervenției chirurgicale pentru UGDH includ identificarea rapidă a sursei de hemoragie, controlul hemostatic *in situ* sau rezecția ulcerului hemoragic, reconstrucția integrității tractului GI și executarea, după caz, unei operații anti-ulceroase. (*clasa de recomandare I*)
- Se evidențiază trei tipuri de intervenții chirurgicale: de urgență imediată, de urgență amânată și programate. (*clasa de recomandare IIa*)
- **Operație de urgență imediată** trebuie considerată intervenția chirurgicală, efectuată în hemoragia activă. Aceasta poate fi hemoragia persistentă nemijlocit la spitalizare, necontrolată endoscopic, sau hemoragie recurentă activă, declanșată peste câteva ore sau chiar zile după spitalizare. Scopul principal al operației de urgență imediată este stoparea nemijlocită a hemoragiei active din ulcer pe cale chirurgicală. (*clasa de recomandare I*)
- **Operația de urgență amânată** se consideră cea întreprinsă în lipsa hemoragiei ulceroase active, dar în prezența riscului înalt de resângerare. Operația de urgență amânată se efectuează în prezența stigmatelor majore ale hemoragiei recente în ulcer: a vasului vizibil nehemoragic sau a cheagului aderat. Scopul operației de urgență amânată este preîntâmpinarea hemoragiei repetate la bolnavii cu risc major al acesteia. (*clasa de recomandare I*)
- **Operația programată** se numește intervenția chirurgicală, efectuată la bolnavii cu hemostază stabilă definitivă în ulcer și fără risc de resângerare. Prin urmare, scopul operației programate nu poate fi oricare măsură hemostatică. De regulă, indicațiile către intervenția chirurgicală programată includ prezența la pacienți a altor complicații ale bolii ulceroase sau suspecția de malignizare. (*clasa de recomandare IIb*)

#### **C.2.4.13.2. Operația de urgență imediată**

##### **Caseta 47. Operația de urgență imediată.**

- Intervenția chirurgicală imediată este divizată în funcție de condițiile de efectuare a acesteia în operație imediată primară, efectuată în hemoragia activă în cazul HE nereușite la spitalizare și operație imediată secundară, întreprinsă în caz de resângerare. (*clasa de recomandare IIb*)
- Operației de urgență imediată sunt supuși bolnavii cu hemoragie ulceroasă profuză continuă, la care metodele conservative și endoscopice de hemostază s-au dovedit a fi neeficace.

Aceasta o situație se întâlnește 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 șoc, nu se recomandă de a amâna începutul operației pentru o resuscitare deplină. La acești bolnavi restabilirea volemică trebuie să se efectueze simultan cu laparotomia. (*clasa de recomandare IIa*)
- În cazuri excepționale situația clinică poate fi într-atât de gravă și 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 și de aceea astfel de bolnavi pot fi operați imediat fără gastroscopie prealabilă. (*clasa de recomandare IIb*)
- Uneori la bolnavii cu hemoragie masivă și șoc este utilă efectuarea așa-numitei esofagogastroduodenoscopii „orientative”. Examenul se efectuează în sala de operație, deja după luarea deciziei principale în favoarea intervenției chirurgicale. Endoscopul se va introduce maximal de repede în esofag și stomac. Excluderea caracterului variceal al hemoragiei și prezența sângelui proaspăt în stomac este informație suficientă pentru confirmarea definitivă a tacticii operatorii. (*clasa de recomandare IIb*)
- Hemoragia ulceroasă profuză, însoțită de șoc, reprezintă cea mai critică situație, care poate să apară în chirurgia de urgență. Imediat trebuie să fie implicate toate forțele principale și mijloacele spitalului. Chirurgul cu experiență, endoscopistul și anesteziologul-reanimatolog trebuie să fie implicați imediat în asistența medicală a bolnavului cu hemoragie activă și în elaborarea tacticii curative ulterioare. Rolul principal în aprecierea indicațiilor către operația de urgență imediată îi aparține experienței, responsabilității și capacităților decizionale ale chirurgului. (*clasa de recomandare IIa*)

#### **C.2.4.13.3. Operația de urgență amânată**

**Caseta 48. Operația de urgență amânată.**

- Una dintre căile de reducere a letalității este practicarea operației de urgență amânată cu scopul preîntâmpinării hemoragiei repetate. Intervenția chirurgicală de urgență amânată se efectuează pentru reducerea numărului operațiilor imediate, întreprinse la apogeul resângerării și însoțite de un risc maximal al complicațiilor postoperatorii și de deces. (*clasa de recomandare IIa*)
- Indicațiile către operația de urgență amânată sunt multiple și diverse: instabilitatea hemodinamică până și după spitalizare, hemoragia inițială masivă, necesitatea înhemotransfuzie  $\geq 4-6$  unități de CE în 24 ore, dimensiunile ulcerului  $> 2$  cm, maladiile concomitente, vârsta pacienților peste 60-65 ani, răspunsul la terapia endoscopică și medicamentoasă, inclusiv hemotransfuzie, precum și hemoragia din ulcerul mare pe peretele duodenal posterior. (*clasa de recomandare IIa*)
- În legătură cu posibilitatea HE repetate, laparotomiei vor fi supuși doar bolnavii, la care succesul hemostazei repetate este dubios. (*clasa de recomandare IIb*)
- În cazul, când terapia endoscopică este inaccesibilă, operația de urgență amânată este unica măsură eficientă pentru reducerea numărului cazurilor de resângerare și letalității. Indicațiile către intervenția chirurgicală trebuie să fie mai largi în spitalele mici, unde lipsește suportul chirurgical și anesteziologic 24 din 24 de ore și unde HE nu se utilizează, se utilizează sporadic sau doar la etapa de implementare. (*clasa de recomandare IIa*)
- Operația de urgență amânată este recomandată în primele 12-24-48 ore de la spitalizarea pacientului. (*clasa de recomandare IIb*)

#### **C.2.4.13.4. Operația programată**

##### **Caseta 49. Operația programată.**

- Rolul chirurgiei programate în boala ulceroasă continuă să scadă rapid din cauza creșterii eficacității tratamentului medicamentos. (*clasa de recomandare IIa*)
- Operația programată se efectuează în prezența hemostazei stabile și definitive în ulcer (bază ulcerului este curată). (*clasa de recomandare IIb*)
- Indicațiile către intervenția chirurgicală programată sunt destul de discutabile și subiective. Întotdeauna trebuie să existe argumente foarte întemeiate în favoarea corecției chirurgicale, orientate la lichidarea simptomatologiei concomitente și ameliorarea calității vieții bolnavului, care doar nu demult a suportat hemoragie ulceroasă. (*clasa derecomandare III*)
- Cele mai argumentate indicații către operația programată în boala ulceroasă sunt stenoza pilorică decompensată și suspjecția de malignizare. (*clasa de recomandare IIb*)
- Un motiv suplimentar în favoarea intervenției chirurgicale este ineficiența tratamentului conservativ, inclusiv ulcerul refractar la terapia antisecretorie și eradicarea H.pylori, și complicațiile în antecedente, cum ar fi perforația sau episoadele hemoragice multiple. (*clasa de recomandare III*)

#### **C.2.4.13.5. Volumul intervenției chirurgicale**

##### **Caseta 50. Volumul intervenției chirurgicale.**

- Volumul operației în cazul UGDH trebuie să fie minimal, având ca scop salvarea vieții bolnavului și nu tratarea radicală a bolii ulceroase. (*clasa de recomandare I*)
- Totodată, pe lângă realizarea hemostazei, trebuie de întreprins eforturi pentru micșorarea riscului complicațiilor și asigurarea unei perioade postoperatorii favorabile, precum și preîntâmpinarea recurenței ulcerului. (*clasa de recomandare IIb*)
- Operația organomenajantă (OOM) se consideră mai acceptată în cazul ulcerului hemoragic duodenal, iar procedeele rezecționale – în ulcerul gastric. (*clasa de recomandare IIa*)
- Un neajuns comun al OOM este frecvența mai mare a complicațiilor hemoragice (hemoragiilor recurente din ulcer) în perioada postoperatorie precoce, comparativ cu rezecția gastrică. Din contra, numărul total de complicații și letalitatea sunt mai înalte după procedeele rezecționale în comparație cu intervențiile chirurgicale OOM. (*clasa de recomandare IIb*)
- Însă, recomandările nu sunt definitive și au un caracter relativ. Particularitățile anatomice ale ulcerului sau starea critică a pacientului pot influența volumul operației, atât în sensul majorării, cât și limitării acesteia. (*clasa de recomandare III*)
- Majorarea volumului operației în cazul UGDH poate fi necesară în prezența altor complicații ale bolii ulceroase: penetrație profundă a ulcerului în pancreas, stenoza piloro-bulbară decompensată, suspjecție de malignizare, asocierea hemoragiei și perforației ulcerului. (*clasa de recomandare IIa*)
- În baza datelor preoperatorii, care includ mai întâi de toate statusul hemodinamic al bolnavului, precum și localizarea și dimensiunile defectului ulceros, se poate programa în prealabil volumul intervenției chirurgicale. (*clasa de recomandare IIb*)
- Volumul intervenției chirurgicale în cazul UGDH trebuie să fie strict individuală, determinată de starea generală a bolnavului și stabilitatea hemodinamică, localizarea și dimensiunile ulcerului, durata presupusă a operației, experiența și preferințele 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 și profuză. În asemenea situație 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 părții drepte a ligamentului gastro-colic în zona avasculară, detașarea peretelui posterior al duodenului de la craterul ulceros în cefalul pancreasului („deschiderea” ulcerului) și în compresiunea digitală a defectului arterial. Urmează suturarea hemostatică a vasului sângerând și efectuarea etapelor ulterioare ale operației. (*clasa de recomandare III*)
- Duodenotomia (piloroduodenotomia) longitudinală este cel mai frecvent utilizată. Aceasta nu necesită mult timp, permite evacuarea rapidă a cheagurilor și a sângelui din lumenul duodenului, identificarea și 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 intensității 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 parțială a arterei gastroduodenale și 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 și 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 proiecția traiectului presupus al arterei sau ligaturarea extraduodenală a arterei gastroduodenale. (*clasa de recomandare IIb*)

### ***C.2.4.13.7. Volumul operației de urgență în ulcerul duodenal hemoragic***

#### ***Caseta 52. Volumul operației de urgență în ulcerul duodenal hemoragic.***

- Duodenotomia, dacă este posibilă păstrarea pilorului, cu suturarea vasului sângerând în ulcer, urmată de duodenorafie (duodenoplastie). (*clasa de recomandare IIa*)
- Sutura hemostatică a ulcerului cu sau fără asocere cu piloroplastie după Heineke-Mikulicz sau Weinberg. Frecvența utilizării operațiilor minimale a crescut. Teoretic, inhibarea medicamentoasă a acidității, prin utilizarea H<sub>2</sub>-blocatorilor sau IPP pot conduce la cicatrizarea ulcerului, iar eradicarea cu succes a H.pylori permite prevenirea recurenței 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 procedeu sigur, însă realizabil în cazul situării ulcerului pe circumferința 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 siguranța hemostazei, fapt condiționat de excluderea acțiunii agresive a conținutului 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 funcție de experiența chirurgului, circumstanțele anatomice și stabilitatea hemodinamică a pacientului. Se poate utiliza vagotomie tronculară (VT), vagotomie selectivă (VS) și 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 operațiile de drenaj gastric, cum ar fi piloroplastia sau gastroenteroanastomoza. VSP păstrează ramura distală motorie a vagului, și, ca urmare, menținerea funcției de evacuare a pilorului. (*clasa de recomandare I*)
- Vagotomia nu se mai consideră o operație suplimentară obligatorie în ulcer duodenal hemoragic, deoarece aciditatea gastrică poate fi inhibată prin administrarea H<sub>2</sub>-blocatorilor sau IPP, iar prevenirea recurenței ulceroase – prin eradicarea H.pylori. (*clasa de recomandare III*)
- În cazul ulcerului hemoragic mare al peretelui duodenal posterior metoda de elecție poate deveni rezecția gastrică, care permite realizarea hemostazei sigure în ulcer fără majorarea riscului complicațiilor abdominale. (*clasa de recomandare IIa*)
- Antrumectomia (rezecție porțiunii gastrice antrale) reprezintă operația de elecție laa bolnavii cu risc operator major în cazul hemoragiei din ulcerul duodenal. Antrumectomia izolată inhibă aciditatea gastrică suficient și nu trebuie obligatoriu asociată cu vagotomie. (*clasa de recomandare IIa*)
- Alegerea metodei de restabilire a integrității tractului digestiv după finisarea rezecției gastrice în ulcerul duodenal depinde de starea bolnavului, stabilitatea hemodinamicii, particularitățile morfologice ale ulcerului, experiența și preferințele chirurgului. (*clasa de recomandare IIa*)
- După rezecție 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 (rezecție tip Billroth-II) prevede închiderea bontului duodenal și 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, Rubașov-Krivoșeev, Nissen, Iudin, Graham, Cicala, etc. (*clasa de recomandare I*)
- Suturarea bontului duodenal „la excludere” în rezecția gastrică pentru ulcer duodenal hemoragic este o eroare, fiind și deosebit de periculoasă. (*clasa de recomandare I*)
- Bontul duodenal trebuie să fie suturat fără tensiune cât de mică a țesuturilor, 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 țesutul cicatriceal al marginii distale ale ulcerului, și nu țesutul intact al pancreasului (ca în metodele Nissen sau Iudin). (*clasa de recomandare IIb*)
- Rolul și eficacitatea duodenostomiei preventive în soluționarea problemei bontului duodenal „dificil” nu este clar și efectuarea acesteia nu se recomandă. (*clasa de recomandare I*)

#### **C.2.4.13.8. Volumul operației de urgență în ulcerul gastric hemoragic**

##### **Caseta 53. Volumul operației de urgență în ulcerul gastric hemoragic.**

- Particularitate importantă a hemoragiei din ulcerul gastric comparativ cu cel duodenal este riscul major al resângerării și letalității. Bolnavii cu hemoragie din ulcerul gastric necesită semnificativ mai frecvent intervenție chirurgicală pentru stoparea hemoragiei active sau pentru

preîntâmpinarea resângerării. (*clasa de recomandare IIa*)

- Metodă de operație este determinată de datele pre- și intraoperatorii, care includ localizarea și dimensiunile ulcerului, precum și pericolul potențial 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 și a sângelui din stomac și asigurarea hemostazei temporare în ulcer. Pentru suturarea hemostatică a arterei este rațional de a utiliza fir neresorbabil pe ac atraumatic. (*clasa de recomandare IIa*)
- Metoda de elecție în hemoragia din ulcerul stomacal este rezeecția gastrică, care asigură hemostaza stabilă și permite examinarea histologică completă pentru aprecierea malignizării posibile (riscul este 10-15%). (*clasa de recomandare I*)
- Reconstrucția tip Billroth-I este de preferat după antrumectomie sau rezeecție gastrică 2/3. În cazul unor rezeecții 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 și 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 joncțiunii esofago-gastrice (juxtacardiale sau Johnson IV) constituie 3-5% din numărul total de ulcere gastrice hemoragice. Procedeele chirurgicale rezeecționale includ: operația Kelling-Madlener cu suturarea hemostatică a vasului în ulcer, operația Pauchet (Schoemaker-Pauchet) sau rezeecția gastrică „în scară”, rezeecția gastrică proximală cu anastomoza esofago-gastrică. Restabilirea continuității 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 corecția chirurgicală a ulcerului hemoragic al joncțiunii esofago-gastrice este propusă gastrectomia. Însă conform opiniei răspândite, gastrectomia în maladiile benigne este puțin justificată, periculoasă pentru bolnav și dificilă din punct de vedere tehnicii chirurgicale. (*clasa de recomandare III*)
- La bolnavii vârstnici cu hemoragie masivă din ulcerul juxtacardial operația trebuie să fie de volum limitat: suturarea vasului sângerând și biopsie pentru excluderea malignizării, asociată la necesitatea cu ligaturarea arterei gastrice stângi. (*clasa de recomandare IIb*)

#### ***C.2.4.13.9. Complicațiile postoperatorii după rezolvarea chirurgicală a UGDH***

***Caseta 54. Complicațiile postoperatorii după rezolvarea chirurgicală a UGDH.***

- Mortalitatea la pacienții, care necesită intervenție chirurgicală pentru stoparea hemoragiei ulceroase GD, variază între 15% și 30%. (*clasa de recomandare IIa*)
- ***Complicațiile sistemice. (clasa de recomandare I)***
- Insuficiența cardio-vasculară acută și infarctul miocardic (în primele 3-4 zile postoperator).
- Insuficiența hepato-renală (la a 5-7-ea zi postoperator).
- Pneumonia.
- Tromboza venoasă profundă este o complicație frecventă după intervențiile chirurgicale pentru UGDH (7-30%). În cazul dezvoltării trombozei, pacienții trebuie tratați cu heparinele cu masa moleculară mică și bandaj (ciorapi) elastic compresiv postoperator.
- Complicațiile trombembolice.
- Insuficiență multiplă de organ (64%).

**Complicațiile abdominale. (clasa de recomandare I)**

- Hemoragia recidivantă profuză din UGDH suturat (la a 5-7-ea zi postoperator).
- Dehiscenta suturilor „carenei” gastrice.
- Dehiscenta gastrafiei.
- Dehiscenta anastomozei gastrojejunale (la a 3-7-ea zi postoperator).
- Dehiscenta gastroduodenoanastomozei reprezintă cea mai tipică și gravă complicație a rezecției gastrice cu reconstrucție în Billroth-I.
- Dehiscenta bontului duodenal – complicație specifică a metodelor Billroth-II și Roux-în-Y (incidența – 1,1-4%, mai frecvent – după intervențiile pentru ulcer duodenal hemoragic, penetrant în pancreas).
- Dereglările evacuării din stomac sau anastomozita (5-20%).
- Pancreatita postoperatorie.

**Complicațiile tardive. (clasa de recomandare IIb)**

- Ulcerul peptic al anastomozei gastroduodenale sau gastrojejunale.
- Sindromul dumping precoce și tardiv ( $\approx 1\%$ ).
- 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 alimentația lichidă în a 3-4-a zi postoperator. (clasa de recomandare IIa)
- Înlăturarea sondei nazogastrice se va efectua după restabilirea pasajului intestinal. (clasa de recomandare IIa)
- Alegerea analgeziei după intervenție chirurgicală actualmente este determinată de către chirurgul operator sau preferințele instituționale. (clasa de recomandare IIa)
- Drenurile abdominale sunt înlăturate după restabilirea peristaltizmului intestinal și emisiei de gaze, sau peste câteva zile, când debitul eliminărilor seroase nepatologice scade până la un volum minimal (mai puțin de 50 ml/ 24 ore). (clasa de recomandare IIa)
- Pacienții pot fi externați peste 7-10 zile, în funcție de starea generală, eficacitatea tratamentului administrat, procedeul operator utilizat, evoluția postoperatorie și prezența complicațiilor. (clasa de recomandare IIa)

**C.2.5. Criterii de externare****Caseta 56. Criterii de externare (clasa de recomandare I).**

- Normalizarea stării generale și a mobilității a pacientului. (clasa de recomandare I)
- Restabilirea pasajului intestinal. (clasa de recomandare I)
- Lipsa febrei. (clasa de recomandare I)
- Lipsa complicațiilor postoperatorii. (clasa de recomandare I)
- Necesitatea doar în medicație perorală (inclusiv analgezice). (clasa de recomandare IIa)
- Plăgile postoperatorii sunt în curs de vindecare. (clasa de recomandare IIa)
- Pacienții ce au suportat tratament conservativ și endoscopic vor fi externați după nu mai puțin 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 pacienții cu anamneză ulceroasă. (*clasa de recomandare III*)
- Profilaxia acutizării sezoniere la pacienții cu UGD cunoscut prin tratament adecvat cu IPP și H2-blocatorii. (*clasa de recomandare III*)
- La pacienții H.pylori-pozitivi se recomandă terapie de eradicare pentru a reduce rata de recurență ulcerului. (*clasa de recomandare I*)
- Administrarea rațională a AINS, când este necesar. (*clasa de recomandare I*)

### C.2.7. Supravegherea pacienților

#### Caseta 58. Supravegherea pacienților cu UGDH.

##### Medicul de familie.

- După externare, pacienții 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 2 săptămâni). (*clasa de recomandare IIa*)
- Reevaluare pacienților cu UGDH la contaminare cu H.pylori prin testare ureazică rapidă a biopiatului endoscopic, examenul histologic sau serologic poate fi efectuată înainte sau după externare. Ar trebui de luat în considerație, că sensibilitate testelor endoscopice de determinare H.pylori este mai mică în cazul ulcerului GD complicat. (*clasa de recomandare IIb*)
- Tratamentul empiric al H.pylori nu este recomandat. Terapia este indicată numai după confirmarea infecției. La pacienții H.pylori-pozitivi se recomandă terapie de eradicare pentru a reduce rata de recurență ulcerului. (*clasa de recomandare I*)
- Eradicarea H.pylori trebuie confirmată în termen cel puțin 4 săptămâni după finalizarea tratamentului, deoarece terapia ușurează la 20% de pacienți cu păstrarea riscului acutizărilor și, respectiv, a hemoragiei repetate din ulcer. (*clasa de recomandare IIa*)
- Pacienții 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 combinație a unui AINS selectiv cu ciclooxigenază-2 (COX-2) în doza minimală eficientă și a unui IPP. (*clasa de recomandare I*)
- Pacienților cu UGDH idiopatic (non-H.pylori, non-aspirina și non-AINS) după externare din staționar se recomandă administrarea tratamentului antisecretor de lungă durată (cel puțin 4-8 săptămâni). (*clasa de recomandare I*)
- Pacienții cu patologii cardiovasculare semnificative necesită reluarea Acidum acetilsalicilicum, 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 complicațiilor survenite postoperator în cazul pacienților operați (hematom, serom, supurarea plăgii, durere postoperatorie). (*clasa de recomandare I*)
- Scoate de la evidență pacientul tratat după restabilirea completă. (*clasa de recomandare IIa*)

## D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU

### RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

<b>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medic de familie.</li> <li>• Asistenta medicului de familie.</li> <li>• Medic laborant.</li> <li>• Medic funcționist (CMF).</li> <li>• Cabinet endoscopic dotat cu fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop.</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparat fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop (CMF).</li> <li>• Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei.</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spasmolitice (Papaverinum, Platyphyllini hydrotartras, Drotaverinum).</li> <li>• Preparate antacide (Aluminii hydroxidum, Magnesii hydroxidum etc., pentru administrare enterală).</li> <li>• H<sub>2</sub>-histaminoblocante (Famotidinum etc., pentru administrare enterală).</li> <li>• Inhibitorii pompei protonice (Omeprazolom etc., pentru administrare enterală).</li> <li>• Preparate pentru compensare volemică (cristaloizi – Sol. Natrii chloridum 0,9%; Sol. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum (soluție Ringer))</li> </ul>
<b>D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de Asistență Medicală Urgentă</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medic de urgență.</li> <li>• Asistenți/felceri de urgență.</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG.</li> <li>• Pulsoximetru.</li> <li>• Glucometru.</li> <li>• Aparat pentru oxigenoterapie.</li> <li>• Ventilator.</li> </ul>

	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Preparate pentru compensare volemică</b> (cristaloizi – Sol. Natrii chloridum 0,9%; Sol. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum (soluție Ringer))</li> <li>• <b>Preparate antihistaminice</b> (Diphenhydraminum)</li> <li>• <b>Agenți inotropi</b> (Dopaminum, Dobutaminum)</li> </ul>
<i>D.3. Instituțiile /secțiile de asistență medicală specializată de ambulator</i>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medic de familie.</li> <li>• Chirurg.</li> <li>• Asistenta medicului de familie.</li> <li>• Asistenta chirurgului.</li> <li>• Medic laborant.</li> <li>• Medic endoscopist.</li> </ul>
	<p><b>Aparate, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop.</li> <li>• Cabinet endoscopic.</li> <li>• Laborator clinic și bacteriologic standard.</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spasmolitice (Papaverinum, Platyphyllini hydrotartras, Drotaverinum).</li> <li>• Preparate prokinetice (Metoclopramidum etc., pentru administrare parenterală).</li> <li>• Preparate antacide (Aluminii hydroxidum, Magnesii hydroxidum etc., pentru administrare enterală).</li> <li>• H<sub>2</sub>-histaminoblocante (Famotidinum etc., pentru administrare enterală).</li> <li>• Inhibitorii pompei protonice (Omeprazolom etc., pentru administrare enterală).</li> <li>• Preparate pentru compensare volemică (cristaloizi – Sol. Natrii chloridum 0,9%; Sol. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum (soluție Ringer))</li> </ul>
<i>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de chirurgie</i>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurg.</li> <li>• Terapeut.</li> <li>• Anesteziolog.</li> <li>• Medic imagist.</li> <li>• Medic endoscopist.</li> <li>• Medic transfuziolog.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistent al anesteziologului.</li> <li>• Asistenta chirurgului.</li> <li>• Medic laborant.</li> <li>• Laborant radiolog .</li> </ul>
	<p><b>Aparate, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG.</li> <li>• Cabinet radiologic.</li> <li>• CT.</li> <li>• Cabinet endoscopic dotat cu fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop.</li> <li>• Cabinet endoscopic.</li> <li>• Cabinet transfuzii de sânge.</li> <li>• Instrumente pentru examen radiologic.</li> <li>• Laborator clinic și bacteriologic standard.</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sol. Lidocaini hydrochloridum 10%, 2%.</li> <li>• Spasmolitice (Papaverinum, Platyphyllini hydrotartras, Drotaverinum).</li> <li>• Preparate prokinetice (Metoclopramidum etc., pentru administrare parenterală).</li> <li>• Cefalosporine (Cefuroximum, Cefazidim etc., pentru administrare parenterală).</li> <li>• Preparate analgetice neopioide (Sol. Dexketoprofenum, Sol. Ketoprofenum).</li> <li>• Preparate analgetice opioide (Sol. Tramadolium 100 mg. Sol Morphinum 1%-1,0, Sol. Trimeperidinum 2%-1,0).</li> <li>• H<sub>2</sub>-histaminoblocante (Famotidinum etc., pentru administrare enterală și parenterală).</li> <li>• Inhibitorii pompei protonice (Omeprazolium, Pantoprazolium, Lansoprazolium etc., pentru administrare enterală și parenterală).</li> <li>• Preparate antihistaminice (Diphenhydraminum etc., pentru administrare parenterală).</li> <li>• Preparate de sânge (Plasmă proaspăt congelată, Concentrat eritocitar, Albuminum – pentru administrare parenterală).</li> <li>• Soluții coloidale și cristaloide (sol. Dextranum 40, sol. Natrii chloridum 0,9%, sol. Glucosum 5-10%, pentru administrare parenterală).</li> <li>• Vasodilatatoare (Sol. Magensii sulfas 25% etc., pentru administrare parenterală).</li> <li>• Cardiot stimulante (Dopaminum, etc., pentru administrare parenterală).</li> </ul>

## 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 pacienților diagnosticați precoce (primele 24 ore de la debut) cu UGDH. pe parcursul unui an. (în %)	Numărul de pacienți diagnosticați precoce cu UGDH. pe parcursul ultimului an x100	Numărul total de pacienți diagnosticați cu UGDH. pe parcursul ultimului an.
2	A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu UGDH..	Ponderea pacienților cu UGDH. care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Ulcerul gastroduodenal hemoragic</i> , pe parcursul unui an. (în %)	Numărul de pacienți cu UGDH. care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Ulcerul gastroduodenal hemoragic</i> , pe parcursul unui an x100	Numărul total de pacienți cu UGDH care au beneficiat de tratament, pe parcursul unui an.
3	A reduce rata de complicații și de mortalitate prin UGDH.	Ponderea pacienților cu UGDH care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul unui an. (în %)  Rata mortalității prin UGDH pe parcursul unui an. (în %)	Numărul de pacienți cu UGDH, care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul ultimului an x 100.  Numărul de pacienți decedați prin UGDH pe parcursul ultimului an x 1000	Numărul total de pacienți supuși tratamentului chirurgical pentru UGDH, pe parcursul ultimului an.  Numărul total de pacienți operați pentru UGDH pe parcursul ultimului an.

## GHIDUL PACIENTULUI CU UGDH

### GENERALITĂȚI

**Boala ulceroasă** – patologie caracterizată prin formarea defectului adânc în mucoasa gastrică sau duodenală.

**Ulcerul cronic gastroduodenal** este definit ca o leziune erozivă, caracterizată prin apariția defectului tisular, care începe în epiteliu stomacului sau duodenului și se extinde prin mucoasă în lamina propria și, uneori, implică toate straturile peretelui gastroduodenal. Ulcer poate progresa cu implicare și leziune a vaselor din stratul submucos, muscular sau subseros.

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

**Hemoragia ulceroasă** – reprezintă o complicație 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.

**Hemoragie 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, însoțită de manifestările atât locale cât și generale ale hemoragiei și, deseori, de modificarea acută a funcționării sistemelor organismului.

**Hemoragie gastrointestinală ocultă** – hemoragie gastrointestinală lentă cu pierdere sangvină treptată, fără manifestări clinice locale evidente.

**Recidiva hemoragiei** – se consideră ca o resîngerarea repetată, declanșată după stoparea inițială a acesteia în cadrul aceleiași spitalizări.

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

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

**Melena** – scaunul de culoare roșie-închisă sau neagră, cu miros specific urât, de consistență lichidă. Aspectul caracteristic al scaunului în cazul hemoragiilor ulceroase gastroduodenale este determinat de degradarea sângelui în timpul pasajului acestuia pe tractul digestiv. Melena apare în cazul hemoragiei în stomac cu un volum de 200-300 ml. Apariția melenei indică la o hemoragie declanșată, cel puțin, cu 12-14 ore în urmă.

**Scaunul „ca păcura”** – scaunul de culoare neagră cu nuanța roșietică, colorat de sângele exteriorizat în lumenul tractului gastrointestinal superior, și de consistența obișnuită.

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

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

**Hemostaza endoscopică** – stoparea hemoragiei prin metodele endoscopice, care datorită eficacității și siguranței înalte, a devenit un standard actual al asistenței medicale în cazul hemoragiilor ulceroase gastroduodenale.

## ANAMNEZA

Pentru diagnosticarea originii ulceroase a sursei hemoragiei digestive superioare o informație utilă poate fi furnizată din discuția cu pacientul și cu rudele sau însoțitorii 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 hemoragie digestivă superioară de diversă genă.
- Sursa de hemoragie antecedentă, gravitatea și evoluția acesteia. Bolnavii cu hemoragie digestivă superioară în antecedente prezintă hemoragie repetată din aceeași sursă aproximativ în 60% din observații.
- Prezența în anamneză dureri în epigastru, pirozis, grețuri, vome, dereglări de tranzit intestinal, pierdere ponderală.
- Rezultatele investigațiilor precedente.
- Prezența bolilor confirmate și, 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 ulcerul gastroduodenal hemoragic.
- Comorbiditățile severe, cum ar fi insuficiența cardiacă congestivă, patologiile renale, hepatice sau vasculare, măresc riscul mortalității.
- Intervenții chirurgicale în antecedente, îndeosebi pentru boala ulceroasă. Sutura ulcerului duodenal perforat este operația tipică, suportată în antecedente de bolnavii cu ulcerul gastroduodenal hemoragic.
- Abuz de alcool, consumul permanent preparate antiinflamatorii nesteroidiene, Acidum acetilsalicilicum (Aspirină) sau anticoagulante. La bolnavii, care consumă preparate antiinflamatorii nesteroidiene, pericolul de declanșare a hemoragiei ulceroase de 2-8 ori îl depășește pe acesta în lotul de control, iar riscul de a fi supus unei intervenții chirurgicale pe tractul digestiv – de 8 ori. Se consideră permanentă utilizarea medicamentelor în orice doză, însă cu o durată de cel puțin 5 zile pe parcursul perioadei de 2 săptămâni, precedente spitalizării. Totodată, se consideră că chiar dozele mici ale preparatelor (Acidum acetilsalicilicum – Aspirină, preparate antiinflamatorii nesteroidiene) pot fi cauze ale hemoragiei din ulcer

## SIMPTOME

- Pierderea sangvină acută în tractul digestiv poate să se manifeste prin semne clasice: vomă cu sânge, vomă cu „zaț de cafea”, melenă și scaun „ca păcura”.
- Termenul hematemezis sau vomă cu sânge se numește eliminarea maselor vomitive, care conțin sânge proaspăt de culoare purpurie sau cheaguri de sânge de dimensiuni considerabile.
- Voma cu „zaț de cafea” este definită ca mase vomitive de culoare neagră, omogenă sau cu caracter granulos.
- Melena și scaunul „ca păcura” este considerat scaunul de culoare roșie-închisă sau neagră, cu miros specific urât, de consistență lichidă sau oformat, respectiv. Melena apare în cazul hemoragiei digestive superioare, dar ocazional este provocată de sursele hemoragice, situate în intestinul subțire sau în partea dreaptă a colonului.
- Pacienții cu hematemeză în asociere cu melena au o mortalitate mai mare decât cei care prezintă numai melena.
- 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 și masive.
- Unele patologii și medicamente pot imita hemoragiile gastrointestinale. Sângerările nazale, dentare, tonsiliare și lichidele sau alimentele consumate colorate intens cu roșu

pot fi confundate cu hematemeza; medicamentele care conțin bismut pot imita melena; și hemoragiile vaginale și hematuria pot imita rectoragie.

- În plus, pacienții pot avea ulcer gastroduodenal hemoragic, și prezintă doar semne generale de pierdere sangvină, cum ar fi slăbiciune, amețeli, durere toracică sau colaps.
- La bolnavii cu ulcer gastroduodenal hemoragic durerea abdominală în epigastriu sau hipocondrul drept deseori însoțește hemoragie acută.

### **FACTORI DE RISC**

Morbiditatea prin ulcer gastroduodenal în general s-a redus din cauza descoperirii rolului etiologic important al *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) și succeselor în terapia medicamentoasă a bolii ulceroase: utilizarea largă a H<sub>2</sub>-blocatorilor și a inhibitorilor pompei protonice.

Hemoragia este cauză principală a deceselor, asociate cu ulcer gastroduodenal și incidența acestei complicații nu s-a schimbat esențial după introducerea în practica medicală preparatelor antisecretoarei contemporane. Riscul hemoragiei din ulcer duodenal pe parcursul vieții la pacienții care nu au avut intervenții chirurgicale și care nu primesc terapia de întreținere continuă constituie 35%. Majoritatea hemoragiilor se dezvoltă în timpul apariției sau recurenței ulcerului activ, iar pacienții care au avut antecedente hemoragice au un risc mai mare de sângerare repetată.

Ulcer gastroduodenal hemoragic este o urgență medicală majoră, reprezentând peste 50% din spitalizările pentru hemoragiile digestive superioare în populația generală. Anual la spitale din Republica Moldova sunt spitalizați 1.500-1.600 bolnavi cu ulcer gastroduodenal hemoragic, iar mortalitatea generală este de 4,7%.

Vârsta este factorul care influențează semnificativ morbiditatea în hemoragia digestivă superioară. Odată cu înaintarea în vârstă, frecvența episoadelor hemoragice crește considerabil și la vârstnici atinge cota de 500 la 100.000 populație anual.

Ultimele decade au fost marcate printr-un progres substanțial în diagnosticul și tratamentul hemoragiilor ulceroase gastroduodenale. Acest fapt este condiționat de realizările impresionante ale terapiei intensive și supravegherii pacienților, elaborarea și implementarea remediilor medicamentoase cu eficacitate înaltă, perfecționarea tehnologiilor endoscopice și abordările chirurgicale mai selective și mai puțin invazive.

### **REGULI DE URMAT ÎN CAZUL ULCERULUI GASTRODUODENAL HEMORAGIC**

- În cazul în care persoana suspectează ulcer gastroduodenal hemoragic este necesar de contactat imediat serviciul AMU pentru a fi internat în spital sau de a se adresa la medicul de familie.

### **STILUL DE VIAȚĂ DUPĂ SUPORTAREA EPIZODULUI DE HEMORAGIE**

- După externare, pacienții cu ulcer gastroduodenal hemoragic trebuie să primească terapie cu inhibitori a pompei de proton de două ori pe zi, timp de 2 săptămâni, urmată de un inhibitor a pompei de proton o dată pe zi (încă 2 săptămâni).
- Reevaluare pacienților cu ulcer gastroduodenal hemoragic la contaminare cu *H.pylori* prin testare ureazică rapidă a biopsatului endoscopic, examenul histologic sau serologic poate fi efectuată înainte sau după externare. Ar trebui de luat în considerație, că sensibilitate testelor endoscopice de determinare *H.pylori* este mai mică în cazul ulcerului gastroduodenal complicat.
- Eradicarea *H.pylori* trebuie confirmată în termen cel puțin 4 săptămâni după finalizarea tratamentului, deoarece terapia ușurează la 20% de pacienți cu păstrarea riscului acutizărilor și, respectiv, a hemoragiei repetate din ulcer.
- Pacienții după hemoragie ulceroasă cauzată de AINS, trebuie să întrerupă consumul permanent al preparatelor, dacă este posibil. În cazul când administrarea preparatelor



antiinflamatorii nesteroidiene este necesară, se recomandă combinație a unui preparat antiinflamator nesteroidian selectiv cu ciclooxygenază-2 (COX-2) în doza minimală eficientă și a unui inhibitor a pompei de proton.

- Pacienților cu ulcer gastroduodenal hemoragic idiopatic după externare din staționar se recomandă administrarea tratamentului antisecretor de lungă durată (cel puțin 4-8 săptămâni).
- 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.

Anexa 2

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

<b>DATE GENERALE COLECTATE PENTRU UGDH</b>		
1	Numărul fișei pacientului	
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
3	Sexul pacientului	1 Bărbat
		2 Femeie
4	Mediul de reședință	1 Urban
		2 Rural
		9 Nu se cunoaște
<b>INTERNARE</b>		
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1 AMP
		2 AMU
		3 Secția consultativă
		4 Spital
		5 Instituție medicală privată
		9 Nu se cunoaște
7.	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
8.	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște
9.	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA
10.		OO:MM sau 9 = nu se cunoaște
11.	Departamentul în care s-a făcut internarea	1 Secția de chirurgie
		2 Secția de profil general
		3 Secția de terapie intensivă
		4 Alte
<b>DIAGNOSTIC</b>		
12.	Locul stabilirii diagnosticului	1 AMP
		2 AMU
		3 Secția consultativă
		4 Spital
		5 Instituție medicală privată
13.	Investigații imagistice	1 Nu
		2 Da
		9 Nu se cunoaște
<b>ISTORICUL PACIENTULUI</b>		

14.	Prezența anamnezei ulceroase sau gastrice	1	Nu	
		2	Da	
		9	Nu se cunoaște	
15.	Prezența patologiilor asociate	1	Nu	
		2	Da	
		9	Nu se cunoaște	
<b>PREGĂTIRE PREOPERATORIE</b>				
16.	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1	Nu	
		2	Da	
17.	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște		
<b>INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ</b>				
19.	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1	Nu	
		2	Da	
20.	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA		
21.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM		
22.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM		
23.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM		
24.	Operația efectuată în mod	Urgent		
		Urgent-amânat		
		Programat		
25.	Tipul anesteziei	Generală		
<b>EXTERNARE ȘI TRATAMENT</b>				
26.	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)		
27.	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)		
28.	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)		
29.	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 cunoaște	

## BIBLIOGRAFIE:

1. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, Sinclair P; 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.
2. Beales I. Recent advances in the management of peptic ulcer bleeding. *F1000Res.* 2017;6:1763.
3. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet.* 2000;356(9238):1318-21.
4. Cheung FK, Lau JY. Management of massive peptic ulcer bleeding. *Gastroenterol Clin North Am.* 2009;38(2):231-243.
5. 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.

6. Fujishiro M, Iguchi M, Kakushima N, Kato M, Sakata Y, Hoteya S, Kataoka M, Shimaoka S, Yahagi N, Fujimoto K. Guidelines for endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Endosc.* 2016;28(4):363-378.
7. Ghidirim Gh, Cicala E, Guțu E, Rojnovceanu Gh, Dolghii A. Hemoragiile digestive superioare non-variceale. Ed. Chișinău: Tipografia AȘM; 2009. 464 p.
8. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, Rotondano G, Hucl T, Dinis-Ribeiro M, Marmo R, Racz I, Arezzo A, Hoffmann RT, Lesur G, de Franchis R, Aabakken L, Veitch A, Radaelli F, Salgueiro P, Cardoso R, Maia L, Zullo A, Cipolletta L, Hassan C. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47(10):a1-46.
9. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, Chandrasekhara V, Chathadi K, Decker GA, Early DS, Evans JA, Fanelli RD, Foley K, Fukami N, Jain R, Jue TL, Khan KM, Lightdale J, Malpas PM, Maple JT, Pasha S, Saltzman J, Sharaf R, Shergill AK, Dominitz JA, Cash BD; 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.
10. Johnson HD. Gastric ulcer: classification, blood group characteristics, secretion patterns and pathogenesis. *Ann Surg.* 1965;162:996-1004.
11. Laine L. Clinical practice. Upper gastrointestinal bleeding due to a peptic ulcer. *N Engl J Med.* 2016 16;374(24):2367-2376.
12. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(3):345-360.
13. 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 Úlceras Pépticas.* *Med Clin (Barc).* 2010;135(13):608-616.
14. 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.
15. 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.
16. Lu Y, Chen YI, Barkun A. Endoscopic management of acute peptic ulcer bleeding. *Gastroenterol Clin North Am.* 2014;43(4):677-705.
17. Meltzer AC, Klein JC. Upper gastrointestinal bleeding: patient presentation, risk stratification, and early management. *Gastroenterol Clin North Am.* 2014;43(4):665-675.
18. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut.* 1996;38(3):316-321.
19. Satoh K, Yoshino J, Akamatsu T, Itoh T, Kato M, Kamada T, Takagi A, Chiba T, Nomura S, Mizokami Y, Murakami K, Sakamoto C, Hiraishi H, Ichinose M, Uemura N, Goto H, Joh T, Miwa H, Sugano K, Shimosegawa T. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. *J Gastroenterol.* 2016;51(3):177-194.
20. Sung JJ, Chan FK, Chen M, Ching JY, Ho KY, Kachintorn U, Kim N, Lau JY, Menon J, Rani AA, Reddy N, Sollano J, Sugano K, Tsoi KK, Wu CY, Yeomans N, Vakil N, Goh KL; Asia-Pacific Working Group. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gut.* 2011 Sep;60(9):1170-1177.