

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00177&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00177. Гематемезис (блювання кров'ю)

Автор: Jyrki Mäkelä  
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa  
Дата останнього оновлення: 2017-03-28

## Основні поняття

- Слід попередити геморагічний шок, який загрожує життю.
- Якщо кровотеча продовжується, слід перевести пацієнта до хірургічного відділення.
- Слід знайти причину і зупинити кровотечу.

## Епідеміологія

- Захворюваність становить 0,5–1 на 1000 осіб на рік.
- Більше 5% невідкладних пацієнтів хірургічного профілю мають гострі шлунково-кишкові кровотечі, а 80% з них мають кровотечу з верхніх відділів ШКТ.

## Анамнез

- Анамнез пацієнта може допомогти запідозрити причину кровотечі, але це рідко впливає на невідкладну допомогу, яка надається пацієнту з кровотечею.
- Важливими факторами в анамнезі пацієнта є
  - тривале застосування анальгетиків (НПЗ) або глюкокортикоїдів (виразка шлунка та ерозії)

- ймовірна антикоагулянтна терапія
- виразка в анамнезі
- операції в анамнезі
- цироз печінки (кровотеча з варикозно розширених вен).

## Клінічні знахідки

- Тяжкість кровотечі оцінюється за результатами клінічного обстеження.
- *Кровотеча високого ризику* має наступні ознаки
  - раптовий початок
  - ознаки гіповолемічного шоку при поступленні в лікарню
  - низький рівень гемоглобіну в крові
  - вік старше 65 років
  - множинні супутні захворювання
  - блювання зі значною кількістю свіжої крові або виявлення червоної крові під час пальцевого ректального обстеження.
- Пацієнт в геморагічному шоці має блідий колір шкіри з холодним потом, частий ниткоподібний пульс та низький артеріальний тиск. При оцінці падіння артеріального тиску слід враховувати початковий рівень АТ пацієнта.
- Проведення ректального обстеження є обов'язковим для кожного пацієнта з гематемезисом. Наявність мелени (темний, дьогтеподібний кал) показує, що кровотеча триває вже декілька годин. Нормальний колір фекалій не виключає кровотечі. При надзвичайно сильних кровотечах з верхніх відділів ШКТ фекалії можуть бути чітко кривавими (гематокезія).
- Зверніть увагу на ознаки хронічних захворювань печінки:
  - велика або тверда печінка при пальпації
  - зірчаста гемангіома, пальмарна еритема
  - гінекомастія
  - жовтяниця.
- Телеангіектазії, як компонент синдрому Ослера (рот, губи, шкіра); див. [\[веб|http://www.orpha.net/con...\]](http://www.orpha.net/con...)

## Первинне обстеження

- При сильних кровотечах, що продовжуються, лікування необхідно розпочати негайно, а пацієнта слід транспортувати до хірургічного відділення.
- У випадку повільної кровотечі або за відсутності остаточного діагнозу слід визначити рівень гемоглобіну в крові. Гемоглобін < 100 г/л зазвичай свідчить про підвищений ризик, але у пацієнта може спостерігатися низький рівень гемоглобіну і без шоку, якщо кровотеча була повільною (тривала кілька днів). З іншого боку, навіть досить тяжка гостра кровотеча може викликати лише незначне зниження рівня гемоглобіну.

## Перша допомога

- За підозри на значну кровотечу слід розпочати внутрішньовенну інфузію.
- Якщо пацієнт перебуває в шоківому стані, рекомендовано встановити два внутрішньовенні доступи.
- Слід відновити об'єм крові, однак необхідно уникнути надмірної корекції. Використовуйте збалансовані електролітні розчини. Слід прагнути відновити об'єм до систолічного артеріального тиску 90-100 мм рт.ст.
- Якщо кровотеча є профузною, тобто пацієнт перебуває в шоківому стані, слід заздалегідь попередити працівників лікарні, що прийматиме пацієнта.
- Коли стає доступним переливання крові (як правило, в приймальному відділенні), для уникнення гіпоксії рівень гемоглобіну відновлюється до 100 г/л, (часто це пацієнти старшого віку, а вони часто можуть страждати на ішемічну хворобу серця або порушення мозкового кровообігу)
- У хірургічному відділенні продовжують внутрішньовенне введення розчинів, якнайшвидше слід почати переливання сумісної еритроцитарної маси і при профузній кровотечі ввести фактори згортання крові.
- Слід надавати перевагу ендоскопічному лікуванню. Пацієнту з кровотечею, який знаходиться в шоківому стані, слід негайно провести ендоскопію, а пацієнту з високим рівнем ризику протягом 24 годин. Після зупинки кровотечі ендоскопію слід проводити під час тієї ж госпіталізації.

## Етіологія та лікування гематемезису [доказ 06398 |D] [доказ 06994 |C]

[доказ 07015 |D] [доказ 07059 |C]

### Виразкова хвороба [доказ 05591 |A] [доказ 07207 |C]

- Виразкова хвороба є найбільш поширеною причиною виникнення кровотечі з верхніх відділів ШКТ. Виразки шлунку та дванадцятипалої кишки викликають понад 40% цих кровотеч.
- Лікування
  - Якщо кровотеча з виразки продовжується під час ендоскопії (Forrest 1a або 1b) або візуалізується судина (Forrest 2a), виразку обробляють відповідним методом (ін'єкція адреналіну [доказ 05591 |A], склерозування, фібриновий клей, термічна коагуляція, кліпування).
  - Повторна лікувальна ендоскопія має важливе значення у випадках з високим рівнем ризику рецидивуючих кровотеч.
  - Фармакотерапія (інгібітори протонної помпи) [доказ 03569 |A] [доказ 07207 |C] може знизити ризик рецидиву кровотечі, потребу в хірургічному втручанні та смертність
  - Якщо початкова терапія не була успішною і кровотеча продовжується, незважаючи на ендоскопічне лікування, показане хірургічне втручання.
  - Емболізація під час ангіографії може бути альтернативою хірургічному лікуванню, особливо якщо ризик проведення операції для даного пацієнта є високим.
- Подальше лікування
  - Незважаючи на виразкову кровотечу слід проводити швидкий тест на хелікобактер. Якщо тест позитивний, після припинення кровотечі призначається схема ерадикації [настанова 00187 |Пептична виразка, інфекц...].

### Варикозно розширені вени стравоходу [доказ 00839 |A] [доказ 02079 |B] [доказ 03055 |A]

- Найбільш поширеною причиною кровотечі зі стравоходу є варикозно розширені вени стравоходу. Кровотеча з варикозно розширених вен виникає у 30-50% пацієнтів з портальною гіпертензією. Кровотеча зазвичай масивна. Раптова кровотеча також зазвичай швидко зупиняється, але так само легко може відновитися. Смертність є значною.

- Портальну гіпертензію та спричинені нею варикозно розширені вени стравоходу слід діагностувати перед першою кровотечею, щоб забезпечити можливість спостереження та лікування варикозно розширених вен.
- Кровотечу з варикозно розширених вен підозрюють за наявності у блювотних масах яскравої крові, ознак цирозу печінки та підвищеного портального тиску у пацієнта, а також за наявності асцити, гінекомастії, зірчастих гемангіом, жовтяниці та варикозно розширених вен передньої черевної стінки.
- Лікування
  - Геморагічний шок лікують інфузією кровозамінників, переливанням еритроцитарної маси.
  - Тромбоцити та заморожену плазму також переливають за необхідності.
  - Підтримується необхідна оксигенація.
  - Як першу допомогу застосовують аналоги соматостатину [доказ 02858 | A].
  - Якщо кровотеча продовжується, встановлюють зонд Лінтона або зонд Сенгстакена-Блекмора. Шлунковий балон заповнюється і підтягується. Зазвичай цього достатньо, щоб зупинити кровотечу. Перед будь-якою балонною тампонадою слід підтвердити варикозне походження кровотечі шляхом ендоскопії. Правильне положення балону завжди слід перевіряти рентгенологічно. Неправильно встановлений балон є ускладненням, що становить загрозу для життя.
  - Ендоскопічне лікування варикозно розширених вен у гострій фазі вимагає досвіду. Лігування поступово витісняє склерозування. Клей (ціаноакрилат), який вводять у варикозно розширену вену, підходить для лікування варикозно розширених вен в ділянці кардії. Ендоскопічне лікування слід повторювати з інтервалом два-чотири тижні, аж поки варикозно розширені вени зникнуть.
  - Пацієнти з цирозом також потребують антибактеріальної терапії протягом 7 днів.
  - Довготривале лікування бета-блокаторами [доказ 00392 | B] (наприклад, пропранолол) може знизити смертність.
  - Найважливішим прогностичним фактором при кровотечах з варикозно розширених вен є тяжкість захворювання печінки.

- Наступна ендоскопія показана через 6-12 місяців.

## Синдром Мелорі-Вейса

- Сильне блювання може спричинити пролапс слизової оболонки в ділянку кардії вище отвору і розрив слизової оболонки. Цей розрив (синдром Маллорі-Вейса) може значно кровити. Розрив розташований в ділянці кардії або на шлунково-стравохідному переході.
- Кровотеча при синдромі Мелорі-Вейса зазвичай зупиняється спонтанно. Типовим є те, що спочатку при блюванні візуалізується нормальний вміст шлунка, а згодом кров'янистий. Лікування інгібіторами протонної помпи не потрібне.
- Якщо пацієнт знаходиться у задовільному стані, немає ознак кровотечі, що продовжується і достовірно відомо, що кров з'явилася наприкінці сильного блювання в невеликій кількості, була яскравою (що є ознакою свіжої кровотечі) його достатньо спостерігати у первинній медичній допомозі. Проте, рекомендовано провести ендоскопію пізніше, щоб підтвердити діагноз.

## Геморагічні ерозії шлунку

- Протизапальні засоби (НПЗ) стають причиною все більшої кількості шлункових кровотеч, особливо у людей похилого віку. Ці препарати спричиняють ерозії слизової оболонки, які також можуть кровоточити (так званий ерозивний гастрит). Див. також [\[настанова 00883 | Безпечне застосування не...\]](#).
- Лікування
  - Зазвичай ендоскопічне лікування проводять за тими ж принципами, що і при кровотечі з виразки
  - При подальшому лікуванні слід уникати використання НПЗ або проводити профілактичну терапію інгібіторами протонної помпи.

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00173 | Haematemesis – Related r...\]](#)
- Інші доказові висновки [\[пов'язані 00173 | Haematemesis – Related r...\]](#)
- Література [\[пов'язані 00173 | Haematemesis – Related r...\]](#)

## Настанови

- [Настанова 00187](#). Пептична виразка, інфекція *Helicobacter pylori* та хронічний гастрит.
- [Настанова 00883](#). Безпечне застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП).

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06398](#). Red cell transfusion for the management of upper gastrointestinal haemorrhage.  
Дата оновлення: 2010-10-18  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence on the benefits and harms of red blood cell transfusion in acute upper gastrointestinal haemorrhage.
- [Доказовий огляд 06994](#). Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding.  
Дата оновлення: 2015-08-31  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Tranexamic acid may reduce all-cause mortality compared to placebo in patients with upper gastrointestinal bleeding.
- [Доказовий огляд 07015](#). Antifibrinolytic therapy to reduce haemoptysis from any cause.  
Дата оновлення: 2017-03-10  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Antifibrinolytics might possibly reduce the duration of bleeding (but not the rate of remission) in haemoptysis from any cause, although the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 07059](#). Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in acute upper gastrointestinal bleeding.  
Дата оновлення: 2012-09-18  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Proton pump inhibitor treatment prior to endoscopic diagnosis may have no effect on clinically important outcomes (mortality, re-bleeding, or need for surgery or blood transfusions) compared to placebo or histamine-2-receptor antagonists in patients with acute upper GI-bleeding.
- [Доказовий огляд 05591](#). Epinephrine injection versus epinephrine injection and a second endoscopic method in high risk bleeding ulcers.  
Дата оновлення: 2015-10-16  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Additional endoscopic treatment after epinephrine injection reduces further bleeding and the need for surgery in patients with bleeding peptic ulcer.
- [Доказовий огляд 07207](#). Comparison of different regimens of proton pump inhibitors for acute peptic ulcer bleeding.  
Дата оновлення: 2013-10-28  
Рівень доказовості: C  
Резюме: High dose and medium to low dose proton pump inhibitors may be equally effective in the treatment of acute peptic ulcer bleeding.

- [Доказовий огляд 03569](#). Proton-pump inhibitors in acute ulcer bleeding.  
Дата оновлення: 2005-03-20  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Proton-pump inhibitors are effective in reducing rebleeding and surgery in acute ulcer bleeding, but they have no effect on total mortality.
- [Доказовий огляд 00839](#). Emergency sclerotherapy vs. medical interventions for bleeding oesophageal varices in cirrhotic patients.  
Дата оновлення: 2010-05-26  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Emergency sclerotherapy as the first, single treatment is not effective compared with vasoactive drugs.
- [Доказовий огляд 02079](#). Nitrates in the prevention of first bleeding in cirrhosis.  
Дата оновлення: 2003-08-08  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Isosorbide-5-mononitrate appears to be as effective as propranolol in the prevention of first bleeding in cirrhosis.
- [Доказовий огляд 03055](#). Terlipressin for acute esophageal variceal hemorrhage.  
Дата оновлення: 2003-03-20  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Terlipressin is more effective than placebo in reducing mortality in esophageal variceal bleeding.
- [Доказовий огляд 02858](#). Somatostatin or octreotide for acutely bleeding oesophageal varices.  
Дата оновлення: 2007-01-04  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Somatostatin or octreotide produce a small saving in the volume of blood transfused and may reduce the risk of rebleeding but have no effect on mortality.
- [Доказовий огляд 00392](#). Beta-blockers in the prevention of gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis and esophageal varices.  
Дата оновлення: 2003-03-20  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Beta-adrenergic-antagonist drugs appear to be effective in reducing fatal and nonfatal first-time gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis and esophageal varices but not improve total 2-year mortality.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: [ebm00177](#)    Ключ сортування: [008.005](#)    Тип: [EBM Guidelines](#)

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: [2017-03-28](#)

---

Автор(и): [Jyrki Mäkelä](#)    Автор(и) попередніх версій статті: [Martti Matikainen](#)    Редактор(и): [Jukka Pekka Jousimaa](#)  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: [Kristian Lampe](#)    Видавець: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)  
Власник авторських прав: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)

---

Навігаційні категорії  
[EBM Guidelines](#)    [Surgery](#)    [Internal medicine](#)    [Gastroenterology](#)

---

Ключові слова індексу  
[mesh: Hematemesis](#)    [mesh: esophageal hemorrhage](#)    [mesh: Gastrointestinal Hemorrhage](#)    [mesh: Peptic Ulcer](#)  
[mesh: Vomiting](#)    [speciality: Gastroenterology](#)    [speciality: Surgery](#)    [mesh: Esophageal and Gastric Varices](#)    [mesh: Melena](#)



---

mesh: Linton-Nachlas tube   mesh: esophageal hemorrhage   mesh: Gastroscopy   mesh: Peptic Ulcer   mesh: erosive gastritis  
mesh: hematochezia   mesh: Hematocrit   mesh: rubber band ligation   mesh: esophageal tamponade  
mesh: Mallory-Weiss Syndrome   mesh: endoscopic treatment   mesh: balloon tamponade   mesh: Shock, Hemorrhagic  
mesh: Sengstaken-Blakemore tube   mesh: Anti-Inflammatory Agents   mesh: Gastrointestinal Hemorrhage   icpc-2: D14  
speciality: Internal medicine