

Д.К. Бердибаев, Н.Е. Сарманов, Е.Б. Аяпбергенов
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕРЛЕРГЕ АРНАЛҒАН АСҚАЗАН ІШЕК ЖОЛДАРЫНАН ҚАН КЕТУДІҢ АМБУЛАТОРЛЫҚ ЖАҒДАЙДАҒЫ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМІ

Осы баяндамада асқазан ішек жолдарынан қан кетудің (АІЖҚК) клиникасы, диагностикасы және емдеуінің жалпы сұрақтары қарастырылған. Асқазан ішек жолдарының жоғарғы және төменгі бөліктеріндегі қан кетулердің тиімді терапиялық емдеу аспектілері қарастырылған. АІЖҚК кешенді емдеу шеңберінде шынайы гемопоздді қалпына келтіру барысында құрамында темірі бар заманауи мультикомпонентті дәрілік заттардың маңыздылығын сипаттаған.

Түйінді сөздер: асқазан ішектік қан кету, темір тапшылықты анемия, Ферсинол-З.

Кіріспе.

Қазіргі таңда экономикалық тұрғыдан дамыған мемлекеттерде, асқазан-ішек жолдарынан қан кеткенде (АІЖҚК), науқастарды шұғыл ауруханаға жатқызады [1]. Асқазан ішек жолдарынан қан кетуді өз уақытысында анықтау, қауіп қатер факторларын ескеру, сонымен бірге қан кету мүмкіндігі және оның қайталануы болады деп алдын-алу, жалпы тәжірибелік дәрігерді қажетті біліммен қаруландырып, осы аурудың қауіпті асқынулары салдарынан болатын өлім жітімді азайтуға септігін тигізеді [2].

Асқан ішек жолдарынан қан кетумен түскен науқастарды емдеу барысында біріншілік буындағы дәрігерлердің, терапевт және гастроэнтерологтардың алдында тұрған негізгі міндеттері өлім-жітімді азайту және де хирургиялық емге қажеттілікті барынша төмендету. Осы міндеттер екі жолмен іске асырылуы мүмкін. Біріншіден, осы аталған маман дәрігерлер науқастардың асқазан ішек жолдарынан қан кетуді болдырмай, ауруларын алдын-алып және осы қауіпті асқынуға әкелетін ауруларын дұрыс емдеу шаралары арқылы, барынша ауруханаға жатқыздырмауға міндетті. Екіншіден, олар асқазан ішек жолдарынан қан кетудің барлық клиникалық көріністерін білуге міндетті, асқынуларын уақытысында анықтап, науқастарды дереу ауруханаға жатқызу керек [2]. Клиникадағы дәрігерлердің АІЖҚК заманауи диагностикалық тәсілдері мен тиімді емдеу тәсілдерін меңгеруінің деңгейі, науқастың өмірін сақтап қалуға тікелей байланысты [3].

АІЖҚК өзекті мәселелері медициналық қоғамда өлім-жітім деңгейімен есептеледі, бұл деңгей терапия, эндоскопия және хирургия салаларының айтарлықтай дамуына қарамастан, өткен ғасырдың 70 жылдарындағы деңгейден айтарлықтай өзгергені жоқ екенін көрсетеді [1]. Сонымен Батыс Еуропа және АҚШ өлім-жітім деңгейі 5 тен 15% құрайды, қайталанған ауыр қан кету тобындағы науқастар саны 30–40% құрайды [4–6].

АІЖҚК жіктелу принциптері. Асқазан ішек жолдарынан қан кетуді дәстүрлі тұрғыдан асқазан ішек жолдарының жоғарғы және төменгі бөлігінен деп екіге ажыратады. Бірінші жағдайда қан кету көзі Трейтц байламынан жоғарғы аймақта орналасады (өңеште, асқазанда және он екі елі ішектен қан кету), ал асқазан ішек жолдарының төменгі бөлігінен қан кету өз кезегінде ащы және тоқ ішекте болады [1, 3, 7]. Белгілерінің сипатына қарай асқазан ішек жолдарынан қан кетулерді клиникалық-манифестті, соның ішінде фульминантты және жасырын деп ажыратады. Варикозды және варикозды емес қан кету деп те ажыратады, ол тек қан кету көзінің айырмашылығы мен патофизиологиясына байланысты емес (аталуының өзінен белгілі), алдын-алуы мен емдеуінің бағытына байланысты ажыратылады [3, 7, 8].

АІЖ жоғарғы бөлігінен қан кету. АІЖ жоғарғы бөлігінен қан кету асқазан ішек жолдарынан қан кетулердің ішінде негізгі орынды иемденіп, шамамен 70% жағдайда кездеседі [1]. АІЖ жоғарғы бөлігінен қан кетудің себептерін екі негізгі топқа бөледі – ойық жарадан қан кету (44-49% жағдайда) және ойық жарадан емес (51-56% жағдайда) (1 кесте) [3].

Асқазан ішек жолдарының жоғарғы бөлігінен қан кеткенде аққан қанның жылдамдығы мен жоғалтқан қан көлеміне байланысты болып келесі клиникалық көріністермен байқалады [2]:

- аз мөлшерде қайталанған түрде қан кету салдарынан созылмалы темір тапшылықты анемияның белгілерімен; мұндай қан кету әдетте рецидивті болып, тіпті кейде меленаның болмауы да мүмкін;
- қан кету қарқындылығы жоғары емес, меленамен бірге (қара май тәрізді нәжіс), қан кеткеннен кейін бірнеше сағаттан соң пайда болады (әдетте 3 сағаттан кейін және 24 сағаттан аспайды);
- қанды диареямен (сирек жағдайда жоғарғы бөлігінен қарқынды қан кеткенде), геморрагиялық шокпен бірге жүреді, көбінде Дьеллафуа және Рендю-Ослер ауруларында жиі кездеседі;
- құсығы жаңа қан аралас түрінде, ұйыған қан немесе «кофе қоймалжыңымен» болады (құсығы қан кетудің жылдамдығына, асқазандағы қанның экспозициясына байланысты);
- гемодинамикалық айқындылығы маңызды қан кету кезінде гиповолемияның клиникалық маркері (жалпы әлсіздік, бас айналу, гипотония, тахикардия, тері жабындыларының бозаруы, гипотермия) ретінде геморрагиялық шоктың клиникалық көрінісіне дейін жетуі мүмкін.

Асқазан ішек жолдарынан қан кеткендегі клиникалық симптомдардың айқындылығы жеке адамның қан жоғалтуға деген реакциясына, қан кетудің қарқындылығына және кеткен қанның көлеміне, сонымен қатар организмнің қысқа уақыт аралығында (минуттар-сағаттар арасында) массивті қан жоғалтқанда, яғни жалпы айналымдағы қанның (ЖҚА) 25% жоғалтқанда байқалады [3]. Мұндай жағдайларда клиникалық көрінісі геморрагиялық (гиповолемиялық) шокқа сәйкес келіп гипотония, тахикардия, тері жабындыларының мәрмер түсте болуы, орталық венозды қысымның түсуімен көрінеді [9]. Қуыс ішіне массивті қан кету кезінде (1500 мл) меленаның түзілуі болмайды, ал тік ішектен аз өзгеріске ұшыраған ал-қызыл қан кетуі мүмкін екендігін естен шығармау керек (гематокезия) [3, 10]. Қан жоғалтудың көлемі мен жалпы айналымдағы қан көлемінің тапшылығына байланысты

асқазан ішек жолдарынан қан кетудің ауырлығына байланысты 3 дәрежесі болады (2 кесте). Айналымдағы қан көлемін анықтау үшін Алговер шоктық индексінің көрсеткішін жиі пайдаланады, ол кезде пульс жиілігі мен систоликалық артериалды қысымның ара қатынасын анықтайды. 0,8 және одан да аз индекс кезінде – айналымдағы қан көлеміндегі қан жоғалту 10% тең, ал 1,3-1,4-те – 30%, 1,5 және одан да жоғары кезде АҚК – 50% және оданда көп болады [11].

АІЖ жоғарғы бөліктерінің қан кетуінің диагностикасында науқастардың анамнезінде маңызы жоғары. Қан кеткен науқастардың көбісінде қан кету ойық жарасының асқынуы кезінде байқалған, оны осы ойық жараға тән клиникалық белгілерінің болуымен (антацидтік немесе протонды помпа ингибиторларын қабылдағанда жағдайының жақсаруымен жүретін аш қарын кезінде ауру сезімінің болуы және оның жүрек қыжылдауымен бірге жүруі) сипатталады [2, 3, 8, 11].

Аспаптық тексеру әдістері қан кетіп жатқан аймақты дәл анықтауға бағытталған. Бүгінгі таңда АІЖҚК анықтауда ең тиімді әдіс ретінде шұғыл түрде жасалатын эзофагогастроуденоскопия жатады [2, 3, 9, 11]. Осы әдіс қан кетудің көзі мен қан кетудің сипатын сипатын, сонымен қатар ерте рецедив беретінін қауіптілігін дәл анықтауға мүмкіндік береді. Осылармен бірге эндоскопиялық көрініс арқылы АІЖ ойық жарасынан қан кетуінің белсенділігі туралы жіктелуінің негізін құрайды (J.A. Forrest бойынша, 1974) [12]. Осы жіктелулерге сәйкес ажыратады:

Белсенді қан кету:

- Forrest I a – шаптырып, пульсті артериялық қан кету;
- Forrest I b – венозды, ақырындап, паренхиматозды қан кету;
- Forrest I c – капиллярлы қан кету;

• қалыптасқан қан кету:

- Forrest II a – көзге көрінетін тромбталған қан тамыры;
- Forrest II b – бекінген тром немесе ұйыған;
- Forrest II – геморрагиялық сіңірілген ойық жараның түбі;

• қан кету белгілерінсіз зақымдалу:

- Forrest III – ойық жара түбі таза, визуальді жоғарыда келтірілген белгілердің ешқайсысы жоқ.

Рецедив беруге минимальді қауіп бар варикозды қан тамырларынан емес АІЖ жоғарғы бөлігінен қан кеткенде заманауи эндоскопиялық гемостазбен гиповолемианы реттеуге, жалпы және жергілікті гемостазды күшейтуге бағытталған консервативті іс-шараларды біріктіре жүргізгенде ғана тиімді болады [2, 13]. Гемостаздың консервативті әдісі қан кетіп жатқан тамырда тромбтың түзілуіне, ретракциясы мен түзілуіне қолайлы жағдай жасауға, лизис және тромб дислокациясын болдырмауға бағытталған [14]. Кейбір жағдайларда комбинирленген эндоскопиялық гемостаз таңдалынады, ол ойық жараның жиегіне адреналин және спирт-новокаинды қоспаны инъекциялы енгізумен, органоплазмалық коагуляция немесе диатермокоагуляциямен бірге жүргізіледі. Бірақта, ойық жаралы АІЖҚК терапиясында табысқа жету үшін, эндоскопиялық гемостазды тиімді медикаментозды еммен, яғни базистік препарат протондық помпа ингибиторларымен (ППИ) біріктіру болып табылады [2, 8, 14, 15].

Қазіргі таңда эндоскопиялық гемостаздан кейін ППИ жоғарғы мөлшерін қолдану АІЖҚК қайталану қауіпін төмендететіні және ойық жара ауруы бар науқастардың клиникалық ағымын жақсартатыны жөнінде көпшілікке белгілі [16]. Қанкетуді эндоскопиялық тоқтату кезінде ППИ жоғары мөлшерін адьювантты қолдану бірнеше консенсустармен мақұлданып ұсынылған [17, 18, 19] және ППИ қолданғанда қанкетудің қайталану қауіпін мен АІЖҚК ден өлім-жітім көрсеткіші төмендейтіні бірнеше метаталдаулар жасағанда расталған [20–22].

Расында, АІЖ жоғары бөлімдерінен қанкетуді тоқтату үшін асқазанішілік рН ³⁶ деңгейде болуы маңызды, тек осындай деңгейде ғана тромбоциттердің агрегациясы мен қайталамалы қанкету қауіпін төмен болады [23]. Бірақ, рН осы деңгейіне жеткізіп қана қоймай, сонымен бірге, оны ұзақ уақыт бойына тұрақты түрде ұстап тұру қажет, оны тек үздіксіз ППИ енгізуге арқылы ғана (тамыр ішіне, инфузомат арқылы мөлшерлі) қамтамасыз етпе мүмкіндік туғызады [13, 24, 25].

Заманауи ұсыныстарға сәйкес, ойық жарадан қан кетуді бастан өткерген барлық науқастар *Helicobacter pylori* инфекциясына тесттен өтуі қажет және ол анықталған жағдайда эрадикационды ем қабылдау қажет [19]. Сонымен қатар, қанкету рецидивтерін алдын-алу мақсаты негізінде әр науқаста *H.pylori* эрадикациясын бақылау өте маңызды, себебі популяциядағы микроорганизмдердің резистентті штамдарының санының өсуі, сондай-ақ емнің тиімділігіне вариативті генетикалық бейімділікке байланысты барлық науқастарда 100% эрадикация табысты нәтиже бере бермейді [26, 27]. Осыған байланысты, қолдаушы терапия ППИ кем дегенде, эрадикациялық емде оң нәтижелерге жету үшін ұзақ уақыт бойы қолданылуы қажет [8]. Өңеш көктамырының варикозды кеңеюі кезінде АІЖҚК басу үшін тамыр тарылтқыш дәрілер тағайындалады. Бұл жағдайда таңдамалы дәрі ретінде қазіргі уақытта вазопрессинді орнынан ығыстырған соматостатиннің (октреотид) синтетикалық аналогы қолданылады [7]. Өңештің ваикозды кеңейген венасынан көлемі көп емес қан кету кезінде эндоскопиялық склероздаушы ем немесе оны жіппен байлау сияқты емдеу түрлері тиімді. Кең көлемде қан кету кезінде, склероздаушы емді жүргізуге мүмкіндік болмаған жағдайда Сенгстейкен–Блейкмор зондын қолданған дұрыс [11].

АІЖ төменгі бөлімдерінен қан кету. АІЖ жоғары бөлімдерінен қан кетумен салыстырғанда, көбінесе АІЖ төменгі бөлімдерінен қан кету жасырын немесе шамалы, тұрақты емес және ауруханаға жатқызуды қажет етпейді [3, 7]. АІЖ төменгі бөлімдерінен қан кетудің кең таралған себептерінің ішінде ішектердің дивертикулезі (30%), ісіктер, ішектердің қабыну аурулары, сонымен қатар аноректальді аймақтың аурулары жатады (1 кесте). АІЖ жоғары бөлімдерінен қан кетуі бар науқастармен салыстырғанда, АІЖ төменгі бөлімдерінен қан кетуі бар науқастарда орташа жас ерекшеліктері жоғары [7, 10]. Осы аурулармен ауруханаға жатқызылған науқастардың басым көпшілігінің жасы 70 тен жоғары [1]. АІЖ төменгі бөлімдерінен қан кетудің диагностикасында анамнез жинау барысында алынған ақпараттар мен объективті қарап-тексеру мәліметтері өте маңызды болып табылады.

Тұқым қуалаушылық аурулары, бастан өткерген немесе қазір бар созылмалы патологиялары (науқаста немесе оның туыстарындағы онкологиялық аурулары, соның ішінде, тоқ ішектің отбасылық полипозы, гепатит, бауыр циррозы, урогенитальді аурулар), сондай-ақ өмір салты мен жұмыс жағдайы маңызды рөл атқарады [8].

Науқасты қарап тексеру барысының өзінде толық қорытынды жасауға мүмкіндіктер береді, мысалы, тері және шырышты қабаттарындағы көптеген телеангиэктазиялардың болуына қарап, олардың ішек қабырғасында да болуы мүмкін екендігіне болжам жасауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, постгеморрагиялық теміртапшылықты анемияның симптомдарын, абдоминальді ауырсынуды, диареяны, анорексияны, дене салмағын жоғалтуы немесе құрсақ қуысын пальпациялағандағы іштегі түзілістерді анықтау маңызды екенін айта кету керек [7, 9]. Дивертикулярлық қанкету жиі жедел, ауырсынусыз болуы мүмкін және нәжісте ашық-қызыл түсті өзгермеген қанның (гематокезия) болуымен сипатталады, бірақ, егерде қан кету көзі жіңішке ішекте болса мелена болыпта көрінуі ықтимал [28]. Қан неғұрлым ашық түстес болса, соғұрлым қанкету ошағы дистальді орналасқаны туралы мәлімет береді. Мұндай көрініс көбінесе ангиодисплазия кезінде байқалады [10].

Ісіктік үрдістер сирек жағдайда жедел қан кетумен болуы мүмкін, ондай кезде көбіне қан кетулер созылмалы, жасырын түрде жүріп, нәтижесінде теміртапшылықты анемияға әкеледі. Ішектің қабыну ауруларына (жаралы колит және Крон ауруы) қан кетудің ізашары ретінде ауырсыну синдромы тән. Бұл науқастардың нәжісі қанмен араласқан күйде болады да, оның түсінің өзгеруіне алып келеді, себебі қан кету көзі жиі тоқ ішектің ректосигмоидальді бөлімінен жоғары орналасуына байланысты. Осылардан басқа ішектің қабыну ауруларына диарея, тенезма және тағы да басқа белгілер тән [8]. Ішкі геморрой кезінде ауырсыну синдромы жиі болмайды, ал қан кету шаптырып ағумен немесе дәрет қағазында қанның көрінуімен, нәжістің айналасында қанның болуымен көрінеді, бірақ қан нәжіспен араласпаған күйде болып, нәжіс өзінің қалыпты түсін сақтайды [7].

АІЖ төменгі бөлімдерінен қан кетуі кезіндегі баға жетпес диагностикалық әдісі - 90% науқастарда қан кету көзін анықтауға мүмкіндік беретін, тоқ ішектің эндоскопиялық тексеру әдісі (ректороманоскопия немесе колоноскопия) болып табылады [7, 10, 11]. АІЖ төменгі бөлімдерінен жедел қан кету кезінде 80% жағдайда қан кету өздігінен тоқтайды немесе негізгі аурудың еміне бағытталған емдеу шараларының нәтижесінде қан тоқтайды [7]. Дивертикулярлы және ангиодиспластикалық қан кетудің негізгі тиімді емі болып:

- вазопрессинді артерия ішілік енгізумен селективті катетеризация;
- Катетер арқылы ішек артериясының эмболизациясы;
- Эндоскопиялық электро- және лазерлік коагуляция;
- Склеротерапия.

АІЖ төменгі бөлімдерінен қан кетудің салыстырмалы түрде көбінесе жасырын сипатта болуы және созылмалы темір тапшылықты анемиямен бірге жүретінін ескере отырып, жасырын қан жоғалтудың диагностикасын жүргізіп және темір препараттарын қолдана отырып өз уақытысында ретке келтіру қажет [7, 8]. Осылармен бірге шынайы гемопоэзды қалпына келтіру арқылы операциядан кейінгі кезеңдерде постгеморрагиялық анемиясы бар науқастарды емдеу барысында оң әсер алуға, соның ішінде АІЖ жоғары бөлімдерінен қан кету кезінде де болады [29].

Жоғарыда айтылған жағдайларда таңдамалы емдеу тәсілі ретінде мультикомпонентті дәрілік зат Ферсинол-Z қолданылады, оның құрамына кіреді:

- 150 мг темір сульфаты;
- Фолий қышқылы (витамин В9) (0,5мг);
- Пиридоксин гидрохлориді (витаин В6) 1 мг;
- тиамин мононитраты (витамин В1) 2 мг;
- цинк (сульфат түрінде) 25 мг;
- рибофлавин (витамин В2) 2 мг;
- никотинамид (витамин РР) 10 мг;
- аскорбин қышқылы (50 мг).

Көрсетілген компоненттердің бір дәрінің құрамында болуы темірдің сіңірілуінің жоғарлауына және патологиялық үрдістерді реттеуіне біршама тиімді болып табылады. Ферсинол-Z дәрілік заты гемоглобиннің өсуін тәулігіне орта есеппен 2,0-2,5 г/л қамтамасыз етеді, бұл темір препараттары ішінде гемоглобиннің өсу жылдамдығына ең көп әсер етеді [30]. Ферсинол-Z дәрісін қабылдағанда постгеморрагиялық анемияның клиникалық симптоматикасы 10-14 күн ішінде басылады, осыған байланысты оны басқа да мультикомпонентті темір комплекстерінен бірден ерекшеленетінін көрсетеді. Және де науқастар Ферсинол-Z дәрісін басқа да аналогтарға қарағанда жақсы көтеретінін айтып кету керек [31].

Дәрінің мөлшері мен емнің ұзақтылығы лабораторлы және клиникалық көрсеткіштерге байланысты жеке тағайындалады. Теміртапшылықты анемияның жеңіл түрінде препаратты күніне 1 капсуладан 2 рет 3-4 апта бойына тағайындалады. Орташа ауыр ағымдағы анемияда дәрілік заттың мөлшері сол қалыпта қалады, бірақ емдеу ұзақтылығы 8-12 аптаға созылады. Ауыр анемия кезінде дәрінің мөлшерін 4 капсулаға дейін, ем ұзақтығын 16 аптаға дейін ұзартылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Savides T.J., Jensen D.M. Gastrointestinal bleeding. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9th ed. // Saunders Elsevier. – Philadelphia: 2010. - №1. – P. 88-96.
- 2 Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Оганесян Т.С. Диагностика и лечение неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: взгляд врача общей практики // Фарматека. – 2011. - №2. – P. 32–39.
- 3 В.С. Савельев Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. - М.: Триада-Х, 2005. – 175 с.
- 4 Targownik LE, Nabalamba A. Trends in management and outcomes of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: 1993-2003 // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2006. - №4. – P. 1459-1466.
- 5 Paspatis G.A., Matrella E., Kapsoritakis A., et al. An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece // Eur J Gastroenterol Hepatol. – 2000. - №12. – P. 1215–1220.

- 6 Lewis J.D., Bilker W.B., Brensinger C. et al. Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: Relationship to sales of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications // *Am J Gastroenterol.* – 2002. - №97. – P.2540–2549.
- 7 Маев И.В., Самсонов А.А., Бусарова Г.А., Агапова Н.Р. Острые желудочно-кишечные кровотечения (клиника, диагностика, терапия) // *Лечащий врач.* – 2003. - №1. – С. 18–22.
- 8 Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н. Желудочно-кишечные кровотечения: клиника, диагностика и лечение // *Фарматека.* – 2014. - №2. – С. 47–53.
- 9 В.С. Савельев, А.И. Кириенко *Хирургические болезни: учебник.* - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 275 с.
- 10 С. Патерсон-Браун, В.К. Гостищев *Общая и неотложная хирургия: руководство.* - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 172 с.
- 11 В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина *Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание.* - М.: ГЭОТАР Медиа, 2011. – 106 с.
- 12 Forrest J.A., Finlayson N.D., Shearman D.J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // *Lancet.* – 1974. - №2(7877). – P. 394–397.
- 13 Кучерявый Ю.А., Баркалова Е.В. Преемственность в лечении неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // *Хирургическая практика.* – 2013. - №2. – С. 26–32.
- 14 Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. - М.: 2009. – 142 с.
- 15 Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Гончаренко А.Ю. Фармакотерапевтические аспекты применения ингибиторов протонной помпы // *Мед вест МВД.* – 2013. - №3. – С. 9–14.
- 16 Lau J.Y., Sung J.J., Lee K.K. et al. Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers // *N. Engl. J. Med.* – 2000. - №343. – P. 310–316.
- 17 Palmer K. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines // *Gut.* – 2002. - №51, Suppl.4. – P. 2–6.
- 18 Barkun A.N., Sabbah S., Enns R. et al. The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting // *Am. J. Gastroenterol.* – 2004. - №99. – P. 1238–1246.
- 19 Barkun A.N., Bardou M., Kuipers E.J. et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // *Ann. Intern. Med.* – 2010. - №152. – P. 101–113.
- 20 Bardou M., Toubouti Y., Benhaberou-Brun D. et al. Meta-analysis: proton-pump inhibition in high-risk patients with acute peptic ulcer bleeding // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2005. - №21. – P. 677–686.
- 21 Leontiadis G.I., Sharma V.K., Howden C.W. Proton pump inhibitor therapy for peptic ulcer bleeding: Cochrane collaboration meta-analysis of randomized controlled trials // *Mayo Clin. Proc.* – 2007. - №82. – P. 286–296.
- 22 Leontiadis G.I., Sharma V.K., Howden C.W. Withdrawn: Proton pump inhibitor treatment for acute peptic ulcer bleeding // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2010. - №12(5). – P. 52–61.
- 23 Green F.W. Jr., Kaplan M.M., Curtis L.E., Levine P.H. Effect of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation: a possible contributor prolonged gastroduodenal mucosal hemorrhage // *Gastroenterology.* -1978. - №74. – P. 38–43.
- 24 Маев И.В., Цуканов В.В., Третьякова О.В., и др. Терапевтические аспекты лечения язвенных кровотечений // *Фарматека.* – 2012. - №2. – С. 56–59.
- 25 Маев И.В., Гончаренко А.Ю., Дичева Д.Т., и др. Лечение язвенных кровотечений и профилактика их рецидивов: взгляд терапевта // *Медицинский совет.* – 2013. - №10. – С. 22–26.
- 26 Андреев Д.Н., Кучерявый Ю.А. Факторы микро- и макроорганизма, влияющие на эффективность антихеликобактерной терапии // *Cons Med.* – 2013. - №8. – С. 5–9.
- 27 Maev I.V., Andreev D.N., Kucheryaviy Yu.A., Dicheva D.T. Host factors influencing the eradication rate of *Helicobacter pylori* // *World Applied Sciences Journal.* – 2014. - №30. – P. 134–140.
- 28 McGuire Jr H.H. Bleeding colonic diverticula. A reappraisal of natural history and management // *Ann Surg.* – 1994. - №220. – P. 653–656.
- 29 Дибиров М.Д. Гастродуоденальные кровотечения у лиц пожилого и старческого возраста. Эффективная фармакотерапия // *Гастроэнтерология.* – 2013. - №1. – С. 18–24.
- 30 Вольнова Г.З. Тактика ведения больных с миомой матки и анемией после гистерэтомии: Ферсинол-Z // *Вестник хирургии Казахстана.* – 2012. - №1. – С. 90–95.

Д.К. Бердибаев, Н.Е. Сарманов, Е.Б. Аяпбергенов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Резюме: В статье рассматриваются общие клинические вопросы, диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК). Рассмотрены консервативные методы лечения пациентов с ЖКК из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Обозначена роль современных мультикомпонентных препаратов железа в восстановлении естественного гемопоза в рамках комплексной терапии ЖКК.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, железодефицитная анемия, Ферсинол-Z.

D.K. Berdibaev, N.E. Sarmanov, E.B. Ayapbergenov

Asfendiyarov Kazakh National medical university

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF GASTROINTESTINAL BLEEDING FROM VIEWPOINT OF INTERNIST

Resume: Article discusses clinics, diagnostics and treatment of gastrointestinal bleeding (GIB). It reviews therapeutic rational aspects of treatment GIB in the upper and lower parts of gastrointestinal tract. Article defines the role of modern multicomponent iron supplemental drugs for restoring hematopoiesis as a part of GIB complex treatment.

Keywords: gastrointestinal bleeding, iron deficiency anemia, Fersinol-Z.