

Aprobat

Şef IMSP CS Edineţ

Oleg Guţan



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineţ

ULCERUL GASTRODUODENAL HEMORAGIC LA ADULT

**Protocol clinic instituțional
(ediția II)**

PCI – 332

Edineţ 2024

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ**

ORDIN

Nr. 71.

" 26 " 12 2024

*"Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.964 din 04.12.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
"Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult", ediția II,
în cadrul IMSP CS Edineț"*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.962 din 04.12.2024 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național "Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult", ediția II**, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății“ și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Edineț.

ORDON :

1. De implimentat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Edineț Protocolul Clinic Național **"Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult", ediția II**,
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **"Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult", ediția II**, în cadrul IMSP CS Edineț de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național **"Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult", ediția II**,
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN **"Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult", ediția II**, în cadrul IMSP CS Edineț.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Lilia Negrea.

Șef IMSP CS Edineț



Oleg Guțan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

04 decembrie 2024

Nr. 965

**Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național
„Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II**

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul de Medicină Urgentă, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.884 din 11.07.2018 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
PREFAȚĂ.....	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	7
B. PARTEA GENERALĂ.....	13
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....	15
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PCN	30
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	31
F. ASPECTE MEDICO- ORGANIZATORICE	32
GHIDUL PACIENTULUI CU ULCERUL GASTRODUODENAL HEMORAGIC.....	34

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Ulcerul gastroduodenal rămâne cauza principală a hemoragiilor gastrointestinale superioare nonvariceale și a șocului hypovolemic, și reprezintă cauza principală de mortalitate în hemoragiile digestive superioare (HDS) acute. Anual în spitalele din Republica Moldova sunt spitalizați 1.500-1.600 bolnavi cu ulcerul gastroduodenal hemoragic (UGDH), iar mortalitatea generală este de 4,7%. În contrast, mortalitatea la pacienții, la care s-a dezvoltat recidiva hemoragiei în timpul spitalizării este 30-40%.
- UGDH reprezintă o urgență medico-chirurgicală, care necesită o evaluare promptă pentru determinarea stabilității clinice, prevenirea sângerarea ulterioară și reducerea mortalității, - o abordare similară este necesar de a fi practică la un pacient traumatizat cu sindrom hemoragic. Mai multe elemente (simptome clinice, antecedente și rezultate testelor de laborator) trebuie considerate și analizate pentru aprecierea stabilității sau instabilității pacienților cu UGDH.
- Pe lângă antecedentelor ulceroase, este foarte important să se culegă anamneza detaliată, în special în ceea ce privește: medicamentele și afecțiunile care pot afecta starea de coagulare (preparate antiagregante plachetare, anticoagulante, insuficiență hepatică); maladiile cardiace și pulmonare severe, care pot face pacienții mai susceptibili la efectele adverse ale anemiei; dereglărilor neurologice (demența), care pot predispute pacienții la aspirația pulmonară a conținutului gastric.
- Dacă se suspectează un UGDH, toți pacienții trebuie testați de laborator în mod urgent, inclusiv determinarea grupei sangvine și a factorului Rhesus, recoltarea sângelui pentru testele de compatibilitate, evaluarea nivelului hemoglobinei și hematocritului, electroliților și indicilor de coagulare.
- Resuscitarea precoce a pacienților cu HDS este esențială pentru reducerea mortalității; aceasta trebuie efectuată concomitent cu măsurile diagnostice. Imediat trebuie efectuată evaluare rapidă a ABC (căile respiratorii, respirație și circulație). Indicatorii de referință ai resuscitării la pacienții cu UGDH sunt identice ca și la persoane traumatizate cu leziuni hemoragice (tensiune arterială sistolică 90-100 mm Hg; normalizarea deficitului de lactat; menținerea nivelului de hemoglobină de cel puțin 70 g/l; corectarea sau prevenirea coagulopatiei).
- În cadrul episodului acut al UGDH, gastroscopia trebuie efectuată cât mai curând posibil, ceea ce este asociată cu reducerea ratei resângerării, necesității în intervenție chirurgicală și a mortalității. Endoscopia precoce efectuată în 24 ore de spitalizare a bolnavului identifică sursa de hemoragie, prezintă o informație prețioasă de prognozare a probabilității resângerării, permite stratificarea pacienților în diferite grupuri de risc, asigură posibilitatea efectuării simultane a intervențiilor endoscopice de hemostază.
- Majoritatea deciziilor clinice ar trebui să se bazeze pe evaluarea stigmatelor hemoragiei recente în timpul endoscopiei, deoarece acestea pot stabili gradul de risc

al resângerării ulterioare. Rezultatele gastroscopiei trebuie clasificate utilizând sistemul Forrest modificat. Dacă sunt identificate leziuni cu stigmat cu risc înalt, poate fi prevăzut pericolul de resângerare, necesitatea în măsuri curative (inclusiv chirurgicale) și mortalitatea. În schimb, gastroscopia este necesară pentru a identifica pacienții cu risc scăzut, care pot fi externați devreme.

- Actualmente sunt recomandate numeroase scale pentru prezicerea gradului de risc de resângerare, intervenție chirurgicală și mortalitate, precum și necesității în hemotransfuzie și gastroscopie, cele mai larg acceptate fiind scorurile Glasgow-Blatchford, Rockall și Baylor. Totodată, scorul Rockall este util pentru evidențierea pacienților cu risc de rezultate adverse, în timp ce scorurile Glasgow-Blatchford și Baylor identifică bolnavii care necesită transfuzia de sânge sau endoscopia.
- La pacienții cu UGDH, ca primă linie după endoscopie se recomandă tratamentul conservator. Bolnavii cu UGDH necesită terapie endoscopică pentru a obține hemostaza și a reduce rata resângerării, necesitatea în intervenție chirurgicală și mortalitatea. S-a demonstrat superioritatea tratamentului endoscopic față de farmacoterapie izolată. Pentru ulcere cu hemoragie acută, endoscopia trebuie considerată ca o parte din resuscitare.
- Estimarea vizuală a stigmatelor în baza ulcerului hemoragic la gastroscopie este un argument suficient pentru aprecierea indicațiilor justificate către hemostaza endoscopică. Terapia endoscopică este indicată tuturor bolnavilor cu stigmatele cu risc înalt în UGDH: hemoragie activă (Forrest IA, IB) și vas vizibil nehemoragic (Forrest IIA).
- 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, și toate sunt eficiente. Aplicarea combinată a metodelor injecționale și termice la pacienții cu UGDH și risc înalt devine larg răspândită și se apropie de a fi acceptată ca metodă standard.
- Medicamentele antisecretoorii sunt o componentă importantă a terapiei UGDH, iar administrate în doze mari reduc probabilitatea de resângerare, intervenția chirurgicală și mortalitatea după hemostaza endoscopică reușită. Terapia antisecretoare trebuie inițiată cu preparate intravenoase, preferabil sub formă de perfuzie continuă, cu durata de cel puțin 3 zile, cu transfer ulterior la tratament cu medicamente perorale. Pentru pacienții cu UGDH se recomandă continuarea tratamentului cu inhibitorii pompei de proton (IPP) timp de 6-8 săptămâni după episodul hemoragic acut. Utilizarea IPP pe un termen mai îndelungat nu este recomandabilă decât dacă pacientul nu consumă AINS.
- Recidiva hemoragiei este definită ca episodul repetat de hemoragie, declanșat după stoparea inițială a acesteia în cadrul aceleiași spitalizări, și în cazul UGDH se declanșează în 20-30%. Hemostaza endoscopică repetată este o alternativă justificată și eficientă intervenției chirurgicale în cadrul resângerării din ulcerul gastroduodenal. Utilizarea gastroscopiei curative repetate se însoțește de o reducere a necesității în operației de urgență, fără majorarea riscului a complicațiilor și mortalității.

- Angioembolizarea vasului hemoragic transcateter reprezintă opțiune alternativă a hemostazei în UGDH și resângerare, indicată pacienților stabili hemodinamic, în cazul în care resursele respective sunt disponibile. Totodată, acest procedeu ar trebui evaluat cu atenție pentru riscurile sale existente, legate de instabilitatea hemodinamică potențială, transferul pacientului, nefropatie indusă de contrast, eventuala ischemizarea accidentală a stomacului, duodenului, pancreasului și colecistului.
- La pacienții cu UGDH, hemostaza chirurgicală este indicată după endoscopie repetată nereușită. La bolnavii cu instabilitate hemodinamică și/sau ulcer mai mare de 2 cm la prima endoscopie cu localizare pe peretele duodenal posterior, intervenția chirurgicală este indicată fără endoscopie repetată. Intervenția chirurgicală imediată este indicată la pacienții instabili hemodinamic, refractari la hemostaza endoscopică sau angioembolizare.
- Volumul operației în cazul UGDH trebuie să fie minimal, având ca scop salvarea vieții bolnavului și nu tratarea radicală a bolii ulceroase, dar depinde și de localizarea și dimensiunile ulcerului, caracteristicile vasului hemoragic, precum și de statusului hemodinamic al pacientului. Volumul chirurgical presupune sutura sau excizia (rezecția) ulcerului. Ulcerele gastrice hemoragice preponderent trebuie rezecate sau cel puțin biopsate pentru aprecierea malignizării posibilei. În schimb, majoritatea ulcerelor duodenale care necesită intervenție chirurgicală din cauza hemoragiei persistente sunt leziuni mari și posterioare, sângerarea provine adesea din artera gastroduodenală.
- Tratamentul empiric al H. Pylori la pacienții cu UGDH nu este recomandat. Cu toate acestea, testarea pentru Helicobacter pylori trebuie efectuată la toți bolnavii cu ulcer sângerând, iar terapia antimicrobiană standard este indicată numai după confirmarea infecției pentru a evita hemoragiile recurente pe termen lung. Eradicarea H. Pylori nu se referă direct la episodul acut al UGDH și nu este un component obligatoriu al tratamentului intensiv.

ABREVIERILE FOLOSITE IN DOCUMENT

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

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: **PCN-332 “Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II**, și Ordinul nr.429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Guțan Oleg – Șef IMSP CS Edineț;

Negrea Lilia – Șef adjunct pe probleme clinice;

Cara Cristina – Farmacist diriginte;

Lupu Angela – Medic de familie, Șef secție;

Sorocan Ecaterina– Medic de familie;

Gheciu Lidia – Medic de familie;

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: **Decembrie** (Aprobat prin Ordinul directorului 71 din 26.12.2024)
în baza:

- **PCN-332 “Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II**, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.962 din 04.12.2024 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național “Ulcerul gastroduodenal hemoragic la adult”, ediția II.

A. PARTEA INTRODUCIVĂ

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

Exemple de diagnostic clinic:

- Ulcer cronic duodenal, complicat cu hemoragie
- Ulcer cronic duodenal gigant, complicat cu hemoragie
- Ulcer cronic duodenal gigant penetrant în pancreas, complicat cu hemoragie
- Ulcer cronic duodenal „în oglindă”, complicat cu hemoragie
- Ulcer cronic gastric tip I, complicat cu hemoragie
- Ulcer cronic gastric tip II, complicat cu hemoragie
- Ulcer cronic gastric tip III, complicat cu hemoragie
- Ulcer cronic gastric tip IV, complicat cu hemoragie
- Ulcer cronic gastric tip V, complicat cu hemoragie
- Ulcer peptic al gastroduodenoanastomozei, complicat cu hemoragie
- Ulcer peptic al gastrojejunoanastomozei, complicat cu hemoragie
- Ulcer cronic duodenal, complicat cu hemoragie recidivantă
- Ulcer cronic gastric, complicat cu hemoragie recidivantă

A.2. Codul bolii

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

- 0 Acut cu hemoragie
- 1 Acut cu 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:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMUP
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP (medici de familie, asistentele medicului de familie)

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

A.4. Obiectivele 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 revizuirii protocolului: 2024

A.7. Data următoarei revizuirii: 2029

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: rezeția 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 caracterizează prin lezarea unui vas (arterial, venos sau capilar) din baza ulcerului cu extravazarea sângelui în lumenul gastric sau duodenal. În practică hemoragia ulceroasă se 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 resângere 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 rezeccionale, pe lângă înlăturarea ulcerului hemoragic, sunt orientate la reducerea acidității gastrice. În rezultatul rezecciei funcția producătoare de acid a stomacului se reduce mult mai sigur, prin eliminarea mecanismului gastrinic și înlăturarea unei mase majore de celule parietale. Rezeccia 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 H₂-histaminoblocantelor 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 antisecretorii 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 sângere 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.

Clasa I	Condiții pentru care există do și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței un proceduri diagnostice sau tratament	Este recomandat/este indicat
Clasa II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există divergență de opinie privind utilitatea/ eficacitatea tratamentului sau proceduri	
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pe beneficiu/eficiență	Ar trebui luat în considerare
Clasa IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Condiții pentru care există do și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele ca poate fi chiar dăunător	Recomandare slabă, sunt posibile aborduri alternative
Nivel de evidență	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate	
Nivel de evidență	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare	
Nivel de evidență	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre	

B. PARTEA GENERALĂ

<i>Nivel de asistență medicală primară (medici de familie și asistentele medicilor de familie)</i>		
Descriere	Motive	Pași
1. Screeningul UGD. C.2.6. - C2.7.	• Efectuarea esofagogastroduodenoscopiei (FEGDS) programat activ la pacienții cu anamneză ulceroasă. • Profilaxia acutizării UGD prin administrarea sezonieră a IPP sau H2-histaminoblocantelor la pacienții cu boala ulceroasă cunoscută. • Evaluarea și tratamentul infecției H. Pylori. • Administrarea rațională a AINS, când este necesar.	Standard/Obligatoriu: • <i>Screening-ul UGD și a pacienților ce au suportat episod de UGDH (caseta 9,10).</i> • Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului și examinărilor sezoniere programate obligatoriu prin aducerea la cunoștință a complicațiilor posibile (<i>caseta 10</i>). • Reevaluare o dată la 6 luni cu recomandarea tratamentului (<i>caseta 10</i>).
2. Diagnosticul. 2.1. Suspectarea diagnosticului de UGDH. C.2.3. C.2.4.1. C.2.4.2. C.2.4.2.1. - C.2.4.2.2. C.2.4.2.4. C.2.4.3. C.2.4.5. C.2.4.7.	• Acuzele, anamneza, examenul obiectiv, de laborator și endoscopic permite suspectarea UGDH.	Standard/Obligatoriu: • Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 1</i>). • Evaluarea stării generale, respirației și a hemodinamicii centrale (<i>caseta 4</i>). • Evaluarea volumului hemoragiei • Acuzele și anamneza (<i>caseta 2,3</i>). • Examenul obiectiv (<i>caseta 6</i>). • Examen de laborator (<i>tabelul 1</i>). • FEGDS (<i>tabelul 1</i>). • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 7</i>). La suspecție de UGDH, examinările paraclinice și endoscopice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt.
3. Decizia. Consultația specialiștilor și/sau spitalizarea.	• Consultul medicului chirurg permite confirmarea diagnosticului de UGDH.	Standard/Obligatoriu: • La suspecția UGDH este indicată transportarea cu transport specializat în regim de urgență în

C.2.4.4.		instituție medicală cu secție chirurgicală specializată (<i>caseta 8</i>).
4. Tratamentul. 4.1. Tratament simptomatic. C.2.4.12.2.	• Tratamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcțiilor vitale. • Tratamentul simptomatic nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.	Standard/Obligatoriu: <i>Tratamentul se va efectua doar în condiții de staționar .</i>
5. Supravegherea. C.2.7.	• Supraveghere după tratamentul conservativ în staționar sau operator, după externarea la domiciliu. • FEGDS la pacienții ce au suportat episod de UGDH peste 4-6 săptămâni după externare. • Eradicarea H. Pylori la pacienții contaminați.	Standard/Obligatoriu: • Dispensarizarea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit (<i>caseta 10</i>).

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Factorii de risc

Caseta 1. 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 ≤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 dedublarea 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 ≥ 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.2.2. Conduita pacientului cu ulcerul gastroduodenal hemoragic

C.2.2.1. Măsurile diagnostice generale

Caseta 2. Măsurile diagnostice generale.

- Evaluarea inițială a pacientului cu suspexții 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.2.2.2. Manifestările clinice

C.2.2.2.1 Semne clinice

Caseta 3. 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 asociere cu melena au o mortalitate mai mare decât cei care prezintă numai melenă. *(clasa de recomandare IIb)*
- Hematochezia (eliminarea din rect a sângelui bordo sau purpuriu) reprezintă semnul clasic al hemoragiei digestive inferioare. Totodată, hematochezia poate fi observată circa la 5-10% dintre bolnavii cu hemoragii gastroduodenale rapide 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 epigastriu sau hipocondrul drept deseori însoțește hemoragia acută. *(clasa de recomandare IIb)*

C.2.2.2.2 Evaluarea hemodinamicii centrale

Caseta 4. 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 determinarea permeabilității căilor respiratorii, respirației și circulației – ABC (*engl. Airway, Breathing, Circulation*). *(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.2.2.2.3. Anamneza

Caseta 5. 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 geneză. *(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 acetylsalicylicum* 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 acetylsalicylicum*, AINS) pot fi cauze ale hemoragiei din ulcer. *(clasa de recomandare IIa)*

C.2.2.2.4. Examenul obiectiv

Caseta 6. 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.2.2.3. Diagnosticul diferențial

Caseta 7. Diagnosticul diferențial. (*clasa de recomandare IIa*)

- **Ulcerale gastroduodenale acute.** Hemoragia din ulcerale gastroduodenale acute (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 acetylsalicylicum*, 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*, rezeckia 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 leiomioamele 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. Gastroscoopia 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 erupției 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. Abcesele intrahepatice, tumorile cu creștere în căile biliare, coledocolitiaza și colelitiaza intrahepatică sunt cauze mai rare ale hemobiliei. Doar în 10-40% cazuri în cadrul endoscopiei se poate vizualiza eliminarea sângelui din papila Vater. În varianta clasică hemobilia se 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 antiagregante plachetare, 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.2.2.4. Criteriile de spitalizare

Caseta 8. Criteriile de spitalizare a pacienților cu UGDH. (clasa de recomandare I)

- La orice suspecție 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.2.2.5. Investigațiile paraclinice

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la pacienții cu UGDH.

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru CAC	Caracterul	
Număratoarea eritrocitelor, dozarea hemoglobinei, hematocritul. <i>(clasa de recomandare I)</i>	Permite evaluarea gravității pierderii sangvine și sunt sugestive pentru necesitatea în hemotransfuzie.	O	
Determinarea grupului sangvin după sistemul ABO și după sistemul Rhesus. <i>(clasa de recomandare I)</i>	Se indică cu scop de o eventuală hemotransfuzie.	O	
Compatibilitatea sangvină pretransfuzională. <i>(clasa de recomandare I)</i>	Se indică cu scop de o eventuală hemotransfuzie.	O	
Dozarea proteinei totale și albuminei. <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 plasmatică se realizează doar peste 72-96 ore.		R
Dozarea ureei și creatininei. <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.	O	
Indexul 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. Dereglarea coagulării, cu INR peste 1,5, este asociată cu un risc crescut de mortalitate.		R
Număratoarea trombocitelor și determinarea timpului de sângerare. <i>(clasa de recomandare IIa)</i>	Consumul Acidum acetylsalicylicum și al AINS poate conduce la dereglarea funcției trombocitelor și majorarea duratei de sângerare.	O	
Probele hepatice (bilirubina totală și fracții, AST, ALT), glicemia,	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie, precum și determinarea patologiilor concomitente.		R

leucocitele, timpul de tromboplastină parțial activată (TTPA), ionograma și determinarea echilibrul acido-bazic. <i>(clasa de recomandare IIa)</i>			
Electrocardiografia în stare de repaos. <i>(clasa de recomandare I)</i>	Pot fi schimbări în caz de patologie a sistemului cardiovascular.	O	
Fibro- sau videoesofagogastroduodenoscopia. <i>(clasa de recomandare I)</i>	Este metoda de examinare decisivă în cazul hemoragiilor ulceroase, permite determinarea sursei hemoragiei, sediului și caracteristicilor morfologice ale ulcerului, stigmatelor hemoragice și prognosticului evoluției episodului hemoragic. Totodată, permite efectuarea hemostazei endoscopice în continuarea gastroscopiei diagnostice.	O	
Examenul radiologic prin contrastare. <i>(clasa de recomandare IIa)</i>	În prezent examenul radiologic de rutină 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.		R
Radiografia cavității abdominale. <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.		R
Arteriografia. <i>(clasa de recomandare III)</i>	Poate fi eficace doar în condițiile unei hemoragii active și suficient de intensive (peste 0,5-1 ml pe minut). Avantajul teoretic al angiografiei este posibilitatea de efectuare simultană a hemostazei prin embolizare prin cateter a vasului lezat. Angiografia diagnostică este rar indicată la bolnavii cu UGDH din cauza eficacității înalte a gastroscopiei de rutină, precum și accesibilității reduse și lipsei portativității utilajului necesar pentru angiografie.		R

Scintigrafia. <i>(clasa de recomandare III)</i>	Utilizează eritrocite marcate cu tehnетиu Tc. Scintigrafia poate fi informativă pentru localizarea sursei doar în cazul hemoragiei active, totodată intensitatea acestora constituind minim 0,1-0,4 ml pe minut. Metodă are o specificitate înaltă, dar o sensibilitate joasă.		R
Ecografia organelor abdominale. <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.		R
Tomografia computerizată (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.		R

Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil

C.2.2.6. Tratamentul conservativ

C.2.2.6.1. Terapia antisecretoare

Caseta 9. Terapia antisecretoare.

- 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 ≥ 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 antisecretoare 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 stigmatul hemoragice cu risc scăzut în UGD (Forrest IIC sau Forrest III) din start pot fi tratați cu preparate antisecretoorii enterale, cu preferință IPP. **(clasa de recomandare IIb)**
- Antagoniștii receptorilor histaminici (H2-histaminoblocante) au fost primele preparate antisecretoorii 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 următoarele doze standard ai preparatelor parenterale: *Famotidinum* – 40 mg în 24 ore (20 mg x 2 ori pe zi). **(clasa de recomandare IIb)**
- În unele cazuri pentru o reducere sigură a acidității gastrice în cazul hemoragiilor dozele H2- histaminoblocantelor trebuie majorate de 1,5-2 ori comparativ cu cele recomandate standard. **(clasa de recomandare IIb)**
- În cazul insuficienței renale sau hepatice doza H2- histaminoblocantelor necesită recalculări și modificări. **(clasa de recomandare IIa)**
- Activitatea antisecretoorie și eficacitatea clinică a inhibitorilor pompei protonice (IPP) în cazul hemoragiei din tractul digestiv superior este veridică mai înaltă, comparativ cu H2- histaminoblocantelor. **(clasa de recomandare I)**
- Utilizarea IPP majorează pH-ul intragastric mai previzibil și mai îndelungat, decât H2- histaminoblocantele. IPP inhibă aproape complet secreție bazală și stimulează a stomacului, reducerea secreției cu 60-70% după 24 ore de la administrare, iar concentrația nu este modificată în patologii 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 stigmatul endoscopic 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 stigmatul endoscopic de risc redus se recomandă administrarea preparatelor antisecretoorii în doze standard. **(clasa de recomandare IIa)**
- În cazul HE sigure terapia antisecretoorie nu influențează exodul episodului hemoragic și este doar un component suplimentar benefic. În contrar, rolul

terapiei antisecretoarei este înalt în situațiile, când terapia endoscopică hemostatică este inadecvată sau inaccesibilă. (*clasa de recomandare III*)

- Obținerea rezultatelor optimale ale tratamentului UGDH la pacienții cu risc înalt este posibilă doar la utilizarea combinată a HE și a dozelor adecvate de preparate antisecretoarei eficiente. (*clasa de recomandare IIa*)

C.2.3. Supravegherea pacienților

Caseta 10. 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 4-6 săptămâni). (*clasa de recomandare IIa*)
- Reevaluare pacienților cu UGDH 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 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 finisarea 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 ciclooxygenază-2 (COX-2) în doza minimală eficientă și a unui IPP. (*clasa de recomandare I*)
- Pacienților cu UGDH idiopatic (non-H. Pylori, non- Acidum acetylsalicylicum și non-AINS) după externare din staționar se recomandă administrarea tratamentului antisecretor de lungă durată (cel puțin 6-8 săptămâni). (*clasa de recomandare I*)
- Pacienții cu patologii cardiovasculare semnificative necesită reluarea Acidum acetylsalicylicum, administrat pentru profilaxia secundară, în decurs de 1 până la 7 zile după stoparea hemoragiei. (*clasa de recomandare IIa*)
- În cazul riscului dubios de malignizarea ulcerului (în pofidă rezultatelor negative ale endobiopsiei, efectuate metodologic corect), gastroscopia de control trebuie efectuată peste 4-6 săptămâni după externare. (*clasa de recomandare IIb*)

Chirurgul.

- Efectuează tratamentul conservator al 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 PCN

<i>Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP</i>	Personal: • Medic de familie. • Asistent medical/asistentă medicală de familie. • Medic în laborator. • Medic chirurg cu competențe în endoscopie (CMF).
	Aparate, utilaj: • Aparat fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop (CMF). • Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei de urgență.
	Medicamente: • Spasmolitice (<i>Papaverinum, Drotaverinum</i>) • Medicamente de urgență conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010.

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 (%).	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 (%).	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 (%). Rata mortalității prin UGDH pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu UGDH, care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul ultimului an x100. 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.

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostic-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația chirurg	IMSP SR Edineț	Cab.210, Cab.214
Consultația gastrolog	IMSP SR Edineț	Cab.303
Investigații de laborator	IMSP CS Edineț	Laborator

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației, consultației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactare telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere forma 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterea) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcerea, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

GHIDUL PACIENTULUI CU ULCERUL GASTRODUODENAL HEMORAGIC

CAUZELE ȘI COMPLICAȚIILE HEMORAGIEI ULCEROASE

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

TIPURILE HEMORAGIEI ULCEROASE

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

RĂSPÎNDIREA HEMORAGIEI ULCEROASE

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

SIMPTOMELE HEMORAGIEI ULCEROASE

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

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

EXAMINĂRILE ȘI TESTELE DIAGNOSTICE ÎN CAZ DE HEMORAGIE ULCEROASĂ

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

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

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

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

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

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

TRATAMENTUL HEMORAGIILOR DIN TRACTUL GASTROINTESTINAL

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

- **Perfuzia intravenoasă a soluțiilor pentru restabilirea pierderii sanguine.**

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

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

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

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

RECUPERAREA ȘI PERSPECTIVELE DUPĂ TRATAMENTUL HEMORAGIEI ULCEROASE

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

PROFILAXIA ȘI RECOMANDĂRI

- Dacă suferiți de maladie ulceroasă a stomacului sau duodenului sunteți în grupul de risc să suportați hemoragie din ulcer.
- Vizitați regulat medicul pentru verificarea stării de sănătate și informați-l despre oricare simptome noi inclusiv probleme cu digestia sau durere.
- Utilizați preparatele antiinflamatorii nesteroidiene și Acidum acetylsalicylicum, care pot provoca hemoragie, doar la necesitate și sub supravegherea medicului.
- Periodic efectuați endoscopia de control și verificați prezența infecției *Helicobacter pylori*, dacă sunteți în grupul de risc pentru dezvoltarea ulcerului.

- Important este să cunoașteți semnele hemoragiei din ulcer și factorii de risc. Cu aceste cunoștințe puteți avea un rol activ în sănătatea proprie și să ridicați șansele la un tratament de succes.
- Deoarece hemoragia din ulcerul gastroduodenal prezintă un pericol eminent pentru viață, adresați-vă imediat după ajutor medical la apariția vomei cu sânge, scaunului negru, vertijuri și leșin. Nu pierdeți nici un minut.

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

DATE GENERALE COLECTATE PENTRU UGDH			
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
INTERNARE			
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	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de chirurgie
		2	Secția de profil general
		3	Secția de terapie intensivă
		4	Alte
DIAGNOSTIC			
11	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
12	Investigații imagistice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
ISTORICUL PACIENTULUI			
13	Prezența anamnezei ulceroase sau gastrice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște

14	Prezența patologiilor asociate	1	Nu	
		2	Da	
		9	Nu se cunoaște	
PREGĂTIRE PREOPERATORIE				
15	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1	Nu	
		2	Da	
16	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște		
INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ				
17	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1	Nu	
		2	Da	
18	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA		
19	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM		
20	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM		
21	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM		
22	Operația efectuată în mod	Urgent		
		Urgent-amânat		
		Programat		
23	Tipul anesteziei	Generală		
EXTERNARE ȘI TRATAMENT				
24	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)		
25	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)		
26	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)		
27	Deces în spital	1	Nu	
		2	Din cauzele atribuite UGDH	
		3	Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate	
		4	Alte cauze neatribuite UGDH	
		9	Nu se cunoaște	