

7. Иванов Д. Стандарты медицинской помощи при сахарном диабете 2015 года: резюме редакций / Д.Иванов, М.Иванова // Нирки.-№ 1 (11).-2015.-с 53-67.
8. Kidney International Supplements ,2013, № 3 (1), P 1038 - 1073
9. Diabetes Care. January, 2014; Vol. 37, Suppl. 1: S5-S13
10. Diabetes Care. January 2015; Vol. 38, Suppl. 1: S4-S15
11. <http://care.diabetesjournals.org/site/misc/2016-standards-of-Care.pdf>
12. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48405>

Реферати

ДИАБЕТИЧНА ХВОРОБА НИРОК: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ТЕРАПІЇ (1 частина)

Борзих О.А.

У роботі висвітлюються проблеми, пов'язані з необхідністю раннього виявлення та своєчасної діагностики діабетичної хвороби нирок. Розглянуто сучасні підходи до встановлення діагнозу, вимоги клінічних рекомендацій і протоколів з надання медичної допомоги пацієнтам з діабетичною хворобою нирок в стаціонарі і на амбулаторному етапі лікарями загальної практики та лікарями фахівцями (ендокринолог, кардіолог).

Ключові слова: діабетична хвороба нирок, діагностика, мікроальбумінурія, гіперфільтрація.

Стаття надійшла 11.02.2016 р.

DIABETIC KIDNEY DISEASE: CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSIS, PREVENTION AND THERAPY (1 part)

Borzykh O.A.

In this work the issues that the problems associated with the early detection and timely diagnosis of diabetic kidney disease. Modern approaches to the diagnosis, the requirements of clinical guidelines and protocols to provide medical care for patients with diabetic kidney disease in the hospital and outpatient general practitioners and medical specialists (endocrinologist, cardiologist).

Key words: diabetic kidney disease, diagnosis, microalbuminuria, hyperfiltration.

УДК 616.33/34-005.1-085.385

А. Б. Кебкало, С. В. Триліський, І. В. Ключко, О. В. Карпенко, Н. Б. Сікорський
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ, КЗ
«Вишгородська центральна районна лікарня», м. Вишгород, КЗ КОУ «Київська обласна
клінічна лікарня», м. Київ, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м.
Київ

ТРАНСФУЗІЙНА ТАКТИКА В КЛІНІЦІ ГОСТРИХ КРОВОТЕЧ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ: АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ГЛИБИНА ВИЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ

Гострі кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є однією з найчастіших причин невідкладного звернення при патології органів травлення, мають значні показники смертності, економічних витрат. Гемотранфузія є одним з ключових елементів лікування хворих з гострими кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Попри важливу роль гемотранфузії при даних кровотечах, відсутні деталізовані алгоритми переливання еритроцитарної маси.

В даній статті виконаний огляд та аналіз усіх останніх вагомих досліджень присвячених переливанню еритроцитарної маси при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. В огляді також наведений порівняльний аналіз національних рекомендацій розвинених англомовних держав та України, щодо переливання еритроцитарної маси при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Ключові слова: гемотранфузія, еритроцитарна маса, шлунково-кишкова кровотеча

Частота госпіталізацій з приводу гострих шлунково-кишкових кровотеч за даними Європейських та Північно-Американських джерел варіює між 36 та 172 на 100,000 населення в рік. В розвинених державах, кровотечі, що не викликані варикозним розширенням вен, складають 80% всіх звернень. Більшість з них викликана пептичною виразкою (30-50% всіх випадків). Друге місце займають кровотечі ерозивної природи. Визнаними факторами ризику та причиною зростання випадків шлунково-кишкових кровотеч є застосування протитромботичних та нестероїдних протизапальних препаратів, хелікобактерна інфекція, супутня фонова патологія, старечий вік. Частка гострих кровотеч верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з варикозно розширених вен складає 10-20%. Зростання частки таких кровотеч визначається зростанням алкогольного захворювання печінки, метаболічних захворювань (жирова хвороба печінки) [5, 6, 18, 19, 23, 25, 29, 32, 34].

Незважаючи на певні досягнення здобуті в консервативному та інтервенційному лікуванні шлунково-кишкових кровотеч, смертність при даній патології лишається на високому рівні навіть в розвинених державах світу.

Загальнонаціональний аудит проведений в Сполученому Королівстві Великобританії та Північної Ірландії (Сполучене Королівство) виявив смертність при шлунково-кишкових

кровотечах на рівні 7% при первинному зверненні, та 26% у пацієнтів, що вже були госпіталізовані з приводу іншої патології [5, 13]. Незважаючи на те, що дані аудиту встановили, що більшість смертей були викликані загостренням та ускладненим перебігом супутньої патології, оцінюється, що 20% смертей при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту були викликані саме крововтратою [16].

За даними матеріалів ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», випадки госпіталізації з приводу шлунково-кишкової кровотечі в Україні: 2013 – 48,2; 2014 – 42,7; 2012 – 45 випадки на 100,000 населення відповідно. В залежності від етіологічного фактора, летальність досягає від 3 до 50%.

Рецидив кровотечі є актуальною проблемою в лікуванні кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, трапляється в 16 % випадків неварикозних кровотеч, та 25 % варикозних кровотеч, та є одним з головних передвісників смертності [15].

Гемотрансфузійна терапія є однією з основних складових лікування кровотеч, в тому числі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Однак, доцільність та об'єм необхідної гемотрансфузії для тих чи інших випадів шлунково-кишкової кровотечі неодноразово переоцінювалися за останні 100 років.

За даними десятирічного спостереження за обігом препаратів крові в Сполученому Королівстві, апроксимовано 43% випадків госпітального лікування кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту супроводжувались призначенням еритроцитарної маси. При цьому, схильність до призначення препаратів крові (еритроцитарної маси) варіює між центрами, відділами та навіть окремими окремими клініцистами на рівні 23% - 84% [31].

В більшості випадків, рішення прийняте клініцистом щодо переливання еритроцитарної маси має на меті досягнення гемоглобіну рівня, при якому, на думку клініциста, ризик анемії та її наслідків перевищує ризик пов'язаний з гемотрансфузією.

Таке сприйняття «гранично-низького рівня гемоглобіну», досягнення якого зумовлює потребу до трансфузійної терапії, є суб'єктивним, а отже - не досконалим. Однак, такий погляд пояснюється конкретними цілями: підтримувати гемоглобін на «небезпечному» рівні на випадок рецидиву кровотечі, зменшити тяжкість та полегшити перебіг анемії, запобігти ускладненому перебігу супутньої патології, викликаній гострою анемією.

Існує ряд факторів, що обмежує широке та безконтрольне застосування препаратів крові в практичній медицині. По-перше, переливання еритроцитарної маси є лікувальним заходом, що може супроводжуватись побічними ефектами. Трансфузійна трансмісія інфекції, гостре пошкодження легень викликане трансфузією, гемолітичні реакції є добре вивченими, але досить рідко трапляються. Циркуляторне перенавантаження, прозапальний ефект, трансфузія донорських лейкоцитів, посттрансфузійна пурпура, явища викликані тривалим зберіганням еритроцитів є менш вивченими, але також можуть виникати [10, 11].

По-друге, в умовах сучасної економічної ситуації, прогресивного зменшення запасів донорської крові, невідповідності потреби в компонентах крові до реально існуючих запасів, компоненти крові (еритроцитарна маса в т.ч.) стали дефіцитом та потребують суворого обліку та найбільш раціонального використання.

Враховуючи невизначенність показань до застосування гемотрансфузії в лікуванні кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, можливі небажані наслідки асоційовані з гемотрансфузією, дефіцит запасів препаратів крові, нагальним є пошук та вдосконалення доказової бази, щодо безпечного та найбільш ефективного застосування препаратів крові у випадку шлунково-кишкової кровотечі.

В даній статті наведено огляд існуючих на даний момент знань, що базуються на доказових дослідженнях, присвячених застосуванню еритроцитарної маси при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Окрім того, в статті наведені посилання на клінічні рекомендації та протоколи України, та англомовних держав (Сполучене Королівство, США, Канада) щодо переливання еритроцитарної маси при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Огляд досліджень та історична довідка. В 2002 році в Сполученому Королівстві були видані рекомендовані алгоритми лікування кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, згідно яких, показом до переливання еритроцитарної маси було визначено рівень гемоглобіну менше 10 g/dL [24]. Дані рекомендації були засновані на дуже обмеженій доказовій базі знань, що існували на той період, та представляли собою більше експертну думку, аніж обґрунтовані доказові дослідження.

2 роки пізніше, були видані клінічні рекомендації лікування кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту Канади. В останніх, через визнання відсутності необхідного рівня доказовості, проблема обрання гемотрансфузійної тактики не висвітлювалася [3].

Кокранівський системний огляд присвячений аналізу даних щодо гемотрансфузійних стратегій при шлунково-кишкових кровотечах був проведений в 2008 та 2010 роках. Даний огляд включав опис трьох рандомізованих контрольованих досліджень трансфузійних (переливання еритроцитарної маси) стратегій у пацієнтів з кровотечею з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Самовизнаним недоліком огляду було те, що в дослідженнях приймала занадто мала група пацієнтів (загалом 93 особи). В огляді було вказано, що всі три дослідження мали значні недоліки в методології дослідження. Кінцевим висновком Кокранівського огляду було те, що на момент публікації не існувало достовірно значущих доказів з достатньою статистичною достовірністю та достатнім розміром вибірки, на які можливо було б посылатися при визначенні тактики трансфузії еритроцитарної маси при шлунково-кишкових кровотечах. Було зазначено про практичну необхідність негайного проведення подвійних-сліпих рандомізованих мультицентрових досліджень на великій когорті пацієнтів [14].

В 2012 році, були опубліковані дані двох мета-аналізів, які представили порівняння наслідків переливання крові при кровотечах будь-якої етіології. Принциповою новизною даних мета-аналізів було намагання згрупувати та проаналізувати усі опубліковані на той час дослідження, що мали на меті дослідити та визначити критерії до переливання еритроцитарної маси при кровотечах, незалежно від локалізації та етіологічного чинника кровотечі. Дані мета-аналізи ставили на меті визначити при досягненні яких показників гемоглобіну найбільш доцільно розпочати переливання еритроцитарної маси. В даних мета-аналізах були визначені принципи «ліберального» та «рестриктивного» підходів щодо рішення про необхідність гемотрансфузії. Загалом, в групі з рестриктивним підходом, показник гемоглобіну при якому виконувалась гемотрансфузія був на 1.5% менший за показник гемоглобіну ліберальної групи. За результатами оглянутої літератури, було показано, що при «рестриктивному» підході до визначення показів до переливання еритроцитарної маси, знижується ліжко-день, рівень та частота ускладнень. Таке відкриття було принципово новим висновком на той час, адже не лише виправдовувало більш обмежене використання препаратів крові через їх дефіцит, але і визначало схильність до вибору менш низьких показників гемоглобіну, з метою зниження вірогідності ускладнень. Однак, в аналіз були включені найрізноманітніші випадки кровотеч, більшість складала кровотечі з магістральних судин кінцівок внаслідок травматичних пошкоджень. Тільки приблизно 1% всіх пацієнтів, що були включені в аналіз мали гостру шлунково-кишкову кровотечу, що ставило під сумнів можливість використовувати отримані висновки при визначенні тактики в лікуванні шлунково-кишкових кровотеч [7, 8].

Одним з перших досліджень, що порівнювало підходи до визначення порогу для переливання еритроцитарної маси було Шотландське ретроспективне дослідження на 1340 особах з не-варикозними кровотечами проведене Таха та співавторами. За даними аналізу було визначено, що при кровотечах з падінням гемоглобіну не нижче 10,0 g/dL рішення про переливання еритроцитарної маси збільшує вірогідність смерті. Переливання крові при гемоглобіні >10,0 g/dL, було визначено незалежним предиктором смерті; незалежно від віку, показників шкал Charlson та Rockall [30].

Схожого висновку дійшли канадські вчені Restellini та співавтори, які в дослідженні на 1677 особах з кровотечею з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту довели, що у пацієнтів з рівнем гемоглобіну більше 8 g/dL, після епізоду шлунково-кишкової кровотечі, рішення про гемотрансфузію може мати більше небажаних наслідків, аніж дати очікуваний лікувальний ефект [26]. Британське дослідження на когорті з 4441 пацієнтів, проведене Hearnshaw та співавторами довело, що у групи пацієнтів з шлунково-кишковою кровотечею з показниками гемоглобіну <8 g/dL, яким переливалась еритроцитарна маса, частіше траплялися рецидиви кровотечі та вищими були показники смертності, у порівнянні з групою пацієнтів, яким не проводилась гемотрансфузія [12]. Обидва дослідження були ретроспективними за своєю природою, хоча і включали значну групи досліджених. Обидва дослідження дійшли висновку про необхідність проведення рандомізованого порівняння наслідків гемотрансфузії при різних порогових показниках гемоглобіну.

Згодом, дослідниками (Villanueva та співавтори) з Барселони (Іспанія) було опубліковане перше широке рандомізоване дослідження хворих з кровотечею з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту яким проводилось переливання еритроцитарної маси. До першої групи,

чисельністю 461 пацієнт були включені ті, у яких пороговим значенням для переливання еритроцитарної маси було визначено гемоглобін <7g/dL. До групи порівняння були зараховані 460 хворих, у яких переливання еритроцитарної маси проводилось при гемоглобіні <9g/dL. За 6 тижнів спостереження було виявлено, що хворі з не-варикозними кровотечами не різнилися за показниками смертності, але ризик рецидиву кровотечі був вищий у групі <9g/dL. Іншим відкриттям було те, що у хворих з кровотечею з варикозно розширених вен спостерігалось зменшення випадків як рецидиву, так і показників смертності у групі у <7g/dL. Висновок авторів полягав у рекомендації не проводити переливання еритроцитарної маси при шлунково-кишкових кровотечах, до досягнення гемоглобіном показників <7g/dL [33].

Останнім, найбільш вагомим доказовим дослідженням, що ставило на меті визначення порогових показників гемоглобіну для переливання еритроцитарної маси при шлунково-кишкових кровотечах було рандомізоване багатоцентрове дослідження проведене Jairath та співавторами, більш відоме як TRIGGER trial (PTU 184 Restrictive versus Liberal Blood Transfusion for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: Cluster Randomised Feasibility Trial) [16]. Згідно кластерного розподілу, 6 шпиталів у Великобританії, що взяли участь в дослідженні, були розподілені на ті, що застосовували «рестриктивний» підхід до прийняття рішення про переливання еритроцитарної маси (гемоглобін <8g/dL) та «ліберальний» підхід (гемоглобін <10g/dL). За даними дослідження, хворі з пороговим значенням переливання еритроцитарної маси <8g/dL мали кращий сукупний прогноз перебігу хвороби.

Перевагами дослідження TRIGGER над дослідженням Villanueva викладені нижче. По-перше, в дослідженні Villanueva 31% хворих мали цироз печінки у порівнянні з 10% в дослідженні TRIGGER; Розподіл хворих в дослідженні TRIGGER є більш репрезентативним для держав західного світу та для України. По-друге, дослідження TRIGGER включало хворих з ішемічною хворобою серця, гострим порушенням мозкового кровообігу, периферичною васкулопатією, що було критеріями виключення з дослідження в роботі Villanueva. По-третє, в дослідженні TRIGGER було доведено, що ризик смерті вищий в «ліберальній» групі серед хворих з виразковими кровотечами. Такий висновок є вкрай важливим, адже більшість кровотеч в Європі та Україні мають виразкову етіологію. По-четверте, дані дослідження Villanueva базувалися на результатах отриманих в одному шпиталі, тоді як TRIGGER включало 6 різних шпиталів та мало кластерну рандомізовану систему відбору хворих.

Таким чином, дослідження Villanueva та TRIGGER на даний момент є найбільш доказовими щодо визначення порогових для переливання еритроцитарної маси значень гемоглобіну при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Огляд сучасних діючих національних протоколів та рекомендацій. Згідно національних рекомендацій США, при шлунково-кишкових кровотечах, цільовий показник гемоглобіну для переливання еритроцитарної маси не повинен сягати >7 g/dl, але має бути більшим у разі наявності клінічних даних за наявність супутньої патології, такої як ішемічна хвороба серця (умовні рекомендації, низька чи помірна якість даних) [21].

Національний Інститут Клінічної Бездоганності (NICE), організація, що відповідає за видання клінічних протоколів для державних медичних закладів Англії, рекомендує використовувати клінічні покази до переливання еритроцитарної маси при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, аніж використовувати порогові показники гемоглобіну. NICE вказує також на те, що надмірне призначення препаратів крові може мати не менше небажаних ефектів у порівнянні з недостатнім та невчасним переливанням. Спираючись на дані досліджень Villanueva та TRIGGER, NICE вказує що переливання при пороговому значенні гемоглобіну менше за 7g/dl, несе менше ризиків, аніж при гемоглобіні менше за 9g/dl [22].

Національні рекомендації Шотландії дають ще менш визначні дані щодо порогових значень для переливання еритроцитарної маси. Цей розділ рекомендацій зводиться до того, що розгляд питання про переливання кровозамінних препаратів має бути розпочато при втраті 30% чи більше крові²⁸. Рекомендації прийняті в Канаді вказують на наступний алгоритм [4]: У пацієнтів, у яких відсутня патологія коронарних судин (та/або ознаки гіперфузії тканин, гостра кровотеча, що продовжується), переливання еритроцитарної маси необхідно розпочинати при досягненні гемоглобіном рівня менш ніж 7g/dl. Цільовим показником гемоглобіну має бути 7-9g/dl. Національні рекомендації України пропонують більш детальним алгоритмом дій [2]. Останній наведений нижче:

Покази до гемотрансфузії мають визначатися в залежності від ступеня крововтрати. Переливання еритроцитарної маси є частиною багатокомпонентної програми інфузійно-

трансфузійної терапії. Клас крововтрати II: дефіцит ОЦК 21-30%. Додатково до ресусцитації кристалоїдами, колоїдами, переливання еритроцитарної виконується з розрахунку 5-10мл/кг маси тіла, за наявності попередньої анемії. Клас крововтрати III: дефіцит ОЦК 31 – 40% – Додатково до ресусцитації кристалоїдами, колоїдами, переливання еритроцитарної виконується з розрахунку 10-15мл/кг маси тіла. Клас крововтрати IV: дефіцит ОЦК понад 40% –гемотрансфузія обов'язкова з розрахунку 15-20 мл/кг маси тіла.

Показання до гемотрансфузії: - еритроцитарну масу завжди слід призначати при рівні гемоглобіну, меншому за 7g/dL; - еритроцитарну масу не призначають при рівні гемоглобіну, більшому за 10g/dL; - визначення потреби у гемотрансфузії при проміжному рівні гемоглобіну (7g/dL –10g/dL) базується на: - ознаках ішемії органів, які тривають;- потенційній або активній кровотечі (температура та об'єм), що триває;- внутрішньосудинному статусі хворого (коагулопатія); - факторах ризику (ускладнення або неадекватна оксигенація, свідченням чого є низький кардіопульмональний резерв і високе споживання кисню).

Останніми міжнародними рекомендаціями є рекомендації Європейської спільноти гастроінтестинальної ендоскопії по діагностиці та лікуванні не-варикозних шлунково-кишкових кровотеч, що ґрунтуються на дослідженнях Villanueva та TRIGGER. Видані в кінці 2015 роки ці рекомендації підсумовують усі останні досягнення науки в досліджуваній сфері. За даними спільноти, при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту необхідно підтримувати гемоглобін на рівні 7g/dL – 9g/dL. Вищий цільовий рівень гемоглобіну дозволений при вираженій супутній патології (наприклад, ішемічна хвороба серця) [9].

Висновки

1. Враховуючи вищевикладений огляд: На сьогоднішній день відсутні дослідження, які б забезпечували високий рівень достовірності в питанні визначення чітких показів до проведення гемотрансфузійної терапії при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та на які можливо було б спиратися при формуванні національних протоколів.
2. До сьогоднішнього дня, клінічне дослідження TRIGGER має найбільшу доказовість того, що у разі кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, переливання еритроцитарної маси при показниках гемоглобіну <7g/dL у порівнянні з переливанням еритроцитарної маси при показниках гемоглобіну <9g/dL, більш безпечно для пацієнта, асоційоване з меншим ризиком небажаних наслідків. Спираючись на ці дані, доцільним є визначити рівень гемоглобіну <7g/dL, як такий, що потребує особливої уваги та виправдовує рішення про переливання еритроцитарної маси.
3. Інтегроване оцінювання хворого, включаючи врахування супутньої патології та клінічних показників є більш виправданим у порівнянні з однобічним оцінюванням порогової межі рівня гемоглобіну при прийнятті рішення щодо проведення гемотрансфузії.
4. Проведення рандомізованого контрольованого клінічного дослідження III фази з вивчення показників необхідності гемотрансфузії необхідно для формування рекомендацій більш високого рівня доказовості.
5. Існуючі національні та міжнародні рекомендації не мають достатньо високого рівня доказовості, отже можуть бути використані при прийнятті рішення клініцистом, однак не можуть розглядатися, як беззастережливе розпорядження до дії. Індивідуальний підхід, врахування клінічної ситуації, врахування об'єктивних можливостей медичного центру щодо проведення надійного хірургічного (ендоскопічного чи інтраартеріального) гемостазу мають бути враховані клініцистом під час прийняття рішення про необхідну гемотрансфузію.

Список літератури

1. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі: методичні рекомендації / Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи МОЗ України.-Київ, - 2012.- 42 с.
2. Ahsberg K. Impact of aspirin, NSAIDs, warfarin, corticosteroids and SSRIs on the site and outcome of non-variceal upper and lower gastrointestinal bleeding / K. Ahsberg, P. Hoglund, W. H. Kim [et al.] // Scand J Gastroenterol.-2010.-№45. -P.1404–1415.
3. Barkun A. N. A Canadian clinical practice algorithm for the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / A. N. Barkun, C. A. Fallone, N. Chiba [et al.] // Can J Gastroenterol.- 2004. - №18 (10).-P.605-609.
4. Barkun A. N. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / A. N. Barkun, M. Bardou, E. J. Kuipers [et al.] // Ann Intern Med.-2010. - №152.-P.101-113.
5. Button L.A. Hospitalized incidence and case fatality for upper gastrointestinal bleeding from 1999 to 2007: a record linkage study / L.A. Button, S.E. Roberts, P.A. Evans [et al.] // Aliment Pharmacol Ther.-2011.-№33.-P.64–76.
6. Czernichow P. Epidemiology and course of acute upper gastro-intestinal haemorrhage in four French geographical areas / P. Czernichow, P. Huchain, J.B. Noursbaum [et al.] // Eur J Gastroenterol Hepatol.-2000.-№12.-P.175–181.
7. Carson J.L. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion / J.L. Carson, P.A. Carless, P.C. Hebert // Cochrane Database Syst Rev - 2012.-4 p.

8. Carson J.L. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB / J.L. Carson, B.J. Grossman, S. Kleinman [et al.] // *Ann Intern Med.*-2012.-№157.-P.49-58.
9. Gralnek I.M. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline / I.M. Gralnek, J.M. Dumonceau, E.J. Kuipers [et al.] // *Endoscopy.*-2015.-№47(10).-P.2-3.
10. Hebert P.C. Clinical outcomes following institution of the Canadian universal leukoreduction program for red blood cell transfusions / P.C. Hebert, D. Fergusson, M.A. Blajchman [et al.] // *JAMA.*-2003.-№289.-P.1941-1949.
11. Ho J. Chin-Yee Effects of storage on efficacy of red cell transfusion: when is it not safe? / J. Ho, W.J. Sibbald, I.H. Chin-Yee // *Crit Care Med.*-2003.-№31 (12 Suppl).-P. 687-697.
12. Hearnshaw S.A. Outcomes following early red blood cell transfusion in acute upper gastrointestinal bleeding / S.A. Hearnshaw, R.F. Logan, K.R. Palmer [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther.*-2010.-№32.-P.215-224.
13. Hearnshaw S.A. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit / S.A. Hearnshaw, R.F. Logan, D. Lowe [et al.] // *Gut.*-2011.-№60(10).-P.1327-1335.
14. Jairath V. Red cell transfusion for the management of upper gastrointestinal haemorrhage / V. Jairath, S. Hearnshaw, S.J. Brunskill [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev* - 2010.- P.9-13.
15. Jairath V. Acute upper gastrointestinal bleeding- why do patients die? / V. Jairath, R. Logan, S. Hearnshaw [et al.] // *Gastroenterology.*- 2010.-№138(5;S1).-P.637-638.
16. Jairath V. Improving outcomes from acute upper gastrointestinal bleeding / V. Jairath, A.N. Barkun // *Gut.*-2012.-№61 (9).-P.1246-1249.
17. Jairath V. PTU-184:Restrictive Versus Liberal Blood Transfusion For Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: Cluster Randomised Feasibility Trial / V. Jairath, B. Kahan, A. Gray [et al.] // *Gut.*-2014.-№63 (Suppl 1).-P.119-120.
18. Longstreth G. F. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study / G.F. Longstreth // *Am J Gastroenterol.*-1995.-№90.-P.206-210.
19. Loperfido S. Changing trends in acute upper-GI bleeding: a population-based study / S. Loperfido, V. Baldo, E. Piovesana [et al.] // *Gastrointest Endosc.*-2009.-№70.-P.212-224.
20. Lanas A. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice / A. Lanas, L.A. Garcia-Rodriguez, M. Polo-Tomas [et al.] // *Am J Gastroenterol.*- 2009.-№104.-P.1633-1641.
21. Laine L. Management of patients with ulcer bleeding / L. Laine, D.M. Jensen // *Am J Gastroenterol.*-2012.-№107 (3), P.345-360.
22. Evidence update 63. Acute upper gastrointestinal bleeding: management: clinical guideline 141 / National Institute of Clinical Excellence.-London, - 2014.-P.7-8.
23. Paspatis G. A. An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece / G. A. Paspatis, E. Matrella, A. Kapsoritakis [et al.] // *Eur J Gastroenterol Hepatol.*- 2000.-№12.-P.1215-1220.
24. Palmer K. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines of the British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee / K. Palmer // *Gut.*-2002.-№51 (Suppl 4).-P.1-6.
25. Rockall T.A. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage / T.A. Rockall, R. F. Logan, H. B. Devlin [et al.] // *BMJ*-1995.-№311.-P.222-226.
26. Restellini S. Red blood cell transfusion is associated with increased rebleeding in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / S. Restellini, O. Kherad, V. Jairath [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther.*-2013.-№37.-P.316-322.
27. Management of Acute Upper and lower gastrointestinal bleeding: clinical guideline No. 105 / Scottish Intercollegiate Guidelines Network.-Edinburgh, - 2008.-P.12-13.
28. Theocharis G. J. Changing trends in the epidemiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding in a defined geographical area in Greece / G. J. Theocharis, K. C. Thomopoulos [et al.] // *J Clin Gastroenterol.*-2008.-№42.-P.128-133.
29. Thomopoulos K. C. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years / K.C. Thomopoulos, K. A. Vagenas, C. E. Vagianos [et al.] // *Eur J Gastroenterol Hepatol.*-2004.-№16.-P.177-182.
30. Taha A. S. Mortality following blood transfusion for non-variceal upper gastrointestinal bleeding / A. S. Taha, C. McCloskey, T. Craigen [et al.] // *Frontline Gastroenterol.*-2011.-№2.-P.218-225.
31. Tinegate H. Ten-year pattern of red blood cell use in the North of England / H. Tinegate, S. Chattree, A. Iqbal [et al.] // *Transfusion.*-2013.-№53(3).-P.483-489.
32. UK Comparative Audit of Upper Gastrointestinal Bleeding and the Use of Blood: Upper GI Bleeding Audit / British Society of Gastroenterology.-London, -2007.-P.48-52.
33. Villanueva C. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding / C. Villanueva, A. Colomo, A. Bosch [et al.] // *N Engl J Med.*-2013.-№368.-P.11-21.
34. Yavorski R.T. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities / R.T. Yavorski, R. K. Wong, C. Maydonovitch [et al.] // *Am J Gastroenterol.*-1995.-№90.-P.568-573.

Реферати

ТРАНСФУЗИОННАЯ ТАКТИКА В КЛИНИКЕ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: АКТУАЛЬНОСТЬ И ГЛУБИНА ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ

Кебкало А. Б., Трилиський Е. В., Ключко І. В., Карпенко А. В., Сикорський Н. Б.

Острые кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются одной из самых частых причин неотложных обращений при патологии органов пищеварения, имеют значительные показатели смертности, экономических затрат. Гемотранфузия является одним из ключевых элементов лечения больных с острым

TRANSFUSION STRATEGY IN THE SETTING OF ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL (GI) HAEMORRHAGE: CLINICAL IMPORTANCE AND EXTENT OF THE EVIDENCE, FUTURE SOLUTIONS

Kebkalo A., Tryliskyy Y., Kluzko I., Karpenko O., Sykorskiy N.

Acute upper gastrointestinal (GI) haemorrhage is one of the most common GI emergencies. It is associated with substantial morbidity and mortality, as well as economic cost. Blood transfusion is a prominent element in clinical management of

кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Несмотря на значительную роль гемотрансфузии при данных кровотечениях, отсутствуют детализированные алгоритмы переливания эритроцитарной массы. В данной статье выполнен обзор и анализ всех последних значимых исследований посвященных переливанию эритроцитарной массы при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В обзоре представлен также сравнительный анализ национальных рекомендаций развитых англоязычных стран и Украины в вопросе переливания эритроцитарной массы при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: гемотрансфузия, эритроцитарна масса, желудочно-кишечное кровотечение.

Стаття надійшла 13.03.2016 р.

gastrointestinal (GI) bleeding. Although the issue is of superior importance, clear evidence-based algorithms of packed red blood cells (PRBC) transfusion are absent. This review summarizes and critically appraises the most recent major published studies on the issue of PRBC transfusion in the setting of GI haemorrhage. Comparative analysis of national guidelines of developed English-speaking countries and Ukraine is also provided.

Key words: haemotrasfusion, packed red blood cells, gastrointestinal bleeding.

УДК 616.832.21 – 002 – 053.3/5

К. В. Шкіль, В. І. Ляченко, К. Ю. Прилуцький
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ШЛЯХИ ГЛОБАЛЬНОЇ ЕРАДИКАЦІЇ ПОЛІОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

У зв'язку з погіршенням епідеміологічної ситуації з поліомієліту у світі перед нами поставлено завдання не допустити випадків захворюваності на поліомієліт і вчасно виявити циркулюючий дикого вірусу, як у зовнішньому середовищі, так і серед дитячого населення. Результати аналізу статистичних і літературних даних дозволять скоригувати дії лікарів у вирішенні питання попередження захворюваності на поліомієліт серед дітей.

Ключові слова: поліомієліт, діти, профілактика.

Глобальна ініціатива по ліквідації поліомієліту у світі розпочалась в 1988 році. Вона здійснюється під керівництвом урядів країн за сприяння п'яти провідних партнерів: Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Ротарі Інтернешнл, Центрів контролю та профілактики захворювань, Дитячого Фонду ООН UNICEF, Фонду Білла і Мелінди Гейтс.

Метою роботи було перервати передачу дикого поліовірусу, досягти ліквідації поліомієліту, допомагати розвитку системи охорони здоров'я по укріпленню регулярної імунізації та систематичного епідагляду за інфекційними хворобами. Прикладом для людства є ліквідація натуральної віспи у світі. Останній епідемічний випадок фіксували у 1977р. Ліквідацію хвороби офіційно сертифіковано у 1979р.

Число випадків захворюваності на поліомієліт на сьогодні у світі знизилось, в порівнянні з 1988 роком, більш ніж на 99%. Близько 350000 випадків зареєстровано в 1988 році, тоді як у 2006р. - захворіло 1997 чоловік. У 2007 році було проведено 164 заходи щодо додаткової імунізації. У 27 країнах було імунізовано більше 400 мільйонів дітей. У 2008 році тільки чотири країни в світі – Афганістан, Індія, Нігерія і Пакистан – залишалися ендемічними по поліомієліту, тоді як у 1988р. число таких країн перевищувало 125. Україна у 2002р. після роботи моніторингової комісії ВООЗ була оголошена вільною від поліомієліту, як і інші країни Європи. Поліовірус легко імпортується в країну, яка є вільною від поліомієліту і швидко може розповсюдитись серед неімунних груп населення. Ризик зараження поліомієлітом дітей в будь-якій країні залишається до тих пір, поки в світі буде реєструватись хоч один випадок інфікування дитини даним вірусом. В 2003-2005рр. у 25 країнах вільних від поліомієліту були повторно інфіковані завезеними випадками. За повідомленнями Всесвітньої організації охорони здоров'я в світі погіршилась епідемічна ситуація з поліомієліту на 2008-2010рр. У Таджикистані станом на 1 червня 2010 року ,ЕКВ зареєстровані 564 випадки гострого в'ялого паралічу, з яких у 183 випадках лабораторно підтверджена наявність дикого поліовірусу типу 1. Випадки інфікування населення диким вірусом виявлені були і в Росії. Таджикистан експортував поліомієліт до 8 країн в тому числі і в Україну.

Території ВООЗ, вільні від поліомієліту на сьогодні: регіон Південної та Північної Америки – з 1994 року, Західно-Тихоокеанський регіон – з 2000 року, Європейський регіон – з 2002 року, Південно-Східноазійський регіон – з 2014 року. Ендемічні країни – це Афганістан, Пакистан. Завдяки роботі по вакцинації проведеної ВООЗ, Нігерія та Індія оголошені вільними від поліомієліту. Країни, які на цей час інфіковані ДПВ або ВСПВ, але з територій яких не відбувається їх "експорт" до інших країн: Гвінея, Мадагаскар, Україна, та Корейська Народно-Демократична Республіка, М'янма (список від 18 грудня 2015). Країни, які в даний час не