

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ПЕТРОВ ЮРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА КРОВОТЕЧЕНИЯ**

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

14.01.17 – хирургия

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор С.Н. Хунафин

Уфа – 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ. | 4 |
| ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. | 9 |
| 1.1 Гастродуоденальные кровотечения в структуре общей заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. | 9 |
| 1.2 Клинические и эндоскопические признаки риска рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв. | 13 |
| 1.3 Лечебная тактика при гастродуоденальных кровотечениях. | 18 |
| ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. | 24 |
| 2.1 Характеристика материала исследования. | 24 |
| 2.2 Методы обследования больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями. | 30 |
| 2.2.1 Методика определения тяжести кровопотери. | 30 |
| 2.2.2 Методика выполнения диагностической и лечебной эндоскопии | 32 |
| 2.3 Морфологические методы исследования. | 36 |
| 2.3.1 Макро-микроскопические методики исследования. | 36 |
| 2.3.2 Микроскопические методики исследования. | 37 |
| 2.4 Методы математико-статистического анализа материала. | 37 |
| ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. | 42 |
| 3.1 Диагностика желудочно-кишечных кровотечений. | 42 |
| 3.2 Факторы риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений. | 51 |
| 3.3 Локальные и индивидуальные особенности состояния ангиоархитектоники в зоне язвы желудка и двенадцатиперстной кишки | 58 |
| ГЛАВА 4. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. | 62 |

| | |
|---|-----|
| 4.1 Лечебная эндоскопия в лечении язвенных желудочно-кишечных кровотечений. | 62 |
| 4.2 Причины рецидива кровотечения из хронических гастродуоденальных язв. | 72 |
| 4.3 Хирургическая тактика при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. | 81 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ. | 98 |
| ВЫВОДЫ. | 104 |
| ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. | 105 |
| ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ. | 105 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ. | 106 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ. | 107 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности. Острые гастродуоденальные кровотечения длительное время остаются сложной и до конца не решенной медицинской проблемой (Юдин С.С., 1955; Гостищев В.К., 2005; Лебедев Н.В., 2014).

Изучения в ряде стран Евросоюза показали, что острые гастродуоденальные кровотечения наблюдаются с частотой 50–170 случаев на 100 тыс. населения. Смертность, вызванная опосредованно эпизодами кровотечения или при декомпенсации конкурирующих болезней, составляет 5–10% (Blatchford O., 2000). По предоставленным М.А. Евсеева (2009), этот показатель по г. Москве составил 17,6% (от 6,5 до 33,6%). Острые гастродуоденальные кровотечения в г. Уфа отмечаются в 15,7% случаев (Хасанов А.Г., 2009; Тимербулатов В.М., 2010).

Несмотря на значительные успехи хирургии и анестезиологии, летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях составляет 5–14%, а при рецидиве возрастает до 30–40% и не имеет тенденции к уменьшению (Луцевич Э.В., Винокуров М.М., 2008; Тимербулатов В.М., 2010). Одной из основных причин большой летальности при гастродуоденальных кровотечениях – это поздняя госпитализация.

По мнению ряда авторов, у пациентов язвенной болезнью пожилого и старческого возраста, осложненной кровотечением и высоким риском летального исхода альтернативой хирургическому вмешательству может быть остановка кровотечения и профилактика рецидива кровотечения с применением комплексного эндоскопического гемостаза (Imhof M., 2003; Гостищев В.К., 2005; Черноусов А.Ф., 2006; Плечев В.В., 2009; Галимов О.В., 2010; Ермолов А.С., 2014).

В связи с этим у некоторых хирургов возникает вопрос о пересмотре тактики оперативного лечения, аргументируя, что высокий риск рецидива кровотечения является показанием к ежедневным контрольным (по показаниям к лечеб-

ным) эндоскопиям, а рецидив кровотечения требует последующего эндоскопического гемостаза (Schoenberg M.H., 2001; Jensen D.M., 2002). Показанием к оперативным вмешательствам является последующий рецидив кровотечения. Отмечаются случаи двух- и даже многократных попыток остановки рецидивных кровотечений эндоскопическими методами. Даже настойчивые попытки остановить кровотечение, используя эндоскопические методики, приводят в результате к поздним оперативным вмешательствам, упущению подходящих сроков их выполнения и высокой летальности, достигающей у таких больных 70% (Луцевич Э.В., 2003; Imhof M., 2003).

Улучшение методов эндогемостаза внесло дополнительные варианты лечения язвенных желудочно-кишечных кровотечений (Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А., 2003; Нартайлаков М.А., Зарипов Ш.А., 2010).

Следовательно, тактика лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями остается одним из ответственных вопросов организации хирургического лечения и влиянию на исход заболевания.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Задачи исследования:

1. Определить факторы риска рецидива язвенных желудочно-кишечных кровотечений.
2. Изучить локальные и индивидуальные особенности состояния ангиоархитектоники в зоне язвенных гастродуоденальных кровотечений.
3. Разработать алгоритм диагностики и лечения больных на основе оценки тяжести течения и прогноза гастродуоденальных кровотечений.
4. Оценить значимость использования вида гастродуоденального кровотечения: артериальное или венозное, в качестве критерия для определения хирургической тактики лечения больных.

Научная новизна:

1. Впервые разработан метод оценки значимости использования вида кровотечения: артериальное или венозное, в качестве критерия для определения хи-

рургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (патент РФ на изобретение № 2407445 от 27.10.2010 г. «Способ выбора тактики лечения острых гастродуоденальных кровотечений»).

2. Установлены факторы риска рецидива гастродуоденального кровотечения, на основании которых разработан алгоритм введения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением.

3. Определена значимость изменения состояния ангиоархитектоники в зоне язвенных поражений в угрозе рецидива кровотечения.

Теоретическое и практическое значение работы:

1. Внедрен в клиническую практику метод оценки значимости использования вида кровотечения: артериальное или венозное, в качестве критерия для выбора хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

2. Разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм диагностики, источника и степени кровопотери, введение и прогнозирование язвенных гастродуоденальных кровотечений.

3. Применением разработанных методов диагностики и хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями достигнуто снижением общей летальности до 5,9%.

Методология и методы исследования. Работа основана на исследовании морфологических и гистологических состояний сосудов и архитектоники в зоне язвы, на результатах клинических ретроспективных и проспективных исследований пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. В работе был применен комплекс общеклинических методов исследования.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Определение факторов риска рецидива кровотечения помогает своевременно выставлять показания к выполнению хирургического лечения.

2. При локализации язв на задней стенке кардиального отдела и тела желудка, а также на задней стенке двенадцатиперстной кишки, как правило, происходит аррозия крупных ветвей левой желудочной или желудочно-двенадцатиперстной артерий, что способствует возникновению рецидива кровотечения.

3. Использование разработанного алгоритма диагностики и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений позволяет улучшить результаты лечения таких больных.

4. Вид и степень кровопотери являются объективными критериями оценки тяжести кровотечения и выбора хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Достоверность результатов выполненного исследования подтверждается репрезентативной численностью групп клинических наблюдений, использованием при выполнении исследования новых технологий оказания медицинской помощи пациентам, а также применением современных методов статистической обработки полученных данных.

Внедрение результатов исследования. Тема диссертации входила в план научных исследований Башкирского государственного медицинского университета. Материалы диссертации используются в учебной и научно-исследовательской работе на кафедре скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Результаты проведенных научных исследований внедрены в клиническую практику отделений эндоскопической, абдоминальной хирургии ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа, хирургические отделения ГБУЗ РБ Стерлибашевского ЦРБ и ГБУЗ РБ Давлекановского ЦРБ.

Апробация работы. Материалы диссертации были доложены и обсуждены на общепольничной конференции хирургов ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа (2009); на научно-практической конференции молодых ученых (Уфа, 2009); на VI Всероссийской конференции общих хирургов (Тверь, 2010); на заседании Ассоциации хирургов Республики Башкортостан (Уфа, 2010; 2013).

Публикация результатов исследований. Опубликовано 15 научных работ, в том числе 4 в рецензируемом журнале ВАК, получен 1 патент РФ на изобретение.

решение № 2407445 от 27.10.2010 г. «Способ выбора тактики лечения острых гастродуоденальных кровотечений».

Личный вклад автора в проведенное исследование. Автором лично осуществлены сбор и анализ материалов по теме диссертационного исследования, планирование и выполнение собственно исследовательской работы. Составлены практические рекомендации и сформированы выводы на основании проведенной аналитической и статистической обработки полученных данных.

Связь с планом научных исследований. Тема диссертации утверждена на заседании № 6 от 10 апреля 2012 года Ученого совета Института дополнительного последиplomного образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и связана с планом научно-исследовательской работ университета.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 136 страницах печатного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована 25 таблицами, 15 рисунками. Библиографический список содержит 184 работы отечественных и 95 работ зарубежных авторов.

ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Острые язвенные гастродуоденальные кровотечения – одна из сложных и наиболее распространенных в экстренной хирургии и гастроэнтерологии заболеваний. Число пациентов, у которых возникают язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК), стабильно увеличивается и составляет 90–103 на 100000 взрослого населения в год, несмотря на общепризнанную эффективность современных противоязвенных средств [41, 124, 259]. Статистические данные других авторов также свидетельствуют ежегодное увеличение числа желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) при язвенной болезни [7, 46, 48]. По литературным данным зарубежных ученых десятилетний рост числа случаев гастродуоденальных язвенных кровотечений превысил 100% [201, 239]. В Америке по причине желудочно-кишечных кровотечений госпитализируется до 300 тыс. больных [241]. В странах Европы желудочно-кишечные кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта составляет 48–144 человека на 100000 населения [84, 226, 244, 263, 270]. В Италии и Великобритании – 103 на 100000 населения [253, 276]; а в западной Шотландии – 172 на 100000 населения [209].

Острые гастродуоденальные кровотечения могут начаться на фоне более 100-120 заболеваний. Непосредственной причиной кровотечения у большинства больных служит язва или эрозия [61, 63, 75, 84, 102]. По данным некоторых статистических исследований язвенные кровотечения составляют от 27,1 до 77,2% от всех желудочно-кишечных кровотечений [140, 142]. Другие исследователи

приводят более точные данные, собранные на основе собственных исследований. По данным А.И. Горбашко и А.А. Крылова на долю язвенных кровотечений приходится до 52,76% от общего числа всех кровотечений [75, 81]. Свою стабильность эти показатели сохраняют в исследованиях других авторов. По Ю.М. Панцыреву (2003) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является причиной 42–47% всех гастроинтестинальных кровотечений. Б.С. Брискин рассматривая опыт лечения более 2000 больных, подтверждает, что язвенная болезнь явилась причиной кровотечений в 46,7% случаев [19]. По данным В.Н. Сацукевича – 45% составляют язвенные гастродуоденальные кровотечения от общего числа всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [61, 63, 138, 139, 154]. Международные исследователи свидетельствуют на то, что язва гастродуоденальной зоны возникает источником кровотечения в 40% случаев [226, 253, 276].

Острые желудочно-кишечные кровотечения, стабильно занимают лидирующее место, обгоняя по этому показателю язвенные перфорации [63, 102, 201, 227, 228]. Желудочно-кишечные кровотечения осложняют течение язвенной болезни в 10–15% наблюдений. Как показывает комплексный анализ всех осложнений язвенной болезни, гастродуоденальные язвенные кровотечения наблюдаются у 4,2–16% больных [84, 195]. У 5–25% больных, страдающих язвенной болезнью, возникает это осложнение. В общем, эти данные во многом похожи со статистическими данными С.А. Григорьева – 15–21% [44, 45, 244, 247].

Актуальность проблемы сказывается в летальности при этом осложнении язвенной болезни. Общая смертность и послеоперационная смертность является главным критерием эффективности лечебной тактики. До сих пор, уровень смертности при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях остается на определенно высоком уровне, и по данным различных авторов сохранялся в пределах от 10 до 30% [16, 102]. Совершенствование противоязвенной терапии, активная диагностическая и активная хирургическая тактика способствовали существенному снижению этих показателей – от 5 до 10% [44, 84, 124, 209, 241, 276]. Уровень смертности иногда не достигал 5% отметки и оставался в пределах 3,7%

[142]. Значительной особенностью язвенных гастродуоденальных кровотечений является склонность к возникновению рецидивного кровотечения у многих больных, что повышает риск летального исхода в 10–20 раз [48, 270]. В то же время нужно заметить, что среди умерших превалируют пациенты старших возрастных групп (лица старше 60 лет), клинические данные которых осложнены наличием сопутствующих заболеваний. Смертность у больных этой возрастной группы составляет 40–55% и не имеет тенденцию к снижению [84, 102, 221, 241, 253, 276]. В структуре общей летальности превалирует послеоперационная летальность, что чаще всего связано с оперативным вмешательством на высоте кровотечения, критической кровопотерей, сердечно-сосудистой недостаточностью, послеоперационным перитонитом [13]. Высокий уровень осложнений и летальности во многом определяют отсутствие общепринятой концепции лечения острых ЯГДК, разногласия в обосновании показаний и оптимальных сроков операции, объема оперативного вмешательства, роли методов временного гемостаза через эндоскоп [7, 201, 207].

На современном этапе важной задачей практической медицины является актуальность изучаемой проблемы, вопросы прогнозирования и профилактики язвенных желудочно-кишечных кровотечений. Стремление прогнозирования кровотечений из язв гастродуоденальной зоны и их рецидивов многократно предпринимались многими исследователями [135, 231]. В качестве существенных критериев прогноза и профилактики ЯГДК анализировались локализация и размер язвенного дефекта, а так же пол и возраст пациентов [44, 138].

Непосредственно по локализации источника кровотечения, авторы выделяют язву желудка, язву двенадцатиперстной кишки, сочетанную форму язвенной болезни, язву анастомоза (рецидивную язву). Язва двенадцатиперстной кишки является источником кровотечения в 69,4% случаев, язва желудка – 24%, 2,8% – сочетанная язва, 3,8% – язва анастомоза [116,124]. Преимущество дуоденальной локализации источника кровотечения отмечаются исследованиями и других авторов. Так, по данным Ю.М. Панцырева, А.И. Михалева, И.И. Бачева (2005), острое кровотечение у 51,6% пациентов было вызвано язвенной болезнью двена-

дцатиперстной кишки, 44,1% – язвенной болезнью желудка, 3,1% – сочетанной язвой, 1,2% – язвой гастроэнтероанастомоза [13, 116, 124]. По статистическим данным Ю.М. Стойко и Г.К. Жерлова сохраняется аналогичное соотношение – кровотечение у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выявлено в 63% случаев, с язвенной болезнью желудка – в 30,3% случаев, сочетанная локализация – в 4,2% случаев [62, 63, 155]. По локализации чаще всего кровотечением осложняются дуоденальные язвы, которые находятся на задней стенке и в послелуковичном отделе. Это, скорее всего, обусловлено расположением здесь крупных ветвей желудочно-двенадцатиперстнокишечной артерии, тонким подслизистым и мышечным слоем [13, 84]. Локализацией кровоточащих язв в желудке преимущественной является тело желудка, в 3–4 см от большой и малой кривизны, где ветви желудочных артерий идут не разделяясь, сквозь мышечную основу в подслизистый слой. Аналогичная частая расположение желудочных язв, как с кровотечением, так и без него, может иметь следующее пояснение. Малая кривизна является «пищевой дорожкой», и поэтому легко травмируется, железы ее слизистой оболочки выделяют наиболее активный желудочный сок, стенка в большей степени богата рецепторными приборами и наиболее реактивна, но складки ригидные (негибкие) и при сокращении мышечного слоя не в состоянии закрыть дефект. С этими явлениями связано плохое заживление острой язвы этой локализации и наиболее частое развитие кровотечений. Именно поэтому такая локализация язв желудка, а так же их сочетание с язвами желудка другого расположения, может рассматриваться как один из факторов риска развития желудочно-кишечных кровотечений [211]. Кровотечение чаще наблюдаются из язв желудка находящиеся в основном на малой кривизне (94,3%), из них 56,6% – в области средней трети тела желудка, 19,5% – в верхней трети тела желудка, 18,6% – в пилорическом и антральном отделах, 5,3% – множественные язвы [124]. Прогностическим неблагоприятным, с точки зрения размера язвенного дефекта является размер дуоденальной язвы более 1 см, а желудочной язвы – более 2 см [44].

Среди больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями преобладают мужчины, в возрастных группах от 20 до 59 лет (58,3%), т. е. в возрасте наибольшей творческой и трудовой активности. Соотношение мужчин и женщин при язвенном гастродуоденальном кровотечении составляет в среднем 3:1, что подтверждает о большей предрасположенности мужчин к развитию кровотечений [134, 135]. В исследованиях А.И. Станулиса с соавторами (2001), средний возраст больных составил $52 \pm 3,1$ г., мужчин было 72,9%, женщин 27,1% [62, 124, 154]. Данные других исследователей указывают эту точку зрения. Кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки встречались у мужчин и женщин соответственно в 80,5 и 19,5% всех случаев [209, 253, 276]. Распределение по возрасту было следующим: до 30 лет – 7,9%, 30–39 лет – 23,6%, 40–49 лет – 24,8%, 50–59 лет – 24,4%, 60 лет и старше – 19,3% [84, 261, 270].

Таким образом, рассматривая распространенность язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, уровень летальности, можно сделать предварительный вывод, что язвенные желудочно-кишечные кровотечения занимают первое место в структуре осложнений язвенной болезни и сопровождаются стабильно высокими показателями смертности, а группу риска составляют мужчины трудоспособного возраста 40–50 лет, что является актуальностью данной проблемы.

1.2 КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РИСКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Когда острое желудочно-кишечное кровотечение продолжается или в случае его неудачной эндоскопической остановки, а также при рецидиве кровотечения преобладающее большинство авторов рекомендует неотложное (экс-

тренное) оперативное вмешательство [62, 63, 81]. В случае спонтанной или эндоскопической остановки кровотечения из хронической язвы возможность его рецидива зависит от многих клинических факторов и эндоскопической характеристики источника кровотечения [101, 104, 251, 271]. При этом основываются различные клиничко-эндоскопические критерии прогноза рецидива кровотечения [146, 167].

Наиболее важным прогностическим критерием в возникновении рецидива является тяжесть кровопотери до поступления [43, 48, 66, 74, 82, 127, 257, 276]. Максимальное их количество встречаются при тяжелой и крайне тяжелой кровопотере, когда в организме происходят наиболее выраженные патофизиологические сдвиги [9, 36, 83].

Нестабильная гемодинамика указывает на возможность возобновления кровотечения и подчеркивает массивный характер кровопотери [232, 278]. Это позволяет полагать геморрагический шок одним из наиболее информативных признаков в прогнозе рецидива кровотечения [272].

Сопутствующие заболевания и пожилой возраст влияют на исход и являются дополнительными факторами риска рецидива [196, 259]. Во-первых, они снижают регенераторные и компенсаторные способности организма, а во-вторых, распространенный атеросклероз препятствует спазму аррозированного сосуда, приводя, как правило, к тяжелой кровопотере, и уменьшает эффективность эндоскопических методов гемостаза [106, 129, 151]. Прежде всего, ошибки лечебной тактики у этой категории больных ведут к резкому увеличению летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Учитывая современные тенденции, уменьшить общую летальность можно во многом благодаря улучшению результатов лечения пациентов пожилого и старческого возрастов [94].

С точки зрения прогноза рецидива кровотечения важна не только скорость, но и тяжесть кровопотери [34, 47, 177]. В.Н. Горбачев (1995) предложил находить ее как результат деления объема кровопотери на количество клинически выраженных волн кровотечения, что позволяет с высокой степенью судить об угрозе рецидива геморрагии. Автор выделял три скорости кровотечения – малую,

среднюю и высокую. Отличительной особенностью высокой скорости кровотечения является наличие коллапса во время одной из волн кровотечения. При любой тяжести кровопотери максимальное количество рецидивов возникают именно при высокой скорости кровотечения [25].

Более значимыми эндоскопическими критериями источника кровотечения являются локализация, степень и размер устойчивости гемостаза в язвенном кратере [59, 134, 232].

В источниках литературы распространено мнение, что язвы задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки и малой кривизны желудка наиболее часто осложняются рецидивом кровотечения [42, 259]. Так же, известно, что рецидив кровотечения из язв малой кривизны антрального отдела желудка встречается реже, чем из язв кардиального отдела и тела желудка [65, 83]. По данным, А.М. Хаджибаева и соавт. (2005) опасным расположением язвы желудка является проекция перфорантных сосудов, расположенных на его передней и задней стенках в 2–4 см от большой и малой кривизны. Исследованиями D. Voth (1962) было сказано, что параллельно малой и большой кривизне желудка, в 3–4 см от них, располагается зона шириной 1–2 см, где первичные ветви желудочных артерий погружаются в стенку желудка и идут в подслизистую основу. Другие авторы доказывают, что ангиоархитектоника сосудов малой кривизны желудка имеет более сложное строение [64, 112, 125], что во всей видимости, во многом обуславливает разную частоту рецидивов при кровотечениях из различных отделов желудка, так как возникновение рецидива зависит от диаметра аррозированного сосуда [139].

Клинически важным является кровотечение изнутри, а при пенетрации из внеорганных артерий желудка [52, 141, 210, 236]. 80% кровоточащих артерий имеют наружный диаметр в среднем 0,7 мм и 2/3 из них являются субмукозными [201, 235]. Таким образом, хронические язвы, находящиеся в проекции левой желудочной и желудочно-двенадцатиперстной артерий и их первичных ветвей, имеют большую вероятность возникновения кровотечения. Поэтому, в клинической практике требуются уточнения локальных особенностей ангиоархитектони-

ки сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки. Наиболее значимым в прогнозе рецидива кровотечения является диаметр кровоточащего сосуда. Все больше появляются сообщения об использовании эндоскопической доплеровской ультрасонографии. Целью эндоскопической доплеровской ультрасонографии является уточнение размера тромбированного сосуда. После выполнения лечебной эндоскопии, не видимых во время ФГДС, определяются крупные артерии в язвенном кратере [225, 274]. Применение методов лечебной эндоскопии и превентивное оперативное вмешательство при доплеропозитивных язвах позволяют сократить число повторных кровотечений. Меньшее число рецидивов кровотечения отмечаются при доплернегативных язвах [277].

Прогностическим признаком рецидива кровотечения является размер язвы. Так же подтверждаются различные диаметры хронических язв, возможность рецидива при которых увеличивается – от 0,7 до 2 см при язве двенадцатиперстной кишки и от 1 до 2 см при язве желудка [4, 5, 48, 104, 139]. По данным, Ю.М. Стойко и соавт. (2002), дополнительными факторами повторного кровотечения являются пептические язвы гастроэнтероанастомоза и сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Большой информационной значимостью в плане появления рецидива кровотечения является степень устойчивости гемостаза в язвенном кратере, находящаяся во время ФГДС [189, 216, 223, 262].

На сегодняшний день наиболее широкое распространение, как за рубежом, так и у нас в стране, завоевала классификация, предложенная J.A.N. Forrest et al., в 1974 году. Согласно ей выделяют продолжающееся кровотечение: F-Ia – артериальное, струйное, F-Ib – капельное, диффузное; остановившееся кровотечение с неустойчивым гемостазом: F-IIa – тромбированная артерия, F-IIb – фиксированный сгусток, F-IIc – мелкие тромбированные сосуды и остановившееся кровотечение с устойчивым гемостазом – F-III. Другие классификации выстроены по похожему принципу, но приобрели меньшее распространение [10].

При наличии в язвенном кратере признаков недавнего кровотечения встречается наименьшее число рецидивов кровотечений – 5–10% [189, 275]. Их появление обуславливают с прогрессированием некробиотического процесса в хро-

нической язве и последующем его распространением на сосуды [119, 120]. В плане появления рецидива кровотечения наиболее неблагоприятным является эндоскопическая остановка продолжающегося кровотечения, рецидивы после которой возникают 55%. Повторное появление кровотечения при наличии тромбированного сосуда и фиксированного сгустка встречаются в 30–47% случаев [232, 256, 271]. Поэтому еще недавно присутствие в дне язвы, в постгеморрагическом периоде критерия неустойчивого гемостаза, служило показанием к выполнению срочного или отсроченного хирургического лечения.

Фактором, способствующим рецидиву кровотечения, является пенетрация язвы в другие органы и структуры, сопровождающаяся полным разрушением стенки желудка или двенадцатиперстной кишки [111, 190, 222, 259]. Несмотря на это, признаки пенетрации не всегда обнаруживаются во время эндоскопического исследования [34, 73].

Некоторые исследователи применяют и другие (язвенный анамнез, пол, анамнестическое кровотечение, догоспитальный рецидив, резус-фактор и группа крови, прием НПВС и антикоагулянтов, наличие коагулопатии и /или/ печеночно-почечной недостаточности в постгеморрагическом периоде) признаки возможного рецидива кровотечения, которые по их данным, усиливают вероятность его прогноза [95, 134, 186, 254].

Образованы даже математические модели прогноза рецидива кровотечения, которые с большой точностью могут прогнозировать его возникновение [4, 5, 27, 162].

Следует заметить, что, по взглядам других авторов, повышение числа используемых для прогноза клиничко-эндоскопических и лабораторных признаков не разрешает существенно увеличить его точность, потому что не все признаки являются проявлением патогенетических механизмов рецидива кровотечения [174, 175, 272]. Принимая к сведению чрезвычайную опасность рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, Ю.Г. Шапкин и соавт. (2004) предложили название прецидивного синдрома, как причинно обусловленного риска возникновения кровотечения. Основаниями рецидива кровотечения, с точки зре-

ния этих авторов, являются: продолжающаяся язвенная альтерация, лизис защитного тромба желудочным соком или системой фибринолиза, а также гипердинамическое усиление регионарной гемодинамики в бассейне чревного ствола.

Учесть все эти факторы на практике является чрезвычайно трудной задачей, но современная консервативная терапия и лечебная эндоскопия могут существенным образом подействовать на факторы риска рецидива кровотечения и уменьшить вероятность его возобновления. Таким образом, вышеизложенное требует всеобщего рассмотрения антисекреторной терапии, лечебной эндоскопии и изменений со стороны системы гемостаза в профилактике рецидива кровотечения и тактики лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

1.3 ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Тактика хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений изменялась с совершенствованием инструментальных методов диагностики и достижениями фармакологии. До введения в клиническую практику эндоскопической аппаратуры, когда диагноз устанавливался только на формировании клинико-лабораторных признаков и рентгеноскопического методов исследования, превалировала активно – выжидательная тактика лечения язвенных желудочно-кишечных кровотечений [6, 136]. Некоторые хирурги использовали ее и после внедрения в клиническую практику фиброгастродуоденоскопии [95]. Оперативное лечение при ней, как правило, осуществлялось при продолжающемся кровотечении и в случае его возникновения рецидива. В данном случае послеоперационная летальность доходила 45%, а общая летальность – 29% [14,

19, 74, 154]. В настоящее время данная тактика применяется во многих клиниках [43, 44, 133, 150, 242, 243, 258].

Применение эндоскопической аппаратуры разрешило не только определить язвенный дефект, но и обнаружить степень устойчивости гемостаза или продолжающийся характер кровотечения. Возникла вероятность прооперировать пациента с язвенным гастродуоденальным кровотечением в эпизоде неустойчивого гемостаза до развития рецидива кровотечения. Приверженцы активной тактики обосновывают ее высоким риском возникновения кровотечения, резким повышением в результате него летальности и стремлением провести оперативное вмешательство до формирования тяжелых гипоксических видоизменений в жизненно важных органах [31, 34, 40]. Б.И. Мирошников и Н.С. Чечурин (2000) полагают, что при присутствии хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, в большинстве случаев показано оперативное вмешательство. Период его выполнения обуславливается тяжестью кровопотери. От хирургического вмешательства исследователи придерживаются только у больных, находящихся в декомпенсированном состоянии по сопутствующим заболеваниям. Многие операции хирурги оперируют в срочном порядке, чуть меньше – в отсроченном. Послеоперационная летальность при данной тактике достигает 14,7%. В данной ситуации оперативное вмешательство выполняется и тем, у кого повышен риск возникновения рецидива кровотечения, и больным, которым достаточно было выполнено консервативное лечение. Приверженцев активной тактики на сегодняшний день остается все меньше [34, 40].

Возможность возобновления рецидива кровотечения зависит от многих клинико-эндоскопических признаков [80, 126, 155, 163, 214, 250, 260]. Учитывая эти признаки, возможно, более индивидуализировано подходить к моменту выполнения оперативного вмешательства или вообще отказаться от его выполнения. При активно-индивидуализированной тактике лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений некоторые авторы, исходя из прогноза рецидива кровотечения, доказывают разные сроки выполнения оперативного вмешательства [9, 36, 44, 134]. По данным В.Н. Баранчука (1989) неотложному оперативному вмеша-

тельству (в течение 2 часов от поступления) нуждаются пациенты с продолжающимся кровотечением и его рецидивом, и больные у которых кровотечение получилось остановить эндоскопическим путем, но наблюдается тяжелая степень кровопотери. Отсроченные операции (в течение суток) осуществляются пациентам с остановившимся тяжелым кровотечением или признаками неустойчивого гемостаза, а также больным с малой кровопотерей, но неустойчивыми гемодинамическими данными. Плановому оперативному вмешательству подвергаются пациенты с остановившимся кровотечением и признаками устойчивого гемостаза.

При активно-индивидуализированной тактики лечения является выполнение всем больным с тяжелой кровопотерей, независимо от степени устойчивости гемостаза, неотложного (экстренного) или отсроченного (срочного) оперативного вмешательства. Оперативная активность при данной тактике достигает около 40%, а общая летальность – 10–15% [54, 95].

Как было замечено выше, повышение в структуре больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением пациентам с тяжелой кровопотерей и больным пожилого и старческого возрастов, часто с выявленной сопутствующей патологией, не запрещают сторонникам активно-индивидуализированной тактики усовершенствовать результаты лечения одними превентивными хирургическими вмешательствами [2, 12, 129, 142]. Тем самым, появление современных инъекционных форм антисекреторных препаратов и методов лечебной эндоскопии привело к видоизменению тактики в лечении желудочно-кишечных кровотечений [11, 122].

На сегодняшний день, методы эндоскопического гемостаза позволяют достигнуть остановки язвенной кровопотери у 79,9–97% больных [1, 103, 164, 200, 205, 230, 245]. С целью усиления гемостаза используют лечебную эндоскопию при наличии тромбированного сосуда или сгустка в язвенном кратере [191, 193, 220, 222, 258, 269, 273]. Уменьшение желудочной секреции при внутривенном введении H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов, блокаторов протонной помпы и /или/ синтетических аналогов гормона сандостатина при неустойчивом гемостазе позволяет сократить число рецидивов кровотечения [65, 110]. В литера-

турных источниках появляются информации о вероятностях остановки желудочно-кишечного кровотечения антисекреторными препаратами и о самодостаточности изолированного фармакологического гемостаза [85, 147, 155], что является, по сути, возможностью противопоставления фармакотерапии и хирургического лечения. Таким образом, практическим хирургам приходится делать выводы, что несмотря на улучшение или усиление гемостаза эндоскопическими методами и назначение в дальнейшем антисекреторных препаратов, проведении только консервативной терапии в условиях неустойчивого гемостаза наблюдаются у каждого 6–10 пациента в стационаре, что приводит к рецидиву кровотечения и к операциям «отчаяния» и увеличению послеоперационной и общей летальности [41, 157, 198, 255, 257].

Однако, использование лечебной эндоскопии и антисекреторной терапии позволяет в некоторых моментах провести предоперационную подготовку и оперировать пациента в условиях стабилизации функции органов и систем, а у части больных вообще отказаться от его выполнения [103, 143, 144]. У пациентов группы "риска операции" современная консервативная терапия иногда является единственным вариантом на спасение [60].

В настоящее время тактика лечения желудочно-кишечных кровотечений состоит в необходимости предпочтения между комплексной консервативной терапией и оперативным вмешательством. Данная тактика обосновывается на более дифференцированном подходе к выполнению хирургического вмешательства в зависимости от тяжести кровопотери, эндоскопического характера источника кровотечения и возможностями консервативного лечения препятствовать возникновению кровотечения. В источниках литературы эта лечебная тактика получила название «индивидуализированной» или «индивидуализированной активно-выжидательной» [63, 116, 163].

Вероятно, что принятие решения о проведении операции напрямую зависит от возможности возобновления рецидива кровотечения на фоне проведения консервативных лечебных мероприятий. Уточнение возможности и оснований его возникновения в данных обстоятельствах повергнет к детализации хирурги-

ческой тактики, уменьшению рецидивов кровотечения и, соответственно, усовершенствованию результатов лечения.

Между тем, среди хирургов нет не только единого мнения о показаниях к выполнению оперативного вмешательства при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, но и не определен объем операции при осложненной язве двенадцатиперстной кишки [9, 24, 95, 119, 242, 251]. Основоположники ваготомии с пилоропластикой, дополненной прошиванием или иссечением язвенного дефекта, доказывают свой выбор патогенетической обоснованностью, минимальной травматичностью, устремлением сохранить желудок, наиболее малыми показателями послеоперационной летальности и более простым техническим моментом данной операции по сравнению с резекцией желудка, что является существенным в ургентных условиях [17, 49, 57, 99, 102, 171, 185, 243, 258]. Малый объем операции при выполнении органосохраняющего вмешательства разрешает осуществить его, как правило, у всех возрастных групп даже при тяжелой кровопотере и высокой степени анестезиологического риска [83, 116]. В данном случае, возможность полного излечения от язвенной болезни зависит от патогенетических механизмов язвообразования в любом конкретном случае и составляет 98% [82].

Согласно резолюции Всероссийской конференции «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» (2003) лапароскопическая ваготомия и пилоропластика из минилапаротомного доступа при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки находится на этапе клинического изучения, а антрумэктомия с ваготомией показаны у пациентов с упорным течением болезни и небольшой степенью операционно-анестезиологического риска.

Однако учитывая аргументы в пользу ваготомии в экстренных ситуациях, резекцию желудка при кровоточащей язве двенадцатиперстной – кишки считают операцией выбора [36, 105, 127, 150] или отдают ей предпочтение [71, 106, 158, 166, 218, 248] многие хирурги, которые обосновывают свою точку зрения излечением язвенной болезни после выполнения данной операции [42, 44]. После резекции желудка осуществлённой в неотложном или отсроченном порядке, общая

летальность составляет 4,3–16,7%, а условный показатель – 10,5% – в два раза выше, чем после ваготомии [40, 46, 154, 240]. Частой причиной летальности после резекции желудка является перитонит из-за несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки или гастроэнтероанастомоза [53, 67, 105, 143, 204]. Напротив, несостоятельность зоны пилоропластики при органосохраняющих операциях возникает исключительно редко [83, 138].

При хронической язве желудка, за исключением его препилорического отдела, резекция желудка и в ургентных, и в условиях плановой хирургии, является патогенетически обоснованным оперативным вмешательством [48, 78, 130, 252].

Пациентам с очень высоким операционным риском, возникающим общесоматическим состоянием и тяжелой кровопотерей, а также нередко в связи с рецидивом кровотечения, приходится уменьшать объем операции. Хирургам доводится выполнять при желудочной и кишечной локализации язв такие паллиативные операции, как иссечение или прошивание кровоточащей язвы. В некоторых случаях ограничиваться ее тампонадой или перевязкой крупных артерий желудка [15, 23, 104, 217, 243]. После подобных операций встречается наибольшее количество рецидивов кровотечений и высокая послеоперационная летальность [95, 118, 178].

Таким образом, усовершенствование результатов лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением на современном этапе можно добиться благодаря дифференцированной тактике, которая основана на индивидуальном прогнозе рецидива кровотечения и выполнении превентивного оперативного вмешательства. Применение комплексной консервативной терапии и лечебной эндоскопии не позволяет предотвратить возникновение кровотечения в постгеморрагическом периоде. Вышеизложенное сообщает о необходимости изучения причин рецидива кровотечения и вероятностей консервативной терапии препятствовать его возникновению.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе использованы результаты обследования и лечения 405 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые проходили лечение в 2007–2014 годах в ГБУЗ РБ ГKB № 18 г. Уфа. Критериями включения были: больные с язвенными гастродуоденальными кровотечениями желудка и двенадцатиперстной кишки по Forrest I, II, III. Критериями исключения послужили больные с варикозно-расширенными венами пищевода, острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

В зависимости от проведенного обследования и лечения пациенты были разделены на две группы. I группа (группа сравнения) составили 204 больных, находившийся на стационарном лечении с 2007 по 2010 гг., у которых обследование и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений проводилось обычными методами, включающими консервативную терапию, в котором применялся внутривенное введение антисекреторных препаратов (лосек 20,0 и квамател 20,0), и гемостатическая терапия (этамзилат натрия 2,0 в/м, викасол 1,0 в/м, а также внутривенное введение хлорида кальция). Всем пациентам устанавливался назогастральный зонд. Проводилась эндоскопическая остановка кровотечения при интенсивном кровотечении или экстренное хирургическое вмешательство при неэффективности консервативной терапии.

II (основную) группу составили 201 больных, прошедших лечение с 2011 по 2014 гг. Больным II группы применялся разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм, основанный на определении вида язвенных кровотечений (артериальное или венозное) и прогноза рецидива язвенных гастродуоде-

нальных кровотечений. У 59 больных исследовано морфологическое и гистологическое состояние сосудов и архитектоники в зоне язвы.

Таблица 1 – Распределение больных в исследуемых группах по возрасту и полу

| Группы | Пол | Возраст (лет) | | | | | | | | Итого | |
|-----------|-------------|---------------|-----|-------|------|-------|------|-------------|------|------------|-------|
| | | 17–30 | | 31–50 | | 51–75 | | 75 и старше | | | |
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| I | м | 9 | 4,5 | 54 | 26,1 | 53 | 26,1 | 13 | 6,4 | 129 | 63,1 |
| | ж | 5 | 2,7 | 18 | 9,0 | 41 | 19,8 | 11 | 5,4 | 75 | 36,9 |
| | оба пола | 14 | 7,2 | 72 | 35,1 | 94 | 45,9 | 24 | 11,8 | 204 | 100,0 |
| II | м | 8 | 4,2 | 53 | 26,7 | 64 | 31,7 | 23 | 11,3 | 148 | 73,9 |
| | ж | 3 | 1,2 | 21 | 10,2 | 23 | 11,6 | 6 | 3,1 | 53 | 26,1 |
| | оба пола | 11 | 5,4 | 74 | 36,9 | 87 | 43,3 | 29 | 14,4 | 201 | 100,0 |
| Всего ... | м | 17 | 4,2 | 107 | 26,4 | 117 | 28,9 | 36 | 8,9 | 277 | 68,4 |
| | ж | 8 | 1,9 | 39 | 9,7 | 64 | 15,8 | 17 | 4,2 | 128 | 31,6 |
| | оба пола | 25 | 6,1 | 146 | 36,1 | 181 | 44,7 | 53 | 13,1 | 405 | 100,0 |

Исследуемые группы были сопоставимы по полу. Как видно из таблицы 1 мужчин в I группе было 129 (63,1%), женщин 75 (36,9%), во II группе соответственно мужчин 148 (73,9%), женщин 53 (26,1%) ($p=0,097$).

Большинство больных (44,0%) находились в трудоспособном возрасте (51–75 лет), 45,9% больных I группы и 43,3% II группы ($p>0,05$). Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту. Средний возраст больных в основной группе составил $53,1\pm 6,32$ лет, во II группе – $51,9\pm 7,12$ лет ($p=0,113$). Как видно из таблицы 1, в I и II группах более половины больных были мужчины в возрасте 31–75 лет (56,9%).

Источником кровотечения язвы двенадцатиперстной кишки были у 121 (59,4%) больных в I группе, и у 114 (56,5%) больных во II группе. Хроническая язва желудка у 63 (30,7%) больных было в I группе, и у 80 (39,8%) во II группе. Кровотечение из сочетанных хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось в 20 случаях (9,9%) в I группе, и в 7 (3,7%) во II группе (рисунок 1).

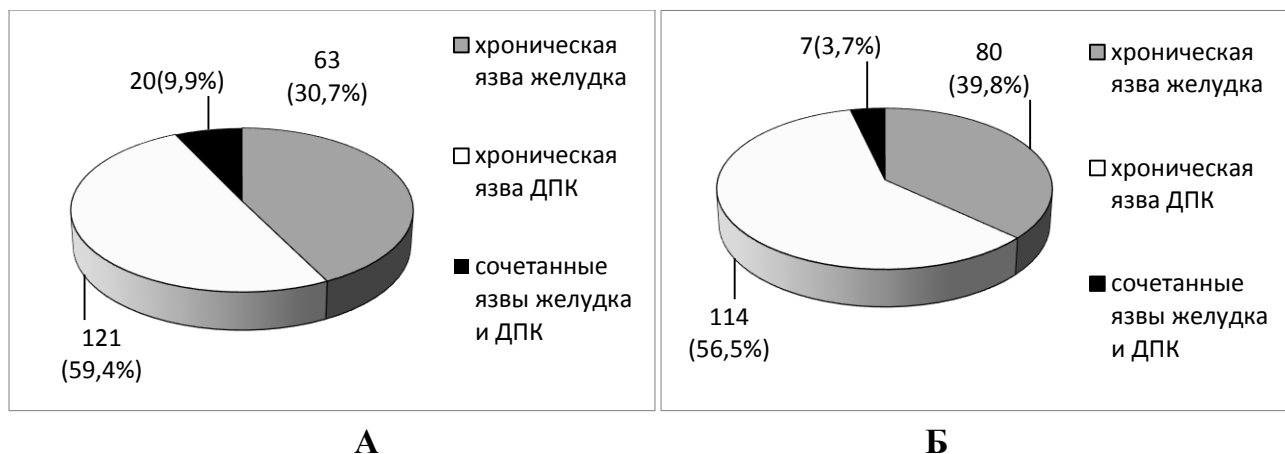


Рисунок 1 – Распределение больных по локализации кровоточащих язв
А – в I группе, Б – в II группе.

По срокам госпитализации в стационар пациенты распределились на 4 подгруппы: А – поступившие до 6 часов, В – в период 6–12 часов, С – в сроки 1–24 часов, Д – позже 24 часов. Пациенты в исследуемых группах больных были сопоставимы по данному признаку ($\chi^2=0,564$, $p=0,989$).

Анализ приведенных наблюдений показывает, что в хирургическое отделение 138 (67,6%) больных доставлялись позже 12 часов с момента заболевания в I группе, и 128 (64%) больных во II группе ($p=0,570$). Несвоевременная госпитализация больных была связана с поздней обращаемостью их за медицинской помощью.

Как видно из рисунка 2, в исследовании преобладали больные с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей у 151 (74,0%) больных в I группе и у 131 (65,2%) больных во II группе ($p=0,078$).

Таблица 2 – Сроки госпитализации больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями в исследуемых группах

| Сроки госпитализации | Группы | | | |
|----------------------|--------|-------|------|-------|
| | I | | II | |
| | абс. | % | абс. | % |
| А (до 6 часов) | 35 | 17,1 | 37 | 18,2 |
| В (от 6–12 часов) | 31 | 15,3 | 36 | 17,8 |
| С (от 12–24 часа) | 61 | 29,7 | 58 | 29,1 |
| Д (позже 24 часов) | 77 | 37,9 | 70 | 34,9 |
| Итого ... | 204 | 100,0 | 201 | 100,0 |

($\chi^2=0,564$, $p=0,989$).

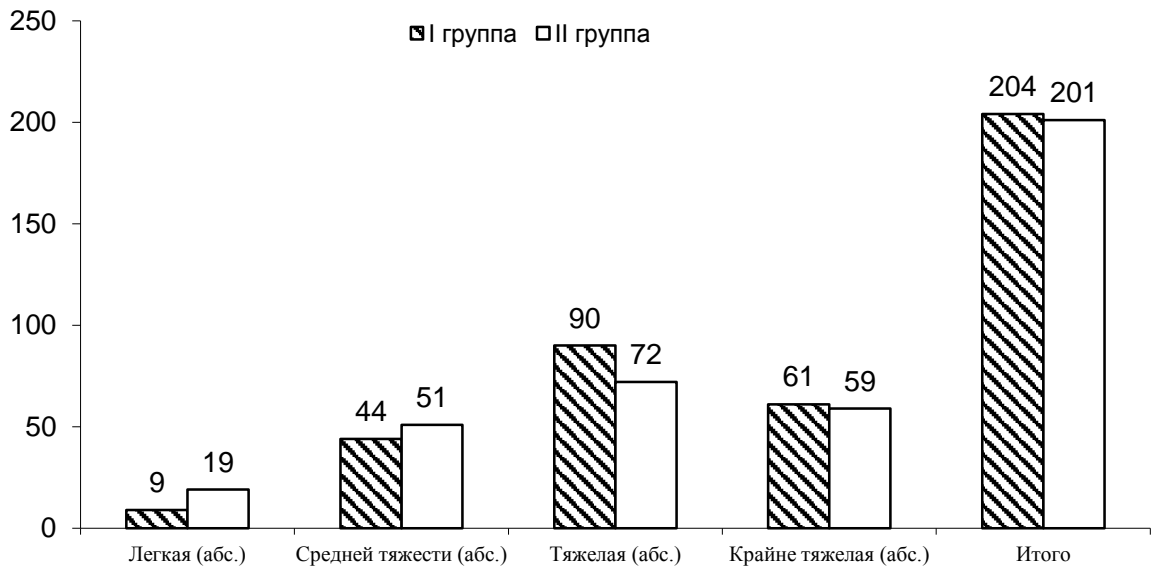


Рисунок 2 – Распределение больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями по тяжести кровопотери (абс. ч.)

Сведения о факторах риска рецидива ЯГДК были получены путем выкопировки данных из медицинской карты стационарного больного и разработанной нами анкеты, которая включала 20 вопросов. Структура анкеты содержала све-

дения о медико-биологических, профессиональных, поведенческих факторах риска. Было проанализировано 405 первичных документа (история болезни) сплошным методом.

Общеклинические методы обследования проводились все пациентам, а именно: сбор анамнеза основного заболевания и сопутствующих, наследственного анамнеза, анамнеза жизни (социального) и выяснение жалоб на момент обследования. Анамнез жизни выяснялся с помощью специально разработанной анкеты, которая включала вопросы, касающиеся социально-экономического положения больного, наследственности, а так же соматического и психоэмоционального статуса пациента. Заполнение анкеты проводилось самим пациентом в присутствии врача и дополнялось данными медицинской документации.

Для оценки состояния слизистой желудка при ЯБДК ее защитных и язвобразующих факторов, нами проведено морфологическое исследование биоптатов. Для обнаружения *Helicobacter Pylori* (HP) использовали гистологический метод и уреазный тест. Частота инфицирования HP в антральном отделе желудка и в луковице ДПК была соответственно у 93,1 и у 74,5% больных.

Хронические сопутствующие заболевания выявлены у 66,3% больных. Практически у каждого третьего больного наблюдалось сочетание трех и более заболеваний. Так, одно сопутствующее заболевание из 405 больных было у 81 (20%), два – у 67 (16,6%), три и более – у 120 (29,7%) больных. Только у 137 (33,7%) больных хронические заболевания отсутствовали. Наиболее распространенными заболеваниями были: ишемическая болезнь сердца (32,3%) и гипертоническая болезнь (23,7%) и их сочетание (таблица 3).

Кровотечение впервые возникало у 328 (81,1%) больных, повторно – у 77 (18,9%). Язвенный анамнез более пяти лет имели 26,9% больных, из них более десяти лет – 15,8%. Кровотечение явилось первым проявлением язвенной болезни у 74 (18,3%) пациентов. Ранее различные оперативные вмешательства по поводу язвенной болезни и ее осложнений перенесли 29 (7,1%) больных.

Распределение больных по сопутствующей патологии в группах сравнения статистических значимых различий не имело ($p=0,067$).

Таблица 3 – Частота сопутствующих заболеваний у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями в исследуемых группах (n=405)

| Сопутствующие заболевания | Частота сопутствующих заболеваний | |
|--|-----------------------------------|-------------------|
| | абс. | % от общего числа |
| Ишемическая болезнь сердца: | 150 | 32,3 |
| – ОИМ в анамнезе | 19 | 4,1 |
| – мерцательная аритмия | 15 | 3,2 |
| Сахарный диабет | 8 | 1,7 |
| Хроническая недостаточность кровообращения (II–III стадии) | 28 | 6,0 |
| Острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе | 17 | 3,7 |
| Гипертоническая болезнь | 110 | 23,7 |
| Распространенный атеросклероз | 17 | 3,7 |
| Хронический панкреатит | 19 | 4,1 |
| Желчно-каменная болезнь | 24 | 5,2 |
| Заболевание печени: | | |
| – вирусный гепатит в анамнезе | 15 | 3,2 |
| – цирроз печени | 8 | 1,7 |
| Хронические заболевания легких | 27 | 5,8 |
| Хронические заболевания почек | 44 | 9,5 |
| Ожирение (3–4 стадии) | 7 | 1,5 |
| Прочие заболевания | 42 | 9,0 |

Анализ материалов исследования свидетельствует об увеличении в структуре ЯГДК больных с тяжелой и крайне тяжелой степени кровопотери. При этом каждый третий больной был в пожилом и старческом возрасте, как правило, с наличием тяжелой сопутствующей патологии.

Таким образом, исследуемые группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, сопутствующей патологии, срокам госпитализации в стационар.

2.2. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

В диагностике и лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями мы применяли основные принципы организации хирургической помощи больным с гастродуоденальными кровотечениями. Главными критериями обследования пациентов с ЯГДК являлись: определение факторов риска рецидива язвенных кровотечений, изучение локальных и индивидуальных особенностей состояния ангиоархитектоники в зоне язвенных кровотечений, разработка алгоритмов диагностики и лечения на основе оценки тяжести течения и прогноза кровотечения, оценка важности применения вида кровотечения в качестве критерия для определения хирургической тактики лечения больных. Применение разработанного алгоритма диагностики и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений помогает улучшить результаты лечения таких больных.

2.2.1 Методика определения тяжести кровопотери

Для определения степени тяжести кровопотери применялись клинико-лабораторные данные и формула Мура (Баранчук В.Н., 1989). Если с момента кровотечения прошло менее 12 часов, то использовали клинико-лабораторные критерии, если же более 12 часов – кровопотерю рассчитывали по формуле Мура (1):

$$V = P \times q \times (Ht - Ht2) / Ht1 \quad (1)$$

где V – объем кровопотери в миллилитрах; P – масса тела больного в килограммах; q – эмпирическое число, показывающее среднее количество крови в 1 кг массы тела человека (для мужчин – 70 мл/кг, для женщин – 65 мл/кг); $Ht1$ – гематокритное число в норме (мужчины – 45, женщины – 40); $Ht2$ – гематокритное число больного.

Мы используем классификацию тяжести кровопотери, основанную как на клинических критериях (уровень сознания, признаки периферической дисциркуляции, АД, ЧСС, ЧДД, ортостатическая гипотензия, диурез), так и на главных показателях картины красной крови – уровней гемоглобина и гематокрита (Гостищев В.К, Евсеев М.А., 2005). Классификация различает 4 степени тяжести острой кровопотери:

I степень (легкая степень кровопотери) – клинические признаки отсутствуют, ортостатическая тахикардия, уровень гемоглобина выше 100 г/л, гематокрит не менее 40%. Дефицит ОЦК до 15%.

II степень (кровопотеря средней тяжести) – ортостатическая гипотензия со снижением АД более чем на 15 мм рт. ст. и ортостатическая тахикардия с увеличением ЧСС более чем на 20 в минуту, уровень гемоглобина в пределах 80–100 г/л, гематокрит в пределах 3–40%. Дефицит ОЦК 15–25%.

III степень (тяжелая кровопотеря) – признаки периферической дисциркуляции (дистальные отделы конечностей холодные на ощупь, выраженная бледность кожи и слизистых оболочек), гипотензия ($АД_{сис\tau}$ 80–100 мм рт. ст.), тахикардия (ЧСС более 100 в минуту), тахипноэ (ЧДД более 25 в минуту), явления ортостатического коллапса, диурез снижен (менее 20 мл/ч), уровень гемоглобина в пределах 60–80 г/л, гематокрит в пределах 20–30%. Дефицит ОЦК 25–35%.

IV степень (кровопотеря крайней тяжести) – нарушение сознания, глубокая гипотензия ($АД_{сис\tau}$ менее 80 мм рт. ст.), выраженные тахикардия (ЧСС более 120 в минуту) и тахипноэ (ЧДД более 30 в минуту), признаки периферической дисциркуляции, анурия; уровень гемоглобина ниже 60 г/л, гематокрита – 20%. Дефицит ОЦК больше 35%.

Известно, что роль каждого компонента крови неоднозначна, а комплексная оценка общей реакции её на патологический процесс более перспективна для клинической практики. В связи с этим мы использовали расчет ряда гематологических показателей периферической крови. Уровень деструктивно-воспалительных изменений в области язвенного дефекта, степень эндотоксикоза, изучались на основании лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Он дает

общую и сравнительную оценку лейкоцитарной формулы и косвенно позволяет судить о степени интоксикации организма, на фоне обострения заболевания.

Варианты расчета ЛИИ:

по Я.Я. Кальф-Калифу (2):

$$(\text{Сег}+2\text{Пал}+3\text{Юн}+4\text{Мие}) \times (\text{ПлК}+\text{П} (\text{Ли}+\text{Мо}) \times (\text{Эо}+1) \quad (2)$$

по Островскому (3):

$$\text{Сег}+\text{Пал}+\text{Юн}+\text{Мие}+\text{Пл} \text{ Ли}+\text{Мо}+\text{Эо} \quad (3)$$

где: Сег – сегментоядерные нейтрофилы (%), Пал – палочкоядерные нейтрофилы в %, Юн – юные нейтрофилы (%), Мие – миелоциты (%), ПлК – плазматические клетки (%), Ли – лимфоциты (%), Мо – моноциты (%), Эо – эозинофилы (%).

2.2.2 Методика выполнения диагностической и лечебной эндоскопии

Всем пациентам, с симптомами желудочно-кишечного кровотечения поступившим в клинику, проводилось ФЭГДС для уточнения источника кровотечения и степени устойчивости гемостаза. В зависимости от состояния больного ФЭГДС выполняли в диагностическом кабинете, реанимационной или на операционном столе. Для этой цели использовались фиброгастроскопы фирмы GIF-1T30, GIF-2T20, GIF-Q20, GIF-E («Olympus», Япония), и «Pentax» ERK-1000, EG-2970K (Япония).

В нашей клинике мы пользуемся общепризнанной классификацией гастродуоденальных кровотечений по J.A. Forrest et al., 1974.

Активное кровотечение:

F_{1a} – струйное, артериальное фонтанирующее кровотечение;

F_{1b} – венозное, вялое паренхиматозное кровотечение.

Состоявшееся кровотечение:

F_{2a} – видимый тромбированный сосуд;

F_{2b} – фиксированный тромб или сгусток;

F_{2c} – геморрагическое пропитывание дна язвы.

Состоявшееся кровотечение:

F III – чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных признаков кровотечения.

Для эндоскопического гемостаза применялись моно- и биполярная диатермокоагуляция, инъекционный метод, инъекционно-коагуляционный метод, орошение источника кровотечения, клипирование, эндолигирование, а так же их сочетание.

Моно- и биполярную диатермокоагуляцию проводили аппаратом ЭХВЧ-200-01 «ЭФА-0201» фирмы «ЭФА» (Россия) со специальными зондами фирмы «Olympus» CD-3U, имеющими канал для подачи жидкости, что разрешало проводить промывание источника кровотечения во время исследования. Коагуляцию выполняли от периферии к центру кровоточащего участка язвы. Длительность непрерывной коагуляции не превышала 3 секунд.

Для инфильтрационного гемостаза применялись инъекторы фирм «Olympus» MAJ-70 и NM-4L-1, «Wilson Cook» VIN-25 и «Ворсма» И-145. В зависимости от локализации и каллезности язвенного кратера инъецировали от 1 до 10 мл раствора адреналина (1:10000), разведенного на физиологическом растворе. Инъекцию выполняли из 3–5 точек непосредственно в область источника кровотечения.

Для увеличения эндогемостаза при его неустойчивости, а также для остановки кровотечения диффузного характера из краев язвы в некоторых моментах использовали раствор капрофера, растворенный в 4–5 раза с аминокaproновой кислотой. Раствор капрофера впрыскивали через катетер, введенный через инструментальный канал эндоскопа. Гемостатический эффект капрофера основан на химической коагуляции гематрехлористым железом, на усилении коагуляционной активности тканей после обработки препаратом. При соединении препарата с кровью возникает кровяной сгусток, который плотно фиксируется на раневой поверхности, предупреждая повторное кровотечение (Скрябин О.Н., Карицкий А.П., 1993).

Визуальное прицельное орошение источника кровотечения, орошение различными медикаментами и сосудосуживающими (денатурирующими)

препаратами, а также нанесение пленкообразующих растворов наименее эффективный способ его остановки и представляет в основном исторический интерес.

В некоторых моментах применяли комбинацию вышеописанных эндоскопических методов с целью достижения или усиления гемостаза при его неустойчивом характере. В основном использовали сочетание инъекционного с одним из коагуляционных методов эндоскопического гемостаза.

Клипирование, на наш взгляд, является более эффективным способом достижения устойчивого эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения. Эндоскопический крутящийся клипс-аппликатор фирмы Olympus с набором клипс (рисунок 3 А). В зависимости от угла изгиба дистальной части различают несколько разновидностей клипс. Чем ближе угол изгиба фиксирующего элемента к прямому, тем прочнее фиксация клипсы, но меньше размер клипируемого дефекта. Увеличение угла изгиба дистальной части позволяет клипировать дефекты больших размеров, однако данный вид клипсы по прочности фиксации в тканях уступает предыдущему (рисунок 3 Б).

**А****Б**

Рисунок 3 – А – Клипс-аппликатор NX-5LR-1. Б – Эндоклипсы

При артериальном кровотечении кровоточащий сосуд не всегда четко визуализируется, поэтому рекомендуется орошение холодной водой на источник кровотечения через биопсионный канал эндоскопа. Обычно, характер

кровотечения временно снижается, что дает шанс визуально провести прицельную аппликацию клипсы. При не возможности орошения рекомендуется заранее ввести небольшое сосудосуживающего препарата, что также способствует уменьшению эффективности или кратковременной остановке кровотечения. Однако, следует отметить, что чрезмерная инфильтрация подслизистого слоя может привести к выраженному отеку ткани по периметру кровотечения и неэффективности последующего клипирования. Обязательное условие клипирования кровоточащего или тромбированного сосуда – хорошая его визуализация на всех этапах наложения клипсы. Открытую подобно биопсийным щипцам клипсу подводят к сосуду, достаточно сильно придавливают к нему, закрывают и отсоединяют от гибкого троса – клипсоносителя. Если необходимо наложить несколько клипс, каждый раз клипсоноситель извлекают из фиброскопа для подсоединения новой. В дальнейшем они эвакуируются естественным путем.

Лигирование – наиболее удобным в применении считается многозарядное устройство фирмы Wilson Cook, Olympus, MAJ-339 (рисунок 4 Б) и одноразовое лигирующее устройство фирмы G-Flex (рисунок 4 А).



А



Б

Рисунок 4 – А – одноразовое лигирующее устройство фирмы G-Flex.

Б – многозарядное лигирующее устройство фирмы Olympus

Устройство состоит из прозрачного цилиндра с надетым на него 4, 6 или 10 – латексными кольцами. Внутри цилиндра идет сбрасывающая лавсановая нить,

которая приводится проводником через инструментальный канал эндоскопа и крепится к ручке.

Для дополнительного промывания в ходе лигирования может быть использована специальная широкопросветная игла.

Для выполнения процедуры лигирования необходимо:

1. устройство для эндоскопического лигирования на 4, 6 или 10 колец;
2. любой эндоскоп с диаметром рабочей части от 9,5 до 11,5 см и инструментальным каналом не менее 2,8 мм;
3. отсос, создающий разрежение до 1,5 атмосфер.

2.3 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Морфологические исследования проведены в Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Уфа. Предметом морфологического исследования стали аутопсийные микро- и макропрепараты желудка и двенадцатиперстной кишки у 59 пациентов. Материалом для уточнения ангиоархитектоники желудка и двенадцатиперстной кишки послужили 59 органокомплексов от трупов людей обоего пола в возрасте от 32 до 78 лет.

Для оценки состояния слизистой желудка при ЯБДК ее защитных и язвообразующих факторов, нами проведено морфологическое исследование биоптатов. Для обнаружения *Helicobacter Pylori* (HP) использовали гистологический метод и уреазный тест.

2.3.1 Макро-микроскопические методики исследования

Для изучения архитектоники внутриорганных сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки использовали макро-микроскопические методики исследования. Инъекцию сосудов выполняли 10% водным раствором колларгола, отрезали кусочки желудка 2×3 см и закрепили в 6% кислом формалине в течение 3–5 суток. Фиксированные кусочки расслаивали или резали толщиной 200–500 мкм на замораживающем микротоме. Расслоенные препараты просветляли в глицерине возрастающей концентрации – 25–50–75–100% или ацетоне и ксилоле. Срезы проводили через спирт, карбол-ксилол, ксилол и заключали в бальзам. Микрофотографирование просветленных препаратов производили при помощи лупы МБС-2.

2.3.2. Микроскопические методики исследования

Исследование сосудов гемомикроциркуляторного русла использованы окраска гематоксилином-эозином, по Ван-Гизон, по Маллори и импрегнация по Большовскому-Грос или по В.В. Куприянову.

Кусочки желудка иссекали 1×1 см и фиксировали их в 12% нейтральном формалине или жидкости Корнуа. Заливку материала выполняли в парафин или после 2–6 недельной фиксации кусочки материала иссекали на замораживающем микротоме. В дальнейшем выполняли окраску срезов или импрегнацию азотнокислым серебром по методике Большовского-Грос или В.В. Куприянова.

2.4 МЕТОДЫ МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА МАТЕРИАЛА

В работе проведено проспективное исследование. Обследованные больные были случайным образом распределены на две выборки объемом 201 и 204 наблюдения, на которых в соответствии с целью и задачами исследования были сформированы базы данных.

Статистическая обработка результатов проводилась параметрическими и непараметрическими методами с применением современных программных пакетов математико-статистического анализа пакета прикладных статистических программ "Microsoft Excel" и «Statistica» (версии 7.0) для "Windows" (StatSoft.Inc).

Обработка вариационных рядов включала расчет средних величин (M), стандартной ошибки (m), среднего квадратического отклонения (δ), 95% доверительного интервала, минимального и максимального значений. Для анализа соответствия распределения количественных переменных закону нормального распределения нами применен критерий Шапиро-Уилка (W).

При парном сравнении нормально распределенных количественных признаков в независимых группах применялся критерий Стьюдента (t).

При сравнении качественных признаков использовались двусторонний вариант критерия χ^2 (хи-квадрат), точный критерий Фишера. Проверка статистических гипотез заключалась в сравнении полученного уровня значимости (p) с пороговым уровнем 0,05. При $p < 0,05$ нулевая гипотеза об отсутствии различий между показателями отвергалась и принималась альтернативная гипотеза (Гланц С., 1999; Реброва О.Ю., 2002).

Для выражения результата вмешательства и величины эффекта был использован метод сопряженных таблиц (Власов В.В., 2000).

Таблица 4 – Расчет и сравнение показателей риска неблагоприятного исхода в исследуемых группах

| Группы | Неблагоприятный исход | | Всего |
|--------|-----------------------|--------|-------|
| | был | не был | |
| I | A | B | A+B |
| II | B | Г | B+Г |

P_1 – риск неблагоприятного исхода после операции в I-й группе (4):

$$P_1 = A/(A+B); \quad (4)$$

P_2 – риск неблагоприятного исхода после операции во II-й группе (5):

$$P_2 = B/(B+Г) \quad (5)$$

АСР – абсолютное снижение риска неблагоприятного исхода (6):

$$АСР = P_1 - P_2 \quad (6)$$

Для определения перспективы разработанного метода лечения определялся показатель число пациентов (ЧП), который переводит относительные величины в число больных, которых надо лечить предлагаемым методом, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход. ЧП – число пациентов, которых необходимо лечить, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход (7):

$$ЧП = 1 / A/(A+B) - B/(B+Г) \quad (7)$$

Сопоставляя два вида оперативных вмешательств, сравнивалась вероятность (риск) неблагоприятных исходов в первой и второй группах больных – относительный риск (ОР) и его 95% доверительный интервал (95% ДИ) (8).

$$ОР = [A/(A+B)] / [B/(B+Г)] \quad (8)$$

Для выявления связи между исследуемыми признаками проводили корреляционный анализ – метод ранговой корреляции Spearman (ρ). Наличие зависимости между признаками считали установленным при $\rho > 0,3$; при $\rho < 0,05$.

Для изучения комплексного влияния факторов риска рецидива кровотечения был использован **метод нормирования интенсивных показателей** (Шиган Е.Н., 1977). Для этого были рассчитаны интенсивные показатели частоты рецидива среди пациентов по факторам, влияние которых было оценено. Сведения были получены путем выкопировки данных из медицинской карты стационарного больного и разработанной нами анкеты, которая включала 20 вопросов. Структура анкеты содержала сведения о медико-биологических, профессиональных, поведенческих факторах риска. Было

проанализировано 405 первичных документа (истории болезней) сплошным методом.

На основании данных литературы (Боженков О.Ю. и др. 2007; Бакиров Р.Р., 2009) были определены факторы риска, которые наиболее существенно влияют на рецидивирование кровотечения у больных ЯБ. После проведенного анализа для дальнейшего исследования было проанализировано 20 факторов риска ЖКК. Для каждого фактора были рассчитаны интенсивные показатели (ИП) частоты рецидивов.

За нормирующую величину или показатель (М) был принят общий показатель частоты рецидивов (%) в целом среди совокупности всех больных.

На следующем этапе рассчитали нормированные интенсивные показатели (НИП), которые были получены при делении каждого из интенсивных показателей, полученных для отдельных факторов и их градаций (r), на эту нормирующую величину (9).

$$\text{НИП} = r / M \quad (9)$$

По всем факторам риска выполняли расчет нормированных интенсивных показателей, далее создали оценочную таблицу, состоящую из факторов риска и их градации со значением соответствующего им нормированного интенсивного показателя. Из-за неравнозначности действия конкретного фактора риска на формирование частоты рецидивов и учета «вклада» каждого из них определяли их «весовые» индексы (К). Последний вычисляли как равенство отношения максимального и минимального нормированного интенсивного показателя конкретного фактора (его градаций).

Далее были вычислены максимальный (P_{max}) и минимальный (P_{min}) риск рецидива кровотечения. При этом максимальный риск получали при суммировании наибольших коэффициентов (P) для каждого из учтенных управляемых и неуправляемых риск-факторов, а минимальный – при суммировании наименьших значений коэффициентов (P) этих же риск-факторов.

Минимальный и максимальный риск были рассчитаны следующим образом (10, 11):

$$P_{\min} = \Sigma P_{\min}; \quad (10)$$

$$P_{\max} = \Sigma P_{\max}. \quad (11)$$

Диапазон колебаний, в пределах которого находятся оценки риска (P_{\max} – P_{\min}) позволил составить оценочную таблицу и классифицировать всех пациентов, разделив на 3 группы риска рецидива кровотечения: благоприятного прогноза, «группа внимания» и неблагоприятного прогноза. В зависимости от размера диапазона определялась вероятность риска. Чем меньше 58,34 баллах был диапазон, тем наименьшая была вероятность риска. Прогноз в данной ситуации была благоприятной. Если размер диапазона была больше 89,6 баллов, то вероятность риска была наибольшее и прогноз в данной случае была неблагоприятной. Если размер диапазона составил между 58,34 и 89,6 баллов, то вероятность риска, была средняя, и дальнейший прогноз был «группа внимания» (таблица 10).

Для определения индивидуального риска развития рецидивов использовали один из методов распознавания образов наибольшего правдоподобия, основанных на предложении о независимости факторов. Коэффициенты отношения правдоподобия, рассчитанные по всем наиболее значимым факторам риска, дали вероятность определить насколько правдоподобна возможность развития рецидивов у больных. Коэффициенты отношения правдоподобия разрешают осуществлять индивидуальное прогнозирование вероятности развития рецидивов в отношении каждого пациента, перенесшего кровотечение.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

3.1 ДИАГНОСТИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Диагностика желудочно-кишечных кровотечений проводилась у 405 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. У больных был проведен сбор анамнеза, проведение клинических, эндоскопических и лабораторных исследований. Все признаки кровотечения мы изучили по степени выраженности.

По данным анамнеза чувство слабости и головокружения разделили на: незначительное, умеренное и выраженное.

Особое внимание уделили характеру рвотных масс. Наличие «кофейной гущи» расценивали как признак небольшого объема поступающей в желудок крови, когда гемоглобин успевает вступить в реакцию с соляной кислотой.

Рвота же сгустками крови свидетельствует о массивном поступлении в желудок большого объема крови за короткий отрезок времени.

Как видно из таблицы 5, пациенты, поступившие в стационар, с гастродуоденальным кровотечением, по данным анамнеза была: слабость, головокружение, холодный пот и рвоту.

Слабость незначительная наблюдалась в I группе у 9 (4,5%), умеренная у 142 (69,4%), выраженная у 53 (26,1%) больных. В II группе слабость незначительное было у 38 (18,7%), умеренное у 111 (55,2%) и выраженное у 52 (26,1%) больного.

Таблица 5 – Степень выраженности данных анамнеза в исследуемых группах при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях

| Данные анамнеза | Степень выраженности | Группы | | | |
|-----------------|----------------------|-----------|------|------------|------|
| | | I (n=204) | | II (n=201) | |
| | | абс. | % | абс. | % |
| Слабость | – незначительное | 9 | 4,5 | 38 | 18,7 |
| | – умеренное | 142 | 69,4 | 111 | 55,2 |
| | – выраженное | 53 | 26,1 | 52 | 26,1 |
| Головокружение | – незначительное | 81 | 39,6 | 79 | 39,4 |
| | – умеренное | 84 | 41,4 | 84 | 41,6 |
| | – выраженное | 39 | 18,9 | 38 | 18,9 |
| Холодный пот | – отсутствует | 164 | 80,2 | 162 | 80,7 |
| | – присутствует | 40 | 19,8 | 39 | 19,3 |
| Рвота | – пищей | 44 | 21,6 | 43 | 21,5 |
| | – «кофейной гущей» | 147 | 72,1 | 145 | 72,2 |
| | – сгустками крови | 13 | 6,3 | 13 | 6,2 |

В I группе головокружение незначительное отмечали у 81 (39,6%), умеренное – 84 (41,4%), выраженное – 39 (18,9%). Головокружение незначительное во II группе было у 79 (39,4%), умеренное у 84 (41,6%), выраженное у 38 (18,9%) больных.

Холодный пот в I группе присутствовал у 40 (19,8%) и отсутствовал у 164 (80,2%) больных. Во II группе холодный пот отсутствовал у 162 (80,7%) и присутствовал у 39 (19,3%) больных.

Рвота принятой пищей в I группе отмечали 44 (21,6%) обследованных, «кофейной гущей» – 147 (72,1%) и сгустками крови – 13 (6,3%) больных. Во II группе рвота с пищей была у 43 (21,5%), «кофейной гущей» у 145 (72,2%) и сгустками крови у 13 (6,2%) больных.

Таким образом, наиболее частыми жалобами больных с гастродуоденальным кровотечением в обеих группах была умеренная и выраженная слабость, умеренное головокружение, отсутствие холодного пота и рвота «кофейной гущей».

Большое значение в диагностике язвенных желудочно-кишечных кровотечений мы придаем длительности течения заболевания.

По длительности течения заболевания больных разделили на 3 группы:

- короткий (до 6–12 часов);
- средней продолжительности (от 12–24 часов);
- длительный (более 24 часов).

Выяснилось, что большинство больных в обеих группах (46 и 41,1%) в стационар доставляется позже 24 и в пределах 12–24 (37,3 и 31,1%) часов с момента заболевания. В то же время 16,7 и 27,8% пациентов из-за быстрого ухудшения состояния за медицинской помощью обращались в первые 6–12 часов (рисунок 5).

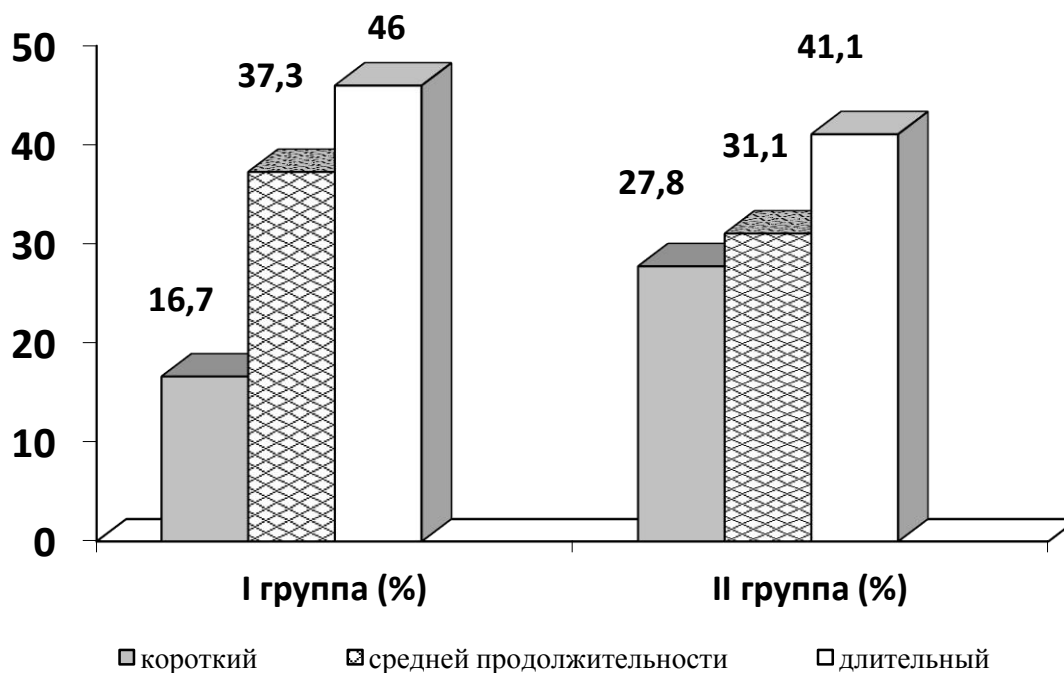


Рисунок 5 – Распределение больных по длительности течения заболевания в исследуемых группах (%)

Как видно из таблицы 6, среди объективных признаков в I группе мы оценивали общее состояние при поступлении по 4 степеням тяжести:

удовлетворительное у 65 (31,5%) больных, средней тяжести у 101 (49,6%), тяжелое у 31 (15,3%) и коллаптоидное у 7 (3,6%) больных. Во II группе общее состояние удовлетворительное наблюдалось у 63 (31,2%), средней тяжести у 99 (49,3%), тяжелое у 31 (15,6%), коллаптоидное у 8 (3,9%) больных.

Оценивая бледность кожных покровов и слизистых в I группе, выделили умеренную у 143 (70,3%) больных, выраженную бледность у 61 (29,7%). Во II группе умеренная бледность наблюдалась у 141 (70,0%), бледность выраженная у 59 (29,7%) и «мраморный цвет» у 1 (0,3%) больного.

По частоте пульса выделили:

– физиологическая (до 72 уд/мин) у 53 (26,1%) – I группе, у 53 (26,3%) – II группе;

– тахикардия умеренная (72-90 уд/мин) у 116 (56,8%) – I группе, у 113 (56,4%) – II группе;

– тахикардия выраженная (91 уд/мин и выше) у 35 (17,1%) – I группе, у 35 (17,3%) – II группе.

– По уровню артериального давления распределили пациентов по группам:

– физиологическим АД (120/80 мм рт. ст.) у 42 (20,7%) – I группе, 43 (21,2%) – II группе;

– гипертонией (>130/90 мм рт. ст.) у 44 (21,6%) – I группе, у 44 (22,1%) – II группе;

– гипотонией умеренной (до 100/60 мм рт. ст.) у 92 (45,1%) – I группе, у 90 (44,8%) – II группе;

– гипотонией выраженной (до 80/60 мм рт. ст.) у 24 (11,7%) – I группе, у 22 (11,1%) – II группе;

– гипотонией критической (до 40/0 мм рт. ст.) у 2 (0,9%) – I группе, у 2 (0,8%) – II группе.

Характер кала, как объективный признак, в I группе мы оценивали по цвету – коричневый у 29 (14,4%) или дегтеобразный у 90 (44,2%) и по оформленности – оформленный у 39 (18,9%) или жидкий у 46 (22,5%). Во II

группе кал коричневый был у 29 (14,5%), дегтеобразный у 90 (44,5%), оформленный у 38 (18,9%) и жидкий у 44 (22,1%) больных.

Таблица 6 – Распределение пациентов по выраженности объективных признаков язвенных гастродуоденальных кровотечений в исследуемых группах

| Признаки | Степень выраженности | Группы | | | |
|---|--|-----------|------|------------|------|
| | | I (n=204) | | II (n=201) | |
| | | абс. | % | абс. | % |
| Общее состояние | удовлетворительное | 65 | 31,5 | 63 | 31,2 |
| | средней тяжести | 101 | 49,6 | 99 | 49,3 |
| | тяжелое | 31 | 15,3 | 31 | 15,6 |
| | коллаптоидное | 7 | 3,6 | 8 | 3,9 |
| Бледность кожных покровов и слизистых | умеренная | 143 | 70,3 | 141 | 70,0 |
| | выраженная | 61 | 29,7 | 59 | 29,7 |
| | «мраморный цвет» | 0 | 0 | 1 | 0,3 |
| Частота пульса | физиологическая (70–72 уд/мин) | 53 | 26,1 | 53 | 26,3 |
| | тахикардия умеренная (72–90 уд/мин) | 116 | 56,8 | 113 | 56,4 |
| | тахикардия выраженная (91 уд/мин и выше) | 35 | 17,1 | 35 | 17,3 |
| Уровень артериального давления (мм рт. ст.) | физиологическая (120/80) | 42 | 20,7 | 43 | 21,2 |
| | гипертония(>130/90) | 44 | 21,6 | 44 | 22,1 |
| | гипотония умеренная (до 100/60) | 92 | 45,1 | 90 | 44,8 |
| | гипотония выраженная (до 80/60) | 24 | 11,7 | 22 | 11,1 |
| | гипотония критическая (до 40/0) | 2 | 0,9 | 2 | 0,8 |
| Кал (цвет, | коричневый | 29 | 14,4 | 29 | 14,5 |

| | | | | | |
|----------------|---------------|----|------|----|------|
| оформленность) | дегтеобразный | 90 | 44,2 | 90 | 44,5 |
| | оформленный | 39 | 18,9 | 38 | 18,9 |
| | жидкий | 46 | 22,5 | 44 | 22,1 |

Наиболее частыми диагностическими признаками язвенных кровотечений являются ухудшение общего состояния, бледность кожных покровов и слизистых, учащение пульса, падение артериального давления и изменение характера кала.

При изучении данных признаков по степени выраженности в обеих группах выяснилось, что у 49,6 и 49,3% больных общее состояние было средней тяжести; бледность кожных покровов умеренная у 70,3 и 70,0%, умеренная тахикардия у 56,8 и 56,4%, гипотония умеренная у 45,1 и 44,8% больных. При ректальном исследовании выявлялся дегтеобразный кал у 44,2 и 44,5%.

Из данных дополнительных исследований мы изучили общедоступные показатели крови. Основываясь на показателях эритроцитов и гемоглобина, развивающуюся анемию мы разделили на:

- анемию легкой степени (I степень);
- анемию средней степени (II степень);
- анемию тяжелой степени (III степень);
- анемию крайней тяжелой степени (IV степень).

Для определения степени тяжести кровопотери использовали классификацию тяжести кровопотери (В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, 2005), которая различает 4 степени тяжести кровопотери. Так же использовали клиничко-лабораторные данные и формула Мура (В.Н. Баранчук, 1989). При этом если с момента кровотечения прошло менее 12 часов, то использовали клиничко-лабораторные критерии, если же более 12 часов – кровопотерю рассчитывали по формуле Мура (1).

В I группе по степени тяжести кровопотери в клинику поступили с легкой степенью 9 (4,5%), средней степени 44 (21,6%), тяжелой степени 90 (44,2%), крайне тяжелой степени 61 (29,7%) пациента. Во II группе (основной) с легкой степенью кровопотери наблюдалось у 19 (9,6%), средней степенью у 51 (25,2%),

тяжелой степенью у 72 (35,7%) и крайне тяжелой степенью у 59 (29,5%) пациентов (рисунок 6).

Таким образом, в исследовании преобладали больные с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей с одинаковой частотой в I группе – 151 (74,0%) пациента и во II группе – 131 (65,2%) ($p=0,066$).

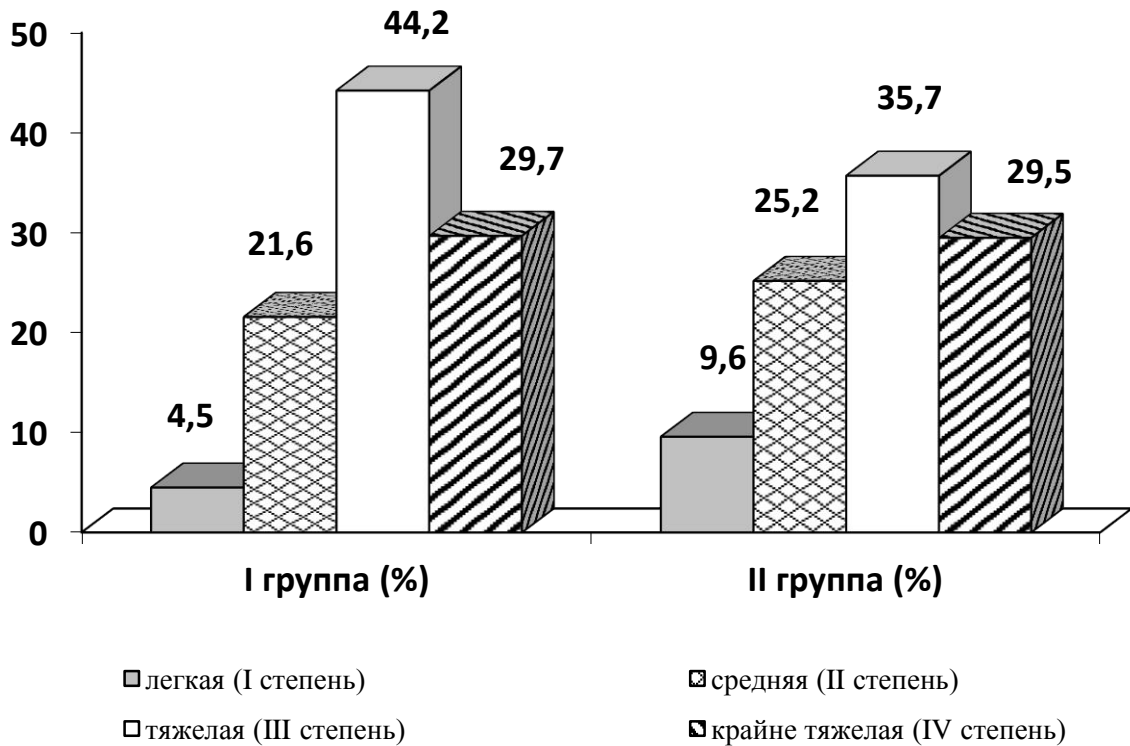


Рисунок 6 – Распределение больных по степени тяжести кровопотери при язвенных гастродуоденальных кровотечениях(%)

Ведущим методом диагностики язвенного гастродуоденального кровотечения являлась экстренная лечебно-диагностическая фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), которая проведена всем больным. По данным эндоскопии источник кровотечения установлен в 98,9% случаев. По эндоскопической картине активности кровотечения мы оценивали по классификации J.A. Forrest (1974), согласно которой выделяли продолжающееся кровотечение: Ia – артериальное, струйное, Ib – капельное, диффузное; остановившееся кровотечения: IIa – тромбированная артерия, IIb –

фиксированный сгусток, Пс – мелкие тромбированные сосуды. Язву под белым тромбом характеризовали как ForrestIII.

Как видно из таблицы 7 в I группе пациенты с активным кровотечением Тип I (FI) поступили 22 (10,8%) больных; состоявшимся кровотечением Тип II (FII) 79 (38,7%) и Тип III (FIII) 103 (50,5%) больных. Во II группе (основной) Тип I (FI) наблюдались у 29 (14,2%) больных, Тип II (FII) у 108 (53,8%) и Тип III (FIII) у 64 (32,0%) больных (p=0,002).

Таблица 7 – Распределение больных в исследуемых группах по типам желудочно-кишечных кровотечений по классификации J.A. Forrest (1974)

| Типы кровотечений по J.A. Forrest | Группы | | | |
|--------------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | I | | II | |
| | абс. | % | абс. | % |
| Тип I (FI) | 22 | 10,8 | 29 | 14,2 |
| FIa | 5 | 2,7 | 11 | 5,4 |
| FIb | 17 | 8,1 | 18 | 8,8 |
| Тип II (FII) | 79 | 38,7 | 108 | 53,8 |
| FIIa | 22 | 10,8 | 26 | 13,0 |
| FIIb | 29 | 14,4 | 43 | 21,2 |
| FIIc | 28 | 13,5 | 39 | 19,6 |
| Тип III (FIII) | 103 | 50,5 | 64 | 32,0 |
| Всего ... | 204 | 100,0 | 201 | 100,0 |

Оценивая характер кровотечения мы акцентировали внимание на 2 разновидности активного кровотечения по J.A.N.Forest:

- струйное пульсирующее кровотечение;
- стекание крови с краев язвы (кровотечение потоком).

Так же среди эндоскопических данных мы изучили 4 параметра: содержимое желудка, характер видимого кровотечения, свойства тромба, наличие эрозированного видимого сосуда (таблица 8).

Изучая содержимое желудка, акцентировали внимание на наличие остатков пищи, «кофейной гущи» и ее объем, сгустков крови.

Наличие только «кофейной гущи» мы расценивали как признак умеренного кровотечения, когда объем изливающейся крови успевает вступить в реакцию с соляной кислотой желудочного сока и превратится в «кофейную гущу».

Наличие же свежих сгустков крови, расценивали, как признак профузного кровотечения, обусловленного недостаточным вступлением в реакцию изливающейся крови с желудочным соком.

Таблица 8 – Эндоскопические данные в исследуемых группах при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях

| Эндоскопические данные | Степень выраженности | Группы | | | |
|----------------------------|----------------------|-----------|------|------------|------|
| | | I (n=204) | | II (n=201) | |
| | | абс. | % | абс. | % |
| Содержимое желудка | остатки пищи | 50 | 24,3 | 50 | 24,9 |
| | «кофейная гуща» | 143 | 70,3 | 139 | 69,4 |
| | сгустки крови | 11 | 5,4 | 12 | 5,7 |
| Характер кровотечения | струйное | 48 | 23,4 | 28 | 14,2 |
| | стекает с краев язвы | 156 | 76,6 | 173 | 85,8 |
| Цвет стекающей крови | кровь алого цвета | 7 | 3,6 | 28 | 14,2 |
| | кровь темного цвета | 197 | 96,4 | 173 | 85,8 |
| Цвет тромба | тромб алого цвета | 13 | 6,3 | 31 | 15,6 |
| | тромб темного цвета | 191 | 93,7 | 170 | 84,4 |
| Характер язвенного дефекта | черное пятно | 90 | 44,2 | 88 | 43,6 |
| | видимый сосуд | 44 | 21,6 | 43 | 21,5 |
| | фиксированный | 70 | 34,2 | 70 | 34,9 |
| | тромб | | | | |

Остатки пищи в желудке говорят о небольшом сроке начала и продолжительности кровотечения.

Большинство больных после эндоскопических исследований в желудке выявлено наличие «кофейной гущи» у 70,3% в I группе и у 69,4% во II группе. Стеkanie с краев язвы наблюдалось у 76,6% больных в I группе и у 85,8% во II группе. Кровь темного цвета было у 96,4% в I группе и у 85,8% во II группе. Тромб темного цвета отмечались у 93,7% в I группе и у 84,4% во II группе. По характеру язвенного дефекта «черное пятно» наблюдалось у 44,2% в I группе и у 43,6% во II группе.

В то же время в желудке выявлены сгустки крови 5,4% в I группе и 5,7% во II группе, струйный характер кровотечения 23,4% в I группе и 14,2% во II группе, алый цвет изливается крови 3,6% в I группе и 14,2% во II группе, алый цвет тромба 6,3% в I группе и 15,6% во II группе, видимый сосуд на дне язвы 21,6% в I группе и 21,5% во II группе.

Из признаков состоявшегося кровотечения (Тип II (FII)), мы изучили наличие видимого некровоточащего сосуда (тип IIА), характер фиксированного тромба-сгустка (тип IIВ) и плоское черное пятно (черное дно язвы – тип IIС).

Каждый из этих признаков на наш взгляд характеризует вид кровотечения. Так, наличие видимого сосуда указывает на аррозию артериальной стенки, темный цвет тромба – на изливается венозную кровь, алый цвет на тромб из артериальной крови, видимое черное дно язвы свидетельствует о диффузном и незначительном кровотечении из стенок язвенного дефекта.

3.2 ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Многообразие клинических, эндоскопических и лабораторных данных у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением, определенные

нами в процессе исследования, привели нас к необходимости выделения основных факторов, которые приводят к желудочно-кишечным кровотечениям.

Решение проблемы язвенных кровотечений связано, прежде всего, с прогнозированием рецидива кровотечения с последующей научно-обоснованной коррекцией хирургической тактики. Главная проблема в прогнозе течения заболевания состоит в неосуществимости точного перенесения в информационную систему логического процесса, которым пользуется доктор в принятии решения. Среди потенциальных проблем следует отметить противоречие между неточностью большинства медицинских данных (симптомов, признаков) и точностью, которая необходима компьютеру, избыточность данных. Поэтому сокращение информации является важным требованием в анализе диагностических признаков (Бакиров Р.Р., 2009).

Многообразие клинических, эндоскопических и лабораторных данных у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением, определенные нами в процессе исследования, привели нас к необходимости выделения основных факторов, которые приводят к желудочно-кишечным кровотечениям.

Выделение основных факторов риска желудочно-кишечного кровотечения требует внимательного, взвешенного анализа данных полученных при обследовании больных всех групп. Исходными данными для построения прогноза послужили клинико-статистические, лабораторные, эндоскопические, медико-биологические, медико-организационные данные и особенности образа жизни (поведенческие). Было проанализированы факторы, влияющие на течение и развитие ЯГДК. Все они были разбиты на комплексы.

Факторы риска, выявленные при сборе анамнеза (1 комплекс потенциальных факторов риска):

- Наследственная отягощенность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта (по язвенной болезни).
- Длительность заболевания.
- Возраст (старшие возрастные группы).
- Пол.

– Желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе.

Неблагоприятные производственные факторы риска (2 комплекс):

– Ненормированный рабочий день.

– Производственная вредность.

Неблагоприятные факторы риска (3 комплекс):

– Нерегулярное питание, не соблюдение диеты.

– Курение.

– Злоупотребление алкоголем (установлена по данным анамнеза, опроса родственников).

– Отказ от регулярного, противорецидивного лечения ЯГДК.

– Бытовые и производственные психоэмоциональные перегрузки.

– Прием нестероидных противовоспалительных средств (аспирин, цитрамон, диклофенак и др.).

Состояние пациента на момент обследования анализировалось в рамках 4 комплексов факторов риска – клинико-статистические и медико-организационные факторы:

– Своевременность госпитализации (сроки поступления в стационар).

– Ассоциация ЯБ в период обострения и развития ЖКК с *Helicobacter pylori*.

– Наличие и характер сопутствующих заболеваний.

– Степень кровопотери (классификация В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, 2005).

Основные эндоскопические факторы риска (5 комплекс):

– Локализация язвенного дефекта применительно к пораженному органу.

– Размер дефекта слизистой оболочки.

– Количество язвенных дефектов.

– Состояние локального гемостаза у больных с ЯГДК (по шкале J.A.N. Forrest).

Для изучения комплексного влияния факторов риска (ФР) рецидива кровотечения был использован метод нормирования интенсивных показателей (Шиган Е.Н., 1977). Для этого были рассчитаны интенсивные показатели частоты рецидива среди пациентов по факторам, влияние которых было оценено. Сведения были получены путем выкопировки данных из медицинской карты

стационарного больного и разработанной нами анкеты, которая включала 20 вопросов. Структура анкеты содержала сведения о медико-биологических, профессиональных, поведенческих факторах риска. Было проанализировано 405 первичных документа сплошным методом.

На основании данных литературы (Боженков О.Ю., 2007; Бакиров Р.Р., 2009 и др.) были определены факторы риска, которые наиболее существенно влияют на рецидивирование кровотечения у больных ЯБ. После проведенного анализа для дальнейшего исследования было проанализировано 20 факторов риска ЖКК. Для каждого фактора были рассчитаны интенсивные показатели (ИП) частоты рецидивов.

За нормирующую величину или показатель (М) был принят общий показатель частоты рецидивов (%) в целом среди совокупности всех больных рассчитанный по формуле (12):

$$M=77/405 \times 100=19,02\% \quad (12)$$

На следующем этапе рассчитали нормированные интенсивные показатели (НИП) по формуле (9), которые были получены при делении каждого из интенсивных показателей, полученных для отдельных факторов и их градаций (г), на эту нормирующую величину.

После расчета нормированных интенсивных показателей по всем факторам риска, создали оценочную таблицу, состоящую из факторов риска и их градаций со значением соответствующего им нормированного интенсивного показателя. Из-за неравнозначности действия конкретного фактора риска на формирование частоты рецидивов и учета «вклада» каждого из них определяли их «весовые» индексы (К). Последний вычисляли как равенство отношения максимального и минимального нормированного интенсивного показателя конкретного фактора (его градаций).

Весовые коэффициенты по всем признакам оказались выше 1, что позволяет утверждать, что вышеперечисленные факторы относятся к факторам риска. Коэффициенты колебались от $K=1,04$ по признаку «профессиональная вредность», до $K=15,0$ по эндоскопическому признаку «характер язвенного

дефекта». Все НИП были записаны в многофакторную оценочную таблицу (таблица 9).

Далее рассчитывали прогностический коэффициент риска (P) $P=K \times \text{НИП}$ (13), который помогал охарактеризовать вклад конкретного фактора риска в развитие рецидивов.

На следующем этапе были вычислены максимальный (Pmax) и минимальный (Pmin) риск рецидива кровотечения. При этом максимальный риск получали при суммировании наибольших коэффициентов (P) для каждого из учтенных управляемых и неуправляемых риск-факторов, а минимальный – при суммировании наименьших значений коэффициентов (P) этих же риск-факторов.

Таблица 9 – Матрица для комплексной оценки риска рецидива желудочно-кишечных кровотечений по факторам риска

| Факторы риска | Градации | Число больных | Рецидив был (ИП, %) | НИП | К | Р |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|---------------------|------|------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Пол | мужчины | 331 | 66 (19,9%) | 1,19 | 2,38 | 2,83 |
| | женщины | 133 | 11(8,3%) | 0,50 | – | 1,19 |
| Возраст | до 50 лет | 196 | 31 (15,0%) | 0,89 | 1,20 | 1,07 |
| | 50 лет и старше | 268 | 46 (17,8%) | 1,07 | – | 1,28 |
| Длительность заболевания более 5 лет | да | 301 | 57(18,9%) | 1,13 | 1,53 | 1,73 |
| | нет | 163 | 20 (12,3%) | 0,74 | – | 1,13 |
| ЖКК в анамнезе | да | 169 | 65 (38,5%) | 2,31 | 9,24 | 21,34 |
| | нет | 295 | 12 (4,1%) | 0,25 | – | 2,31 |
| Персистенция Helicobacter pylori | да | 418 | 71 (17,2%) | 1,03 | 1,32 | 1,36 |
| | нет | 46 | 6 (13,0%) | 0,78 | – | 1,03 |
| Два и более хронических заболеваний | да | 169 | 32 (18,9%) | 1,13 | 1,23 | 1,39 |
| | нет | 295 | 45 (15,3%) | 0,92 | – | 1,13 |
| Наличие болезни | да | 183 | 33 (18,0%) | 1,08 | 1,16 | 1,25 |

| | | | | | | |
|---|--|-----|------------|------|------|-------|
| системы кровообращения | нет | 281 | 44 (15,6%) | 0,93 | – | 1,08 |
| Отсутствие регулярного противорецидивного лечения | да | 239 | 53 (22,1%) | 1,32 | 2,06 | 2,72 |
| | нет | 225 | 24 (10,7%) | 0,64 | – | 1,32 |
| Прием НПВС | да | 211 | 37 (17,5%) | 1,05 | 1,10 | 1,16 |
| | нет | 253 | 40 (15,8%) | 0,95 | – | 1,05 |
| Курение | да | 242 | 50 (20,6%) | 1,23 | 1,68 | 2,91 |
| | нет | 222 | 27 (12,2%) | 0,73 | – | 1,23 |
| Нерегулярное питание | да | 244 | 42 (17,2%) | 1,03 | 1,08 | 1,11 |
| | нет | 220 | 35 (15,9%) | 0,95 | – | 1,03 |
| Злоупотребление алкоголем | да | 267 | 68 (25,4%) | 1,52 | 5,43 | 8,25 |
| | нет | 197 | 9 (4,6%) | 0,28 | – | 1,52 |
| Продолжение таблицы 3 | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Профессиональная вредность | да | 219 | 37 (16,9%) | 1,01 | 1,04 | 1,05 |
| | нет | 245 | 40 (16,3%) | 0,97 | – | 1,01 |
| Размер язвенного дефекта | в желудке более 2 см, в ДПК – более 1 см | 264 | 72 (27,2%) | 1,62 | 10,8 | 17,50 |
| | нет | 200 | 5 (2,5%) | 0,15 | – | 1,62 |
| Тяжелая и крайне тяжелая степень кровопотери | да | 312 | 73 (23,7%) | 1,42 | 8,88 | 12,60 |
| | нет | 152 | 4 (2,6%) | 0,16 | – | 1,42 |
| Множественные язвы (2 и более) | да | 74 | 30 (40,5%) | 2,43 | 3,57 | 8,68 |
| | нет | 390 | 44 (11,3%) | 0,68 | – | 2,42 |
| Локализация язвы | кардиальный отдел желудка | 66 | 15 (21,2%) | 1,27 | 1,84 | 2,34 |
| | тело желудка | 53 | 7 (13,2%) | 0,79 | – | 1,45 |
| | антральный отдел | 32 | 5 (15,6%) | 0,93 | – | 1,71 |
| | пилорический отдел | 26 | 3 (11,5%) | 0,69 | – | 1,27 |
| | луковица ДПК | 272 | 46 (16,9%) | 1,02 | – | 1,88 |

| | | | | | | |
|--|------------------------|-----|------------|------|-------|-------|
| | залуковичный отдел | 15 | 2 (13,3%) | 0,80 | – | 1,47 |
| Характер язвенного дефекта | видимый сосуд | 100 | 30 (30,0%) | 1,80 | 15,00 | 27,00 |
| | фиксированный тромб | 161 | 43 (26,7%) | 1,59 | – | 23,85 |
| | «черное пятно» | 203 | 4 (2,0%) | 0,12 | – | 1,80 |
| Высокий индекс ЛИИ | да | 281 | 54 (19,2%) | 1,14 | 1,52 | 1,73 |
| | нет | 183 | 23 (12,6%) | 0,75 | – | 1,14 |
| Выраженное снижение гемостатического потенциала и гипокоагуляция | да | 245 | 53 (21,6%) | 1,30 | 2,00 | 2,60 |
| | нет | 219 | 24 (10,9%) | 0,66 | – | 1,32 |

Примечание: НИП – нормированный интенсивный показатель, К – весовой коэффициент, Р – прогностический коэффициент риска.

Минимальный и максимальный риск были рассчитаны по формуле (10, 11).

Диапазон колебаний, в пределах которого находятся оценки риска (P_{\max} – P_{\min}) позволил составить оценочную таблицу и классифицировать всех пациентов, разделив на 3 группы риска рецидива кровотечения: благоприятного прогноза, «группа внимания» и неблагоприятного прогноза (таблица 10).

Каждый фактор имеет свой вес в формировании рисков. Наибольший вес имели следующие факторы риска: характер язвенного дефекта, ЖКК в анамнезе, размер язвенного дефекта, тяжелая и крайне тяжелая степень кровопотери, множественные язвы (2 и более), злоупотребление алкоголем, мужской пол, курение, выраженное снижение гемостатического потенциала и гипокоагуляция, отсутствие регулярного противорецидивного лечения.

Таблица 10 – Оценочная таблица степени вероятности риска возникновения рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений (P_{\min} – P_{\max})

| | |
|--------|---------------------------|
| Оценка | Степень вероятности риска |
|--------|---------------------------|

| | наименьшая | средняя | наибольшая |
|------------------|---------------|-------------------|-----------------|
| Размер диапазона | 27,09–58,34 | 58,35–89,59 | 89,60–120,83 |
| Прогноз | благоприятный | «группа внимания» | неблагоприятный |

Для определения индивидуального риска возникновения рецидивов применяли один из методов распознавания образов наивысшего правдоподобия, основанных на предположении о независимости факторов. Коэффициенты отношения правдоподобия, рассчитанные по всем наиболее значимым факторам риска, дали возможность определить насколько правдоподобна вероятность развития рецидивов у больных. Коэффициенты отношения правдоподобия позволяют определить индивидуальное прогнозирование вероятности возникновения рецидивов в отношении каждого больного, перенесшего кровотечение.

3.3 ЛОКАЛЬНЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИИ АНГИОАРХИТЕКТониКИ В ЗОНЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Возникновение тяжести кровотечения и его рецидива напрямую зависят от диаметра аррозированного сосуда (Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В., 1999; Вербицкий В.Г., 1999). Самыми опасными с точки зрения возникновения рецидива кровотечения считаются хронические язвы, находящиеся на малой кривизне желудка и задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (Тверитнева В.Ф., 2003; Гостищев В.К., Евсеев М.А., 2004; Короткевич А.Г., 2004; Шапкин Ю.Г., 2004; Хаджибаев А.М., 2005).

Для решения выбора хирургической тактики проводили изучение сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки на аутопсийных макропрепаратах, которые брали у трупов больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившиеся кровотечением. При этом оценивалось состояние слизистой оболочки желудка, края язвенного дефекта и соседнего с язвой участка слизистой оболочки сосуда, питающий данную зону.

Объектом морфологического исследования стали аутопсийные микро- и макропрепараты желудка и двенадцатиперстной кишки у 59 больных.

Язвенные дефекты, возникающие в желудке и двенадцатиперстной кишке, расположены в различных ее отделах. Поэтому исследование локальных особенностей кровоснабжения гастродуоденальных артерий и ее ветвей, с точки зрения возможной их аррозии язвенным процессом представляет практический интерес, чем обусловлено проведение нами изучения бассейнов желудочных артерий. Различают 4 вида бассейна желудочных артерий:

1. Бассейн левой желудочной артерии кровоснабжает кардиальный отдел (малая кривизна, передняя и задняя стенка), $1/3$ часть дна (малая кривизна) и $1/2$ часть тела желудка (малая кривизна, передняя и задняя стенка), что составляет $0,4-0,35$ всей площади желудка.

2. Бассейн селезеночной артерии обеспечивает $2/3$ часть дна (большая кривизна, передняя и задняя стенка) и $1/4$ часть тела (в $3/3$ тела желудка по большой кривизне, передней и задней стенке), т. е. $0,3-0,25$ площади желудка.

3. Бассейн правой желудочно-сальниковой артерии кровоснабжает $1/4$ часть тела желудка (в $3/3$ тела желудка по большой кривизне, передняя и задняя стенка), $2/3$ части антрального и пилорического отдела, $1/2$ часть двенадцатиперстную кишку (пилороантральный отдел по большой кривизне, передней и задней стенке, малая кривизна и задняя стенка двенадцатиперстной кишки), что составляет $0,25-0,2$ всей площади желудка.

4. Бассейн правой желудочной артерии обеспечивает $1/3$ часть антрального и пилорического отдела (пилороантральный отдел по малой кривизне), т. е. $0,1-0,05$ площади желудка.

По результатам нашего изучения бассейнов желудочных артерий свидетельствуют, что чаще кровотечения наблюдалось из язв бассейна левой желудочной артерии у 23 (39,0%) и бассейна селезеночной артерии у 18 (30,5%) (рисунок 7).

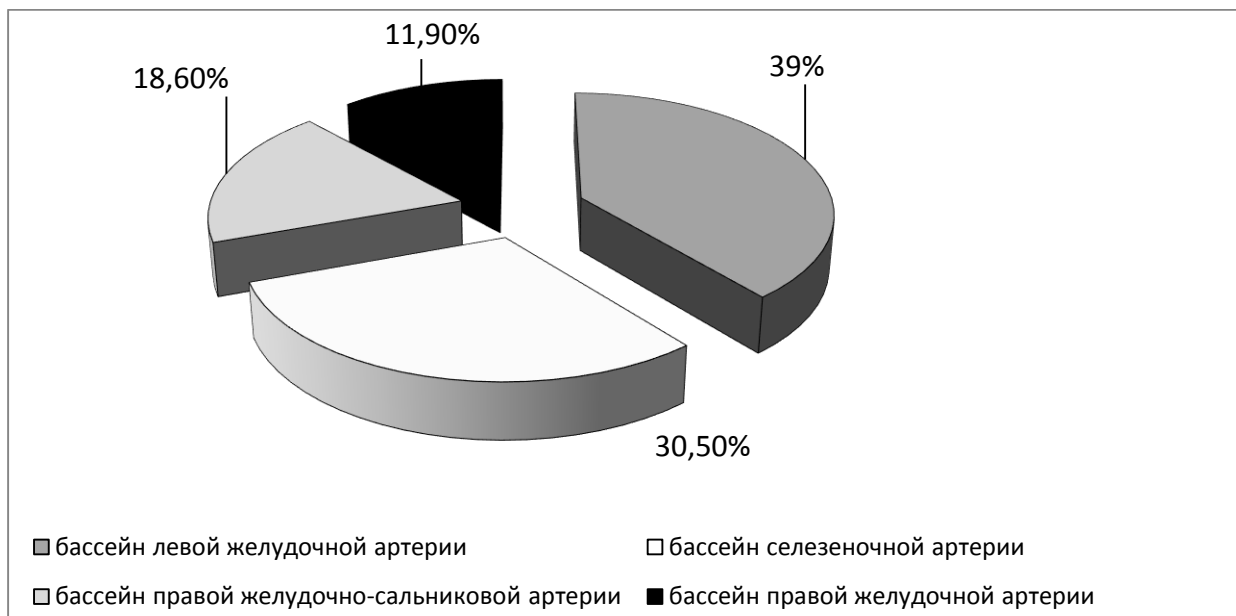


Рисунок 7 – Виды бассейнов язвенных гастродуоденальных кровотечений

Большинство язвы эрозировались по малой кривизне и задней стенки кардиального отдела и тела желудка, а также из язв задней стенки двенадцатиперстной кишки. Результаты морфологического исследования объясняют наибольшую частоту рецидивов кровотечений из язв, расположенных на задней стенке кардиального отдела и тела желудка, а также на задней стенке двенадцатиперстной кишки. При расположении язв в этих отделах, как правило, происходит аррозия крупных артериальных сосудов, которые вызывают тяжелое кровотечение.

В зависимости от вида эрозированного сосуда мы выделили 2 вида кровотечения:

- артериальное (рисунок 9);
- венозное (рисунок 8).

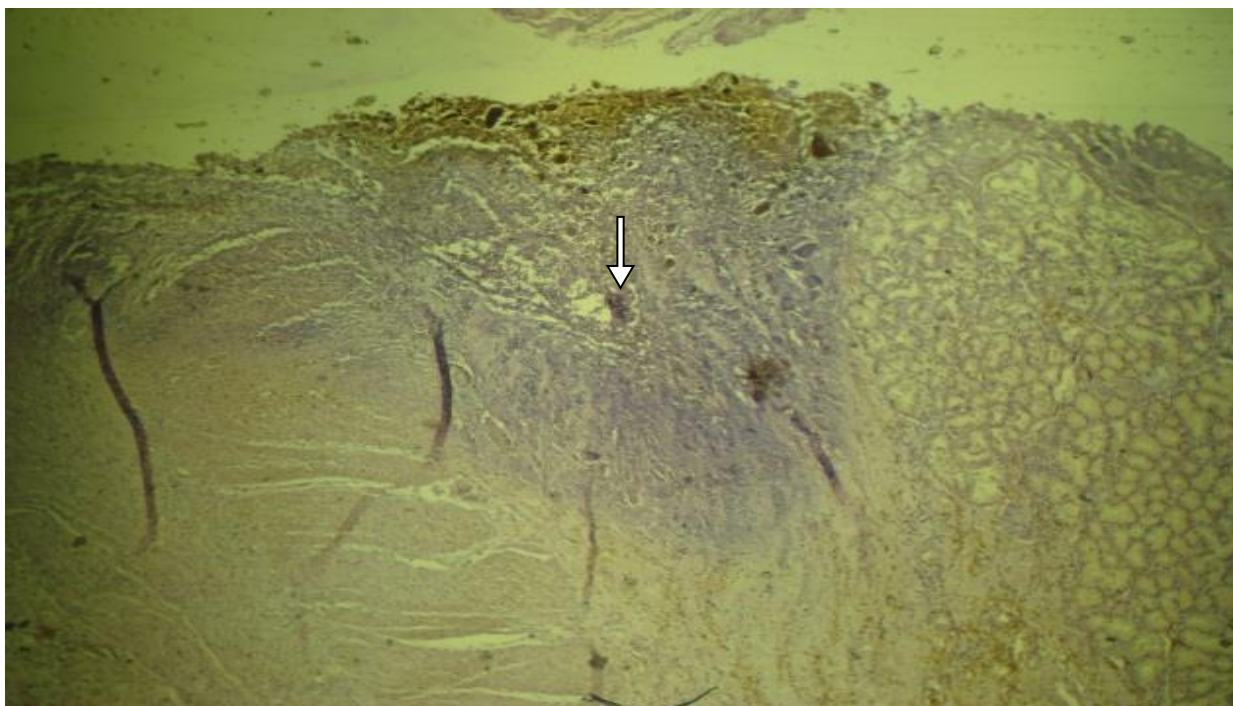


Рисунок 8 – Патоморфология вида кровотока (дно хронической язвы в стадии обострения. Ко дну язвы подходит эрозированный венозный сосуд с лимфоцитарной инфильтрацией стенки

Причинами кровотечения служат эрозированные сосуды дна язвенного кратера, в том числе экстраорганные сосуды, а также сосуды слизистой-подслизистой слоя прямо по краю язвенного кратера. Эрозированные сосуды дна язвы представлены преимущественно артериями среднего диаметра. Участок деструкции и сопутствующей нейтрофильной инфильтрации сосудистой стенки находится в зоне экссудации и (или) фибриноидного некроза язвенного кратера и всегда обращен в просвет органа.

В стенках артерий определяются явления выраженной склеротической дегенерации с замещением мышечных волокон коллагеновыми, гиперплазия интимы, в некоторых препаратах выявляется разрастание грануляционной ткани от интимы в просвет сосуда.

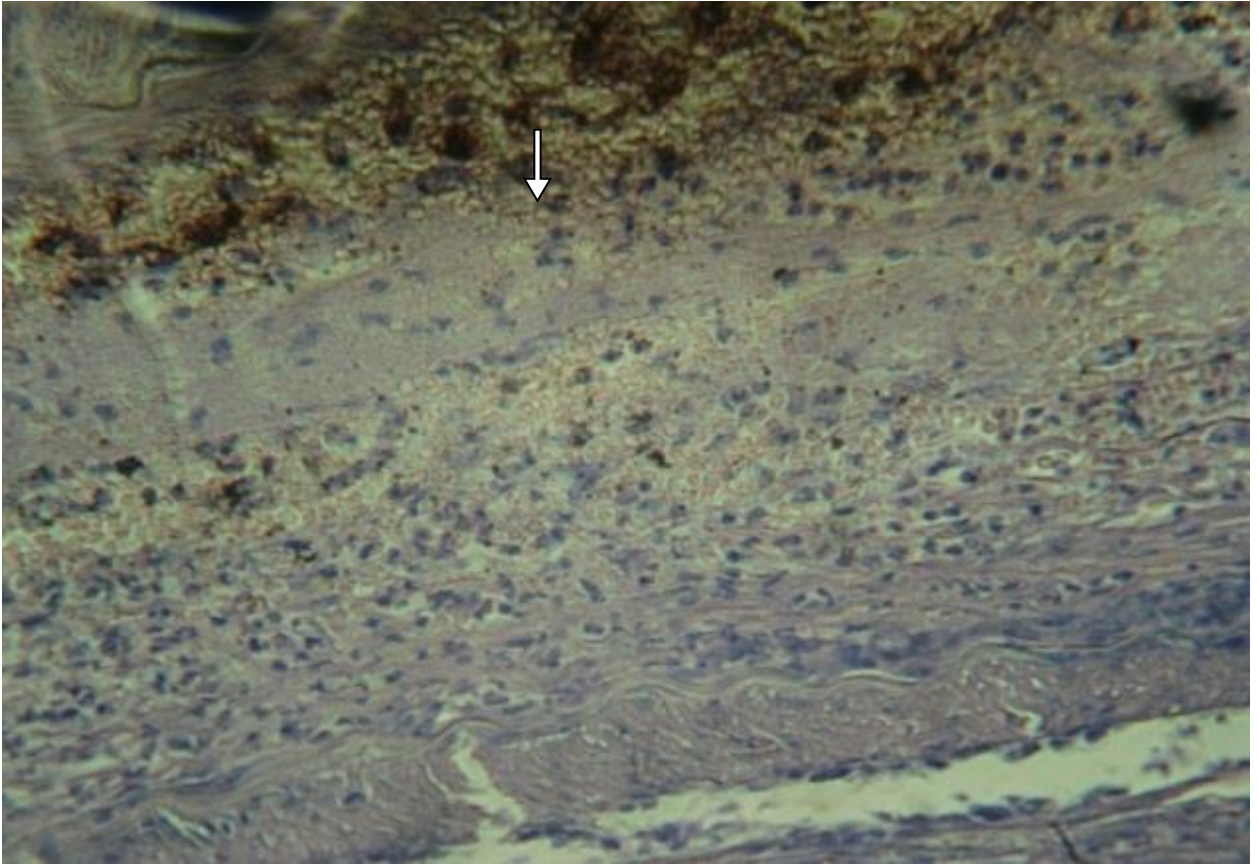


Рисунок 9 – Артериальный сосуд. Выраженный периваскулярный фиброз

В большинстве препаратов просвет артерий, явившихся бывших геморрагии, выполнен тромбом. Тромбы находятся в состоянии частичной организации, с фиксацией к эндотелию на полуокружности сосуда, противоположной просвету органа.

ГЛАВА 4. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

4.1 ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Усовершенствование эндоскопической техники и методов лечебной эндоскопии явились еще одним важным моментом, который привел к более дифференцированной тактике лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений. Сейчас, в мире современных достижений в эндоскопии, требуется уточнения роли и место эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений.

В нашей клинике мы использовали следующие методы лечебной эндоскопии: орошение источника кровотечения, обкалывание раствором адреналина, моно- и биполярная диатермокоагуляция, обработка язв раствором капрофера в соотношении с аминокaproновой кислотой 1:5, клипирование, эндолигирование, а также их сочетание.

Использование лечебной эндоскопии для остановки продолжающегося кровотечения, так и для усиления гемостаза при наличии кровотечения в язвенном кратере. Так же широко пользовались сочетанием методов эндоскопического гемостаза, среди которых, чаще применялись инфильтрация и диатермокоагуляция, которые оканчивались еще и обработкой сформировавшегося струпа раствором капрофера. В некоторых моментах, обкалывание источника кровотечения раствором адреналина препятствует прилипанию возникшего сгустка к моно активному электроду, что предупреждает возможный его отрыв от язвы и возникновение кровотечения и

делает процедуру диатермокоагуляции более надежным. Разной была и доза вводимого раствора адреналина. В настоящее время мы стараемся вводить не менее 5–7 мл раствора, создавая компрессию вокруг эрозированного сосуда.

Из 405 пациентов, поступивших в стационар с диагнозом язвенные гастродуоденальные кровотечения, кровотечение является рецидивом у 40 (19,6%) больных в II группе и у 37 (18,4%) в I группе ($p=0,803$) (таблица 11).

Таблица 11 – Число рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных в исследуемых группах

| Группы больных | Наличие рецидивов | |
|----------------|-------------------|-------------|
| | есть | нет |
| I (n=201) | 37 (18,4%) | 164 (81,6%) |
| II (n=204) | 40 (19,6%) | 164 (80,4%) |

Анализ показал, что у больных, имевших рецидивы, локализация чаще была в ДПК 48 случаев (62,3%), чем в желудке 29 случаев (37,7%) (таблица 12).

Таблица 12 – Число рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений с учетом локализации язв в исследуемых группах

| Локализация язв | Число больных | Число рецидивов по группам | | | |
|-------------------------------------|---------------|----------------------------|-----|-----------|-----|
| | | I (n=40) | | II (n=37) | |
| | | абс. | % | абс. | % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Желудок | 130 | 15 | 7,3 | 14 | 7,0 |
| кардиальный и субкардиальный отдел: | 49 | 6 | 2,9 | 5 | 2,5 |
| – задняя стенка | 19 | 3 | – | 2 | – |
| – малая кривизна | 17 | 2 | – | 3 | – |
| – передняя стенка | 13 | 1 | – | – | – |

| Продолжение таблицы 12 | | | | | |
|---------------------------------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| тело желудка: | 39 | 4 | 2,0 | 5 | 2,5 |
| – задняя стенка | 10 | 2 | – | 2 | – |
| – малая кривизна | 12 | 1 | – | 2 | – |
| – передняя стенка | 10 | 1 | – | – | – |
| – большая кривизна | 7 | – | – | 1 | – |
| антральный отдел желудка: | 23 | 3 | 1,5 | 2 | 1,0 |
| – задняя стенка | 4 | 1 | – | 1 | – |
| – малая кривизна | 9 | 2 | – | 1 | – |
| – передняя стенка | 4 | – | – | – | – |
| – большая кривизна | 6 | – | – | – | – |
| пилорический отдел желудка: | 19 | 2 | 0,9 | 2 | 1,0 |
| – задняя стенка | 6 | 1 | – | – | – |
| – малая кривизна | 7 | 1 | – | 2 | – |
| – передняя стенка | 3 | – | – | – | – |
| – большая кривизна | 3 | – | – | – | – |
| Двенадцатиперстная кишка | 275 | 25 | 12,3 | 23 | 11,4 |
| Луковица: | 261 | 22 | 10,8 | 19 | 9,4 |
| – задняя стенка | 143 | 10 | – | 9 | – |
| – передняя стенка | 25 | 3 | – | 1 | – |
| – нижняя стенка | 13 | 2 | – | 2 | – |
| – верхняя стенка | 80 | 7 | – | 7 | – |
| залуковичный отдел: | 14 | 3 | 1,5 | 4 | 2,0 |
| – задняя стенка | 5 | 1 | – | 2 | – |
| – передняя стенка | 3 | 1 | – | 1 | – |
| – верхняя стенка | 4 | 1 | – | 1 | – |
| – нижняя стенка | 2 | – | – | – | – |
| Итого ... | 405 | 40 | 19,6 | 37 | 18,4 |

За анализируемый период у 258 (63,7%) из 405 больных предпринята попытка эндоскопической остановки кровотечения ($p=0,012$).

Гемостаз не удалось достичь у 55 больных с хронической язвой двенадцатиперстной кишки и у 11 больных с хронических язв желудка (таблица 13). Кровотечение струйного характера встречалось в 10 случаях при кишечной локализации язвы и в 5 случаях при хронической язвы желудка. В двенадцатиперстной кишке язвы в 70% случаев так же находились на ее задней стенке.

Таблица 13 – Результаты лечебной эндоскопии при продолжающемся желудочно-кишечном кровотечении

| Источник кровотечения и степень кровопотери | Всего больных | Гемостаз не достигнут | Гемостаз достигнут | |
|--|------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------|
| | | | всего | рецидив после гемостаза |
| Язва желудка: | 75 (29,1%) | 11 (14,7%) | 64 (85,3%)* | 16 (25,0%) |
| – легкая | 6 | – | 6 | 0 |
| – средняя | 25 | 2 | 23 | 1 |
| – тяжелая | 32 | 7 | 25 | 10 |
| – крайне тяжелая | 12 | 2 | 10 | 5 |
| Язва двенадцатиперстной кишки: | 183 (70,9%) | 55 (30,1%) | 128 (69,9%) | 32 (25,0%) |
| – легкая | 21 | 2 | 19 | 5 |
| – средняя | 33 | 19 | 14 | 9 |
| – тяжелая | 98 | 24 | 74 | 10 |
| – крайне тяжелая | 31 | 10 | 21 | 8 |
| Итого ... | 258 (100,0) | 66 (25,6%) | 192 (74,4%) | 48 (25,0%) |

Надо заметить, что в 50% случаев неудачного гемостаза была использована раствор капрофера, в 66,6% – встречалась тяжелая и крайне тяжелая кровопотеря.

Превалирование случаев неудачного гемостаза кишечного расположения связано с трудностями технического манипулирования в двенадцатиперстной кишке.

Оказалось неэффективным и применение капрофера для остановки как диффузного, так и струйного кровотечения. Всем больным с неудачной попыткой эндоскопического гемостаза осуществлена неотложная операция.

Гемостаз был достигнут у 64 (85,3%) больных из 75 с хронической язвой желудка и у 128 (69,9%) из 183 – с хронической язвой двенадцатиперстной кишки ($p=0,012$). При этом кровотечение струйного характера встречалось у 25 (9,7%) больных с хронической язвой желудка и у 10 (3,8%) – с кишечной локализацией язвы. У 37% пациентов для достижения гемостаза было применено сочетание методик, еще у 24% больных – только раствор капрофера. После предоперационной подготовки хирургическому лечению подвергнуты 8 больных с хронической язвой желудка (из них 3 – после остановки струйного характера кровотечения) и 9 – с хронической язвой двенадцатиперстной кишки (2 – после остановки струйного кровотечения).

После остановки кровотечения струйного характера рецидив кровотечения возник у 16 (25,0%) пациентов из язвы желудка (9 из них находились в теле желудка и 7 на его задней стенке) и у 32 (25,0%) – из язвы двенадцатиперстной кишки (из них 22 локализовались на ее задней стенке, 8 на верхней стенке и 2 на передней стенке). Как было вышесказанное, по мере увеличения степени тяжести кровопотери нарастает количество, как неудачных попыток остановки кровотечения, так и число рецидивов кровотечения. При этом более половины случаев возобновления кровотечения пришлось на тяжелую и крайне тяжелую кровопотерю. Более неудачные результаты эндоскопического лечения встречаются после остановки струйного кровотечения из язв тела желудка и двенадцатиперстной кишки, расположенных на их задней стенке и малой кривизне, где расположены крупные артериальные сосуды, аррозия которых, как правило, вызывает тяжелое кровотечение.

Учитывая высокую частоту возникновений кровотечений, использование капрофера для усиления гемостаза при наличии признаков кровотечения в

язвенном кратере мы считаем нецелесообразным. Поэтому подробный разбор этих пациентов не приводится. Следует лишь отметить, что в эту группу вошли и больные с риском оперативного вмешательства и с отказом от нее.

Еще у 166 больного для достижения гемостаза применялись: диатермокоагуляция – 22 (13,3%), инъекирование – 49 (29,5%), а также их сочетание – 95 (57,2%).

Как видно из таблицы 14, рецидив кровотечения возник у 15 (9,0%) пациентов, при этом у 10 (6,0%) больных – при тяжелой кровопотере.

Таблица 14 – Применение лечебной эндоскопии при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях в зависимости от степени кровопотери

| Степень кровопотери | Лечебная эндоскопия | Рецидив после гемостаза | |
|---------------------|---------------------|-------------------------|-----|
| | абс. (%) | абс. | % |
| Легкая | 40 (24,1%) | 0 | 0 |
| Средняя | 49 (29,5%) | 1 | 0,6 |
| Тяжелая | 70 (42,2%) | 10 | 6,0 |
| Крайне тяжелая | 7 (4,2%) | 4 | 2,4 |
| Итого ... | 166 (100,0%) | 15 | 9,0 |

На сегодняшний день одним из самых эффективных и перспективных методов эндоскопического гемостаза являются клипирование и лигирование кровоточащих сосудов. В нашей клинике остановка кровотечения методом клипирование выполнено 23 (8,9%) пациентам. У 69 (26,7%) больных клипирование использовано как конечный метод гемостаза в сочетании с орошением и инъекционным способом. Окончательным способом остановки кровотечения метод оказался у 208 (80,6%) пациента. У 51 (19,7%) пациента отмечено повторное кровотечение. В 43 (16,7%) случаях оно было остановлено повторным клипированием. В 8 (3,1%) случаях метод клипирование оказалось неэффективным, из-за ригидности тканей в зоне кровоточащего сосуда. Эти

больные в дальнейшем были оперированы, причем в 2 случаях по отсроченным показаниям после проведенной предоперационной подготовки. Метод лигирования применялось в 10 случаях (3,9%). Методика лигирования использовался при наличии соответствующих условий для захвата слизистой в рабочий цилиндр для накладывания лигатуры. Данная методика не применялась в тех случаях, когда слизистая в области геморрагии была плотной (каллезная язва) и накладывание лигатуры не представлялось возможным. В других моментах метод лигирования сочетали с орошением. Такой серьезный подход к узкому отбору пациентов и явился причиной высокой эффективности применения данного метода гемостаза, которая составила 75%. Рецидив кровотечения возник у одного человека, который был оперирован по экстренным показаниям.

В настоящее время внедрения лечебной эндоскопии и применения инъекционных форм антисекреторных препаратов заключается в уменьшении оперативной активности. Метод лечебной эндоскопии с сочетанием противоязвенной терапией иной раз становится единственным шансом спасти больного, что при современных условиях увеличения среди больных пожилого и старческого возрастов становится весьма актуальным.

Вероятно, что улучшение результатов лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями возможно благодаря дифференцированной тактике лечения, основанной на индивидуальном прогнозе рецидива кровотечения, совершенствования лечебной эндоскопии и уточнении показаний к оперативным вмешательствам.

Таким образом, значение лечебной эндоскопии при язвенных гастродуоденальных кровотечениях определяется следующими моментами:

Продолжающееся диффузное или струйное кровотечение является показанием к немедленному эндоскопическому гемостазу. Многократные попытки остановки кровотечения, особенно при артериальном виде кровотечения из хронических каллезных язв, расположенных в кардиальном

отделе и теле желудка, а так же на задней стенке двенадцатиперстной кишки, нецелесообразны, так как ведут к задержке оперативного вмешательства.

Показанием к проведению лечебной эндоскопии является неустойчивый гемостаз Forrest IIa-IIb. Больные с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей с эндоскопическими признаками риска рецидива после предоперационной подготовки подлежат оперативному вмешательству.

Применение современных методов эндоскопического гемостаза удается остановить активное продолжающееся кровотечение у 78,5% из числа пациентов и, соответственно увеличить общий уровень эффективности эндоскопических вмешательств.

Целесообразно использовать инъекционные методики, диатермокоагуляцию, клипирование и эндолигирование для остановки продолжающегося кровотечения и профилактики его рецидива. Их комбинация в большинстве случаев бывает более эффективным.

Проведение контрольной ФЭГДС показана после выполнения лечебной эндоскопии и должна быть выполнена в срок 6–12 часов после первого исследования. Повторное применение эндоскопического гемостаза показано в случае выбора консервативной тактики ведения, и при сохраняющихся критериях неустойчивого гемостаза в язве. Сроки выполнения повторного запланированного эндоскопического исследования решаются индивидуально.

В данный момент важны не только условия и причины возникновения рецидива кровотечения из хронических гастродуоденальных язв, но и возможность современной консервативной терапии препятствовать его возникновению. Поэтому, в данном разделе далее будут анализироваться пациенты с рецидивом кровотечения, возникшем в клинике при проведении консервативной терапии, когда был установлен источник кровотечения и степень устойчивости гемостаза.

Надо заметить, что из 405 пациентов у 150 (37,0%) противоязвенная терапия или вообще не проводилась или не проводилась в прецидивный период, 21 (5,2%) – принимали только пероральные препараты (ранитидин,

фамотидин, омепразол) в разных дозировках, 238 (58,7%) больных получали инъекционные формы H₂-блокатора кваматела (у 44 из них было в комбинации с инъекционной формой омепразола – лосеком, у 15 – с лосеком и октреотидом) и 6 (1,5%) больных получали только лосек. Так же, была различной и суточная доза кваматела – от 20 до 80 мг в сутки. Вышеуказанное обстоятельство затрудняет детальное выяснение роли антисекреторной терапии в предотвращении рецидива кровотечения. Тем самым, некоторые закономерности видны весьма отчетливо.

Больные I группы поступали в стационар с клиникой ОГДЯК, где проводилось консервативное лечение по стандартной методике, включающей, внутривенное введение антисекреторных препаратов, гемостатическая терапия, установка назогастрального зонда, эндоскопическую остановку кровотечения без учёта строения сосудистой сети в зоне язвы. При активной геморрагии или при неэффективности консервативной терапии выполняли экстренное оперативное вмешательство: лапаротомию, прошивание язвы, резекцию желудка в различных модификациях. Большинство пациенты I группы поступали в сроки от 12 до 24 часов, как правило, с симптомами, соответствующими II–III степени кровопотери. Поступления более в поздние сроки и выраженные изменения в ОАК и гемодинамики требовали проведения интенсивной терапии в условиях палаты интенсивной терапии, а у крайне тяжелых больных в условиях реанимационного отделения. При продолжающемся кровотечении проводили эндоскопический гемостаз, при неэффективности – экстренную операцию.

Основным методом консервативной терапии являлась гемостатическая и противоязвенная терапия, использовавшаяся у 204 (100%) больных I группы. Введение свежезамороженной плазмы выполнено 70 (34,2%) больным, а гемотрансфузия одногруппной эритроцитарной массы – у 39 (18,9%) больных. У 95 (46,8%) больным выполнялась симптоматическая терапия, включающая в себя в зависимости от клинических проявлений, седативную терапию, введение дыхательных аналептиков, кардиотропные препараты и др. У 40 (19,6%) пациентов I группы имел место рецидив кровотечения, который выявлен

в разные сроки от момента поступления в стационар. В 1–2 сутки рецидив кровотечения отмечен в 18 (8,8%) случаях. На 3–4 сутки рецидив кровотечения выявлен у 12 (6,0%) больных, у 5 (2,4%) больных рецидив кровотечения отмечен на 5–6 сутки от момента поступления, у 5 (2,4%) больных рецидив кровотечения отмечен после 6 суток.

У большинства больных рецидив кровотечения выявлен в первые сутки от момента поступления, что связано с недостаточными эффективными методами консервативного и эндоскопического гемостаза. Из 40 больных с рецидивом кровотечения, у 18 (8,8%) проведено повторное оперативное пособие – в 11 (5,4%) случаях проведено прошивание язвы, 4 (2,0%) больным выполнена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру, иссечение язвы выполнено у 1 (0,5%) больного, эндоскопический гемостаз выполнен 2 (0,9%) больным. Структура оперативных пособий в I группе представлена в таблице 15.

Таблица 15 – Характер оперативных вмешательств в зависимости от сроков начала кровотечения у пациентов I группы (n=204)

| Сроки от начала кровотечения до оперативного вмешательства, час | I группа | | Характер операции | | | |
|---|----------|-------|-------------------|------|---------------------|------|
| | абс. | % | эндогемостаз | | «открытая операция» | |
| | | | абс. | % | абс. | % |
| До 6 | 15 | 45,5 | 7 | 21,2 | 8 | 24,3 |
| До 12 | 7 | 21,2 | 5 | 15,1 | 2 | 6,1 |
| До 24 | 6 | 18,2 | 3 | 9,1 | 3 | 9,1 |
| До 48 | 4 | 12,1 | – | – | 4 | 12,1 |
| До 72 | 1 | 3,0 | – | – | 1 | 3,0 |
| Всего ... | 33 | 100,0 | 15 | 45,4 | 18 | 54,6 |

Из таблицы 15 видно, что большинство больных 15(45,5%) случаев, после неэффективной консервативной терапии были оперированы в первые 6 часов от момента поступления, причем 8 (24,3%) человек оперировано «открытым» путём. До 12 часов активному хирургическому вмешательству подверглось 7 (21,2%) больных, при этом эндоскопический гемостаз был эффективен у 5 (15,1%) больных. Из всех больных, которым проведено хирургическое вмешательство, 18 (54,6%) больных были оперированы «открытым» способом.

Таким образом, анализируя неудовлетворительные результаты лечения пациентов I группы, можно отметить, что причиной смерти большинства больных является прогрессирование гемодинамических нарушений вследствие острой кровопотери и развивающейся при этом постгеморрагической анемии и геморрагического шока. Кроме того, неудовлетворительные показатели эндоскопического гемостаза, у больных I группы при проведении общепринятых мероприятий приводят к рецидивам кровотечения и как следствие к повторным оперативным вмешательствам.

4.2 ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Повышение в структуре заболеваемости пациентов неоднократно с выраженной сопутствующей патологией, тяжелых кровотечений, происхождение инъекционных форм антисекреторных препаратов и улучшение способов эндоскопического гемостаза привели к изменению лечебной тактики. Тем самым оказалось невозможным совершенствование итогов лечения одними превентивными оперативными вмешательствами, с иной стороны возникла вероятность не оперировать те случаи, когда еще избежать оперативного лечения

было не допустимо. Впрочем, надежды, возлагавшиеся на современную консервативную терапию с лечебной эндоскопией, не оправдались в полной мере, и происхождение рецидива кровотечения у некоторых пациентов ведет к усилению летальности. Надобность уточнения критерий, как для оперативных вмешательств, так и для эндоскопического гемостаза, с целью оптимизации лечебной тактики заставили исследовать итоги лечения больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями.

В основной группе с 2011 по 2014 год в ГБУЗ РБ ГKB № 18 г. Уфа находилось на лечении 201 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (таблица 16). Общая летальность составила 5,9%. Большинство количество летальных исходов встречалось при тяжелой (6,9%) и крайне тяжелой (11,8%) кровопотере.

Таблица 16 – Результаты лечения больных II группы с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями (n=201)

| Степень тяжести кровопотери | Формы лечения | | | | | | | | Всего | | | |
|-----------------------------|----------------|---------------|------------|-----|----------------|---------------|------------|-------------|-----------|---------------|------------|------------|
| | консервативное | | | | оперативное | | | | | | | |
| | пролечено | выздоровление | лет. исход | | прооперировано | выздоровление | лет. исход | | пролечено | выздоровление | лет. исход | |
| | | | абс. | % | | | абс. | % | | | абс. | % |
| Легкая | 12 | 12 | – | – | 7 | 7 | – | – | 19 | 19 | – | – |
| Средняя | 37 | 37 | – | – | 14 | 14 | – | – | 51 | 51 | – | – |
| Тяжелая | 44 | 43 | 1 | 2,3 | 28 | 24 | 4 | 14,3 | 72 | 67 | 5 | 6,9 |
| Крайне тяжелая | 41 | 39 | 2 | 4,8 | 18 | 13 | 5 | 27,7 | 59 | 52 | 7 | 11,8 |
| Итого ... | 134 | 131 | 3 | 4,2 | 67 | 58 | 9 | 13,4 | 201 | 189 | 12 | 5,9 |

Как видно из таблицы 16, в II группе консервативное лечение получали 134 больных, из них выздоровели 131 больных, оперативное 67, выздоровели после операции 58 больных. Наибольшее количество неблагоприятных исходов как при консервативном (3 из 134 или 4,2%), так и при хирургическом лечениях (9 из 67 или 13,4%) формирует группа больных с рецидивирующим характером кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, послеоперационная летальность составила 13,4%. Общая летальность – 5,9%. Большинство летальных случаев наблюдалось при тяжелой (6,9%) и крайне тяжелой (11,8%) кровопотере ($p=0,005$, достоверность различий с показателями летальности при оперативном лечении).

В II группе большинство летальных случаев наблюдалось после оперативного лечения – 9 (13,4%) случаев, где преобладали умершие с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей, послеоперационная летальность при которых составила 14,3 и 27,7% соответственно. При проведении консервативной терапии умерло 3 (4,2%) больных.

Большинство из них имели хроническую патологию в стадии декомпенсации. Причиной смерти в двух случаях было продолжающееся рецидивное кровотечение. Непосредственной причиной смерти у остальных десяти больных были: у шести – острая сердечно-сосудистая недостаточность, у двух – тромбоэмболия легочной артерии и по одному случаю – пневмония и острый инфаркт миокарда.

В I группе консервативное лечение получали 171 пациента, из них выздоровели 154 пациента. Оперированы 33 пациента, выздоровели после операции 28 пациента. Результаты анализа лечения больных в I группе язвенных желудочно-кишечных кровотечений свидетельствуют, что преобладающее количество летальных случаев наблюдалось с рецидивирующим характером кровотечения с тяжелой (10,0%) и крайне тяжелой (16,3%) кровопотерей ($p=0,354$, достоверность различий с показателями летальности при оперативном лечении), что и предопределило 10,8% общую летальность при данной патологии (таблица 17).

Появление рецидива кровотечения в клинике утяжеляло кровопотерю и требовало выполнения срочного оперативного вмешательства, что во многом и привело к послеоперационной летальности в 15,1% (таблица17).

Таблица 17 – Результаты лечения больных I группы с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями (n=204)

| Степень тяжести кровопотери | Формы лечение | | | | | | | | Всего | | | |
|-----------------------------|----------------|---------------|------------|------|----------------|---------------|------------|------|-----------|---------------|------------|------|
| | консервативное | | | | оперативное | | | | | | | |
| | пролечено | выздоровление | лет. исход | | прооперировано | выздоровление | лет. исход | | пролечено | выздоровление | лет. исход | |
| | | | абс. | % | | | абс. | % | | | абс. | % |
| Легкая | 4 | 4 | – | – | 5 | 4 | 1 | 20,0 | 9 | 8 | 1 | 11,1 |
| Средняя | 43 | 42 | 1 | 2,3 | 1 | – | 1 | – | 44 | 42 | 2 | 4,5 |
| Тяжелая | 76 | 69 | 7 | 9,2 | 14 | 12 | 2 | 14,3 | 90 | 81 | 9 | 10,0 |
| Крайне тяжелая | 48 | 39 | 9 | 18,7 | 13 | 12 | 1 | 7,7 | 61 | 51 | 10 | 16,3 |
| Итого ... | 171 | 154 | 17 | 9,9 | 33 | 28 | 5 | 15,1 | 204 | 182 | 22 | 10,8 |

Как видно из таблицы 18 и 19 наибольшая летальность наблюдалась после выполнения неотложных операций – 16,1% в II группе и 27,3% в I группе ($p=0,377$), что связано с наличием в этой группе больных с рецидивом кровотечения, что на фоне тяжелой некомпенсированной анемии и нарушений

функций органов и систем сопровождалось послеоперационной летальностью в 15,1% в I группе и 13,4% в II группе.

Таблица 18 – Результаты оперативного лечения больных в II группе с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в зависимости от сроков оперативного вмешательства (n=201)

| Степень тяжести кровопотери | Оперативные вмешательства | | | | | | | | | | | Всего | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|------------|------|---------------|---------------|------------|------|---------------|---------------|------------|------------------|---------------|------------|---|------|
| | неотложные | | | | отсроченные | | | | плановые | | | прооперированные | выздоровление | лет. исход | | |
| | число больных | выздоровление | лет. исход | | число больных | выздоровление | лет. исход | | число больных | выздоровление | лет. исход | | | | | |
| | | | абс. | % | | | абс. | % | | | абс. | % | абс. | % | | |
| Легкая | 2 | 1 | 1 | – | 3 | 3 | – | – | 2 | 2 | – | – | 7 | 7 | – | – |
| Средняя | 7 | 7 | – | – | 4 | 4 | – | – | 3 | 3 | – | – | 14 | 14 | – | – |
| тяжелая | 15 | 13 | 2 | 13,3 | 11 | 9 | 2 | 18,2 | 2 | 2 | – | – | 28 | 24 | 4 | 14,3 |
| Крайне тяжелая | 7 | 4 | 3 | 42,8 | 9 | 7 | 2 | 22,2 | 2 | 2 | – | – | 18 | 13 | 5 | 27,7 |
| Итого ... | 31 | 26 | 5 | 16,1 | 27 | 23 | 4 | 14,8 | 9 | 9 | – | – | 67 | 58 | 9 | 13,4 |

Рецидив кровотечения наблюдался только у одного из этих десяти пациентов и был остановлен эндоскопическим методом. Средний возраст умерших при проведении консервативной терапии больных составил $70,4 \pm 3,5$ лет, что намного больше среднестатистического. Таким образом, у большинства больных этой группы возникновение кровотечения привело к декомпенсации имеющейся хронической патологии.

Наибольшая летальность наблюдалась после неотложных операций – 16,1%, что связано с наличием в этой группе больных с рецидивом кровотечения

($p=0,917$). Кроме того, у 2 (16,7%) из 9 прооперированных и умерших больных рецидив кровотечения наблюдался в послеоперационном периоде (из них у одного из острых язв желудка). Следовательно, в большинстве летальных случаев наблюдался рецидив кровотечения, который привел к выраженным нарушениям со стороны жизненно важных органов и систем.

Таблица 19 – Результаты оперативного лечения больных в I группе с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в зависимости от сроков оперативного вмешательства (n=204)

| Степень тяжести кровопотери | Оперативные вмешательства | | | | | | | | | | | | Всего | | | |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|------------|------|---------------|---------------|------------|------|---------------|---------------|------------|---|----------------|---------------|------------|------|
| | неотложные | | | | отсроченные | | | | плановые | | | | прооперировано | выздоровление | лет. исход | |
| | число больных | выздоровление | лет. исход | | число больных | выздоровление | лет. исход | | число больных | выздоровление | лет. исход | | | | абс. | % |
| | | | абс. | % | | | абс. | % | | | абс. | % | | | | |
| Легкая | 2 | 1 | 1 | 50 | 2 | 2 | – | – | 1 | 1 | – | – | 5 | 4 | 1 | 20 |
| Средняя | 2 | 2 | – | – | 3 | 2 | 1 | 33,3 | 2 | 2 | – | – | 7 | 6 | 1 | 14,3 |
| Тяжелая | 3 | 2 | 1 | 33,3 | 5 | 4 | 1 | 20 | 2 | 2 | – | – | 10 | 8 | 2 | 20 |
| Крайне тяжелая | 4 | 3 | 1 | 25 | 5 | 5 | – | – | 2 | 2 | – | – | 11 | 10 | 1 | 9,1 |
| Итого | 11 | 8 | 3 | 27,3 | 15 | 13 | 2 | 13,3 | 7 | 7 | – | – | 33 | 28 | 5 | 15,1 |

Высокая летальность после неотложных оперативных вмешательств (16,1%) также во многом обусловлена тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей и сопутствующей ей тяжелой постгеморрагической анемией и гипоксией, которые у некоторых больных приводили к состоянию не совместимому с жизнью. При выраженной сопутствующей патологии даже небольшая кровопотеря и выполненная на ее фоне операция могут привести к декомпенсации витальных

функций, что особенно актуально для больных после оперативного вмешательства.

Следует отметить, в последние годы наблюдается сокращение плановых оперативных вмешательств. Показанием для выполнения плановых оперативных вмешательств, как правило, были язвенный стеноз или подозрение на малигнизацию язвы желудка. Летальных исходов при плановых оперативных вмешательствах не было.

Патологоанатомическое вскрытие с целью выяснения непосредственной причины смерти умерших произведено в 21 (67,7%) случаях. Как видно из таблицы 20, по данным клинического диагноза в 38,2% непосредственной причиной смерти была острая сердечно-сосудистая недостаточность 20,6% – ТЭЛА.

Таблица 20 – Непосредственные причины смерти больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

| Непосредственная причина смерти | По данным клинического диагноза | | По данным патологоанатомического диагноза | |
|--|---------------------------------|------|---|------|
| | число умерших | | число умерших | |
| | абс. | % | абс. | % |
| Острая сердечно-сосудистая недостаточность | 13 (4) | 38,2 | 9 | 42,8 |
| ДВС-синдром | 2 (1) | 5,9 | 1 | 4,8 |
| ТЭЛА | 7 (2) | 20,6 | 5 | 23,8 |
| Продолжающееся кровотечение | 3 | 8,9 | 2 | 9,5 |
| Острый инфаркт миокарда | 2 | 5,9 | 2 | 9,5 |
| ОНМК | 1 (1) | 2,9 | – | – |

| | | | | |
|---|-------|-----|----|-----|
| Послеоперационный перитонит | 1 | 2,9 | 1 | 4,8 |
| Острая пневмония | 2 (1) | 5,9 | – | – |
| Сепсис | 1 (1) | 2,9 | – | – |
| Цирроз печени, печеночная недостаточность | 2 (1) | 5,9 | 1 | 4,8 |
| Итого ... | 34 | 100 | 21 | 100 |

Примечание: в скобках – из них без вскрытия.

Три человека (8,9%) умерло от продолжающегося рецидивного кровотечения. Послеоперационный перитонит явился причиной смерти одного больного. Причем у этого пациента он возник из-за сегментарного тромбоза сосудов подвздошной кишки, осложненного перфорацией ее стенки. Остальные непосредственные причины смерти встречались реже. Следует отметить, что почти у каждого четвертого, кровопотеря привела к декомпенсации имеющейся хронической патологии.

Иная картина возникает при выяснении непосредственных причин смерти в результате патологоанатомического вскрытия. Наиболее частыми причинами явились острая сердечно-сосудистая недостаточность (42,8%) и ТЭЛА (23,8%). Если учесть, что ещё у двух человек с явной клинической картиной ТЭЛА вскрытие не проводилось, то частота ее окажется выше. Обращает внимание, что непосредственной причиной смерти у 1 (4,8%) больных указан ДВС – синдром, явные клинические признаки которого в виде геморрагических осложнений наблюдались в последние часы жизни у трех пациентов. Таким образом, возникающие на фоне острой сердечно-сосудистой недостаточности, и сама острая сердечно-сосудистая недостаточность, а не осложнения со стороны оперативных вмешательств, явились наиболее частыми непосредственными причинами смерти.

Таблица 21 – Распределение больных в исследуемых группах по результатам лечения

| Группы больных | Выздоровление | Летальность |
|----------------|---------------|-------------|
| II (n=201) | 189 (94,1%) | 12 (5,9%) |
| I (n=204) | 182 (89,2%) | 22 (10,8%) |

Для выражения результата вмешательства и величины эффекта был использован метод сопряженных таблиц (В.В. Власов, 2000).

Таблица 22 – Расчет и сравнение показателей риска неблагоприятного исхода в исследуемых группах

| Группы | Неблагоприятный исход | | Всего |
|------------|-----------------------|---------|-----------|
| | есть | нет | |
| I (n=201) | 12 (А) | 189 (Б) | 201 (А+Б) |
| II (n=204) | 22 (В) | 182 (Г) | 204 (В+Г) |

AP_1 – абсолютный риск неблагоприятного исхода после операции у больных в II группе составил: $AP_1 = A/(A+B) = 12/201 = 0,06$ (или 5,9%) (4).

AP_2 – абсолютный риск неблагоприятного исхода после операции в I группе: $AP_2 = B/(B+Г) = 22/204 = 0,11$ (или 10,8%) (5).

$САР$ – снижение абсолютное риска неблагоприятного исхода:

$САР = AP_1 - AP_2 = 0,06 - 0,11 = -0,05 = -4,9\%$ (6), что говорит о снижении на 4,9% риска летального исхода в результате применения предлагаемого нами метода по сравнению с I группой больных (сравнения), которым применялась традиционная тактика оперативного лечения, без применения разработанных нами методик. Сопоставляя два вида оперативных вмешательств, нами также проведено сравнение вероятности – относительного риска (ОР) летального

исхода и его 95% доверительный интервал (95% ДИ) в изучаемых нами группах больных:

$$OR = [A/(A+B)]/[B/(B+Г)] = 0,059/0,108 = 0,546 \text{ (95\% ДИ-[0,268-1,159])}, \text{ или } 54,6\% \text{ (8)}.$$

Полученные данные свидетельствуют, что применение разработанного нами диагностического алгоритма, позволило снизить риск летального исхода в сравнении с традиционными методами – $OR = 0,546$ (95% ДИ-[0,268-1,159]) (8). Риск смерти от язвенных гастродуоденальных кровотечений в II группе составил 54,6% от риска летального исхода в I группе.

Для определения перспективы разработанного метода лечения определялся показатель число пациентов (ЧП), который переводит относительные величины в число больных, которых надо лечить предлагаемым методом, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход. ЧП – число пациентов, которых необходимо лечить, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход (летальный случай):

$$\text{ЧП} = 1 / \text{САР} = 1 / 0,049 = 20,4 \text{ больных.} \quad (7).$$

Таким образом разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм позволяет уменьшить вероятность развития язвенных гастродуоденальных кровотечений, снизить летальность с 10,8 до 5,9% ($p=0,074$). Снижение абсолютного риска летального исхода при использовании нашего метода произошло на 4,9%

($\text{САР} = -4,9\%$). Относительный риск летального исхода в II группе составил:

$$OR = 0,546 \text{ (95\% ДИ-[0,268-1,159])}. \quad (8).$$

4.3 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

В настоящее время при выборе тактики лечения больных с ОГДЯК, прежде всего, необходимо учитывать клинико-эндоскопические критерии устойчивости гемостаза и степень кровопотери, а также возможности эндоскопической службы в выполнении эндоскопического гемостаза. Для пациентов с признаками нестабильного гемостаза и с большой степенью кровопотери риск раннего повторного кровотечения составляет 70–85%. При этом, почти у 70% больных ранний рецидив кровотечения наступает в течение ближайших 12–48 часов. Все это должно учитываться при определении сроков оперативного лечения. Исходя из вышесказанного, выделяют экстренную и срочную операции при ОГДЯК (Панцырев Ю.М., 2003).

Экстренным оперативным вмешательствам подлежат больные с продолжающимся кровотечением (Forrest-I-A, Forrest-I-B), для которых консервативные мероприятия, включая эндоскопические методы, оказались неэффективными, а также больные с рецидивом кровотечения в стационаре.

Срочные оперативные вмешательства показаны при неустойчивом гемостазе и при наличии признаков высокого риска повторного кровотечения, остановка которого консервативными и эндоскопическими способами была недостаточно надежной (Forrest-I-A и Forrest-I-B). Больным этой группы хирургическое вмешательство, как правило, производится в течение 12–24 часов от поступления – времени, необходимого для подготовки больного к операции. Выполнение срочных операций у больных с высокой вероятностью рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения привело к снижению послеоперационной летальности на 13,8%. При этом понятие «тяжесть состояния пациента» с ненадежным гемостазом и высоким риском развития рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения не может служить причиной отказа от выполнения оперативного вмешательства в срочном порядке.

Основной причиной летальных исходов при лечении больных с остановившимися язвенными гастродуоденальными кровотечениями является рецидив кровотечения.

Под рецидивом ЯГДК подразумевали возобновление кровотечения после спонтанной (на фоне консервативной терапии и без нее), эндоскопической или хирургической остановки. О рецидиве кровотечения судили по клиническим и эндоскопическим данным. Клиническими признаками рецидива считали повторную рвоту кровью или по типу «кофейной гущи», поступление алой крови или «кофейной гущи» по зонду, коллапс, повторную мелену, нарастание тахикардии и снижение гемоглобина на 20 г/л и более.

Таким образом, возникновение рецидива приводит к утяжелению состояния больных, повышает вероятность повторного рецидива кровотечения и увеличивает летальность. Выявление признаков рецидива имеет важное клиническое значение, а его наличие требует особой тщательности в выборе лечебной тактики.

Показания к оперативному лечению ставили в случае неэффективности гемостатической терапии и рецидива кровообращения с учетом данных эндоскопии.

В связи с безуспешностью гемостатической терапии на основе использования эндоскопических методик гемостаза по экстренным и неотложным показаниям из 405 больных, лечившихся комплексным методом 100 (24,7%) были подвергнуты традиционному хирургическому вмешательству. Летальность в этой группе больных составила 14 (3,5%) человека. Причиной столь высокой летальности следует считать выполнение операции в поздние сроки от начала кровотечения в связи с поздней госпитализацией, необоснованными, как показывает ретроспективный анализ повторными попытками применения эндоскопического гемостаза, затягиванием решения о необходимости выполнения радикальной операции, как единственного метода спасения больного.

До настоящего времени нет единой точки зрения на лечение больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Установилось три основных направления:

1. консервативная тактика;

2. активно-выжидательная тактика;
3. максимально-активная тактика.

Несмотря на достижение в области трансфузиологии, интенсивной терапии и реаниматологии продолжают оставаться актуальными слова С.С. Юдина (1965) «Никакими трансфузиями крови не удастся исправить то, что причинит потеря времени», изложенные в его «Этюдах желудочной хирургии». На отрицательную сторону затягивания сроков консервативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений обращали и последователи В.Д. Братусь (1971), Б.А. Петров (1973), С.С. Юдина–Д.А. Арапов (1975), Р.Т. Панченков (1975), А.И. Горбашко (1976) и др. Вместе с тем, консервативную тактику лечения поддерживали Г.А. Булгаков (1977) и др.

Сторонники активно-выжидательной тактики на первом этапе проводили консервативные мероприятия, и если они были не эффективны или кровотечение возобновилось, то только тогда прибегали к хирургическому вмешательству (Братусь В.Д., 1971; Ким В.П. с соавт., 1977 и др.).

При максимально активной тактике оперативное вмешательство осуществляется как можно ранее – в первые 5–6 часов после поступления в стационар (Горбашко А.И., 1977 – 1987; Панцырев Ю.М. и соавт., 1967; 1997).

Как видно из таблицы 23, в II группе консервативное лечение было проведено у 134 больных, из них выздоровели 131 больных. В I группе из 171 пролеченных больных 154 выздоровели. Летальные случаи во многом обусловлены тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей и сопутствующей ей тяжелой постгеморрагической анемией и гипоксией, которые у некоторых больных приводили к состоянию не совместимому с жизнью.

Таблица 23 – Консервативного лечения при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в исследуемых группах

| Консервативное лечение | Группы | |
|------------------------|--------|---|
| | II | I |
| | | |

| | количество больных | выздоровление | лет. исход | | количество больных | выздоровление | лет. исход | |
|--|-----------------------|---------------|------------|-----|-----------------------|---------------|------------|-----|
| | | | абс. | % | | | абс. | % |
| | 134 | 131 | 3 | 4,2 | 171 | 154 | 17 | 9,9 |

В нашей клинике использовали такие виды эндоскопического лечения как: орошение, инъекционный, коагуляционный, инъекционно-коагуляционный, эндолигирование и клипирование. В большинстве случаев в II группе использовались инъекционные в 38 (29,2%) и инъекционно-коагуляционные 36 (27,7%) методы эндоскопического гемостаза. В I группе инъекционный метод составил 43 (33,6%), коагуляционный 29 (22,6%), инъекционно-коагуляционный 31 (24,2%). А так же использовался метод клипирование у 18 (13,8%) и эндолигирование 5 (3,9%) в основной группе. В I группе метод клипирование использовался у 11 (8,6%) и эндолигирование 9 (7,1%) случаев (таблица 24).

Таблица 24 – Виды эндоскопического лечения в исследуемых группах

| Эндоскопическое лечение | Группы | | | |
|----------------------------|--------|------|------|------|
| | II | | I | |
| | абс. | % | абс. | % |
| Орошение | 8 | 6,2 | 5 | 3,9 |
| Инъекционный | 38 | 29,2 | 43 | 33,6 |
| Коагуляционный | 25 | 19,2 | 29 | 22,6 |
| Инъекционно-коагуляционный | 36 | 27,7 | 31 | 24,2 |
| Эндолигирование | 5 | 3,9 | 9 | 7,1 |
| Клипирование | 18 | 13,8 | 11 | 8,6 |
| Итого ... | 130 | 100 | 128 | 100 |

Характер оперативных вмешательств, выполненных в нашей клинике, представлен в таблице 25.

Таблица 25 – Характер оперативных вмешательств в исследуемых группах, выполненных у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

| Характер вмешательств | Группы | | | |
|---------------------------------|----------------|------------|----------------|------------|
| | II | | I | |
| | прооперировано | лет. исход | прооперировано | лет. исход |
| Операция по Б-I | 13 | 2 | 23 | 3 |
| Операция по Б-II | 45 | 4 | 6 | 1 |
| Клиновидное иссечение язвы | 7 | 2 | 3 | 1 |
| Прошивание кровоточащего сосуда | 2 | 1 | 1 | – |
| Итого ... | 67 | 9 (13,4%) | 33 | 5 (15,1%) |

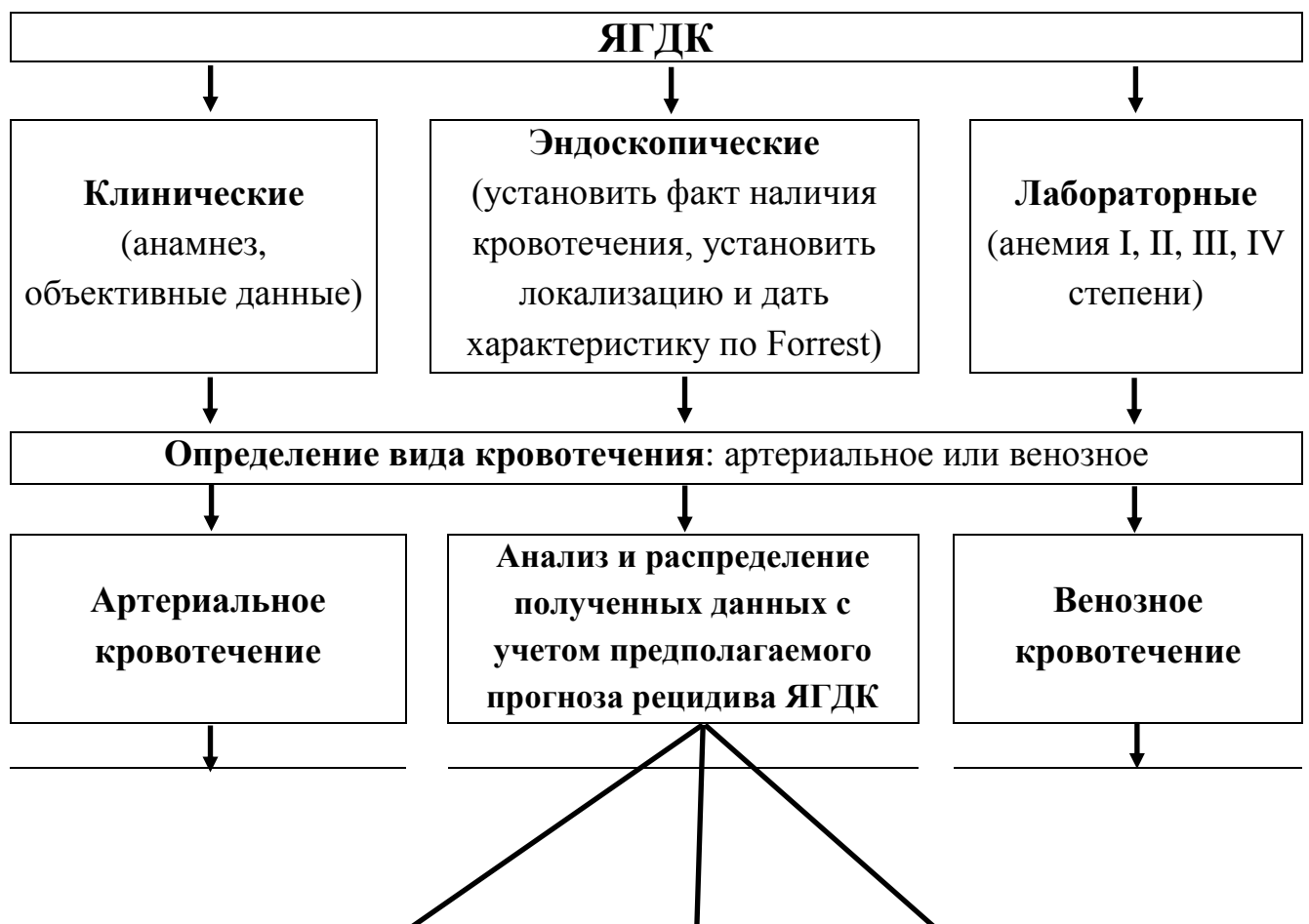
В II группе операция по Бильрот-I было выполнено у 13, операция по Бильрот-II у 45, клиновидное иссечение язвы у 7, прошивание кровоточащего сосуда у 2 больных. Всего II группе из 201 пациента 67 были прооперированы, из них 9 больных умерли и послеоперационная летальность составила 13,4 %.

В I группе из 204 больных 33 были прооперированы и умерли 5 (15,1%). Операция по Бильрот-I было выполнено у 23 больных, операция по Бильрот-II у 6-ти, клиновидное иссечение язвы у 3-х, прошивание кровоточащего сосуда у 1-го больных.

Главным требованием к операции при кровотечении считаем удаление субстрата кровотечения, обеспечивающее окончательный гемостаз и рецидив кровотечения. Нам представляется, что при язвенном гастродуоденальном кровотечении лапаротомия не должна заканчиваться у абсолютного числа больных прошиванием кровоточащего сосуда, этот метод следует считать

порочным, поскольку, по нашим наблюдениям в 50% таких случаев наступает рецидив кровотечения в результате прогрессирующего некроза в патологическом очаге и аррозии того же сосуда. У 2/3 таких больных осложнение приводит к летальному исходу. Заканчивая операцию по поводу желудочно-кишечного кровотечения хирург должен быть, уверен, что кровотечение не повторится. При операции прошивания, особенно каллезных, глубоких, больших размеров язв с кровоточащими сосудами, такой уверенности никогда не бывает. Допустимым прошивание кровоточащего сосуда с оставлением субстрата язвы может быть, на наш взгляд, только в случаях крайней тяжести больного, риск расширения объема вмешательства и времени его выполнения крайне высок. Такую операцию следует относить к категории операций отчаяния, альтернатива которой в конкретной ситуации не просматривается.

При кровотечении из хронической язвы желудка методом выбора хирургического лечения с чревосечением, когда весь арсенал средств и методов достижения гемостаза исчерпан, считаем резекцию желудка, хотя при исключительных обстоятельствах, связанных с крайней степенью риска радикального вмешательства и продолжительности операции, допускаем возможность иссечения язвы, ее, так называемую, экстратегастрацию.



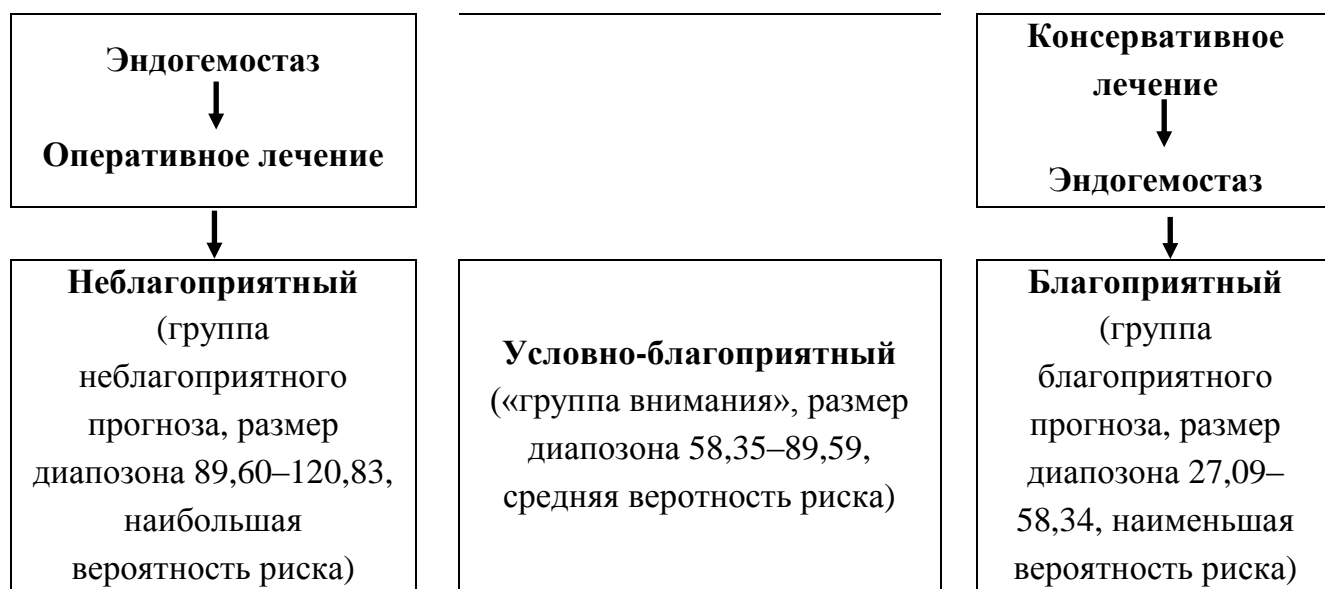


Рисунок 10 – Лечебно-диагностический алгоритм при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Нами разработан лечебно-диагностический алгоритм тактики ведения больных с ЯГДК (рисунок 10). Больным с подозрением или с клиникой ЯГДК после общеклинического обследования выполняли экстренную ФЭГДС, позволяющая установить факт наличия кровотечения, установить локализацию и дать характеристику по Forrest.

На основании клинических, эндоскопических и лабораторных данных определяли вид кровотечения и принимали решение о выборе гемостаза: хирургический, эндоскопический, консервативная терапия (патент РФ на изобретение № 2407445 от 27.10.2010 г. «Способ выбора тактики лечения острых гастродуоденальных кровотечений»). Параллельно этому проводили анализ и распределение полученных данных с учетом предполагаемого прогноза рецидива ЯГДК.

Каждый фактор имеет свой вес в формировании рисков. Наибольший вес имели следующие факторы риска: характер язвенного дефекта, ЖКК в анамнезе, размер язвенного дефекта, тяжелая и крайне тяжелая степень кровопотери, множественные язвы (2 и более), хроническая алкогольная интоксикация, мужской пол, курение, выраженное снижение гемостатического потенциала и гипокоагуляция, отсутствие регулярного противорецидивного лечения.

С целью определения индивидуального риска развития рецидивов применяли один из методов распознавания образов наибольшего правдоподобия, основанных на предложении о независимости факторов. Коэффициенты отношения правдоподобия, рассчитанные по всем наиболее значимым факторам риска, дали возможность определить насколько правдоподобна вероятность развития рецидивов у больных. Коэффициенты отношения правдоподобия позволяют осуществлять индивидуальное прогнозирование вероятности развития рецидивов в отношении каждого пациента, перенесшего кровотечение.

Основным ключевым моментом хирургической тактики при ЯГДК являлось принятие решения о выборе вида гемостаза на основании оценки факторов и степени риска обеспечивающего наименьшую вероятность развития рецидива кровотечения. Показаниями к проведению экстренной операции являлись: струйное или профузное кровотечение уровня F1a и неэффективность эндоскопического гемостаза при кровотечении уровня F1b; рецидив кровотечения; высокий риск рецидива кровотечения без положительной динамики.

Консервативная терапия при ЯГДК включало заместительную инфузионную терапию и назначение антисекреторных препаратов с момента госпитализации больного независимо от источника кровотечения по Forrest и объема кровопотери. Мы применяли внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (омепразол, эзомепразол) в максимальных дозировках в течение 3–5 суток с дальнейшим переходом на пероральный прием. Временный (предоперационный) эндоскопический гемостаз осуществляли при диагностике кровотечения уровня F1a и F1b во время диагностической ФЭГДС. Критичным являлся фактор времени, если в течение 5 минут не удавалось уменьшить интенсивность кровотечения или его остановить, то манипуляции по временному гемостазу прекращали, больного немедленно транспортировали в экстренную операционную. Тем не менее, окончательный выбор метода остановки кровотечения из ЯГДК, с нашей точки зрения, осуществлялся, исходя из позиции максимальной эффективности, надежности и безопасности для больного.

На наш взгляд, критерием для определения хирургической тактики может служить вид кровотечения. Поэтому усилия хирурга должны быть направлены в первую очередь на определение артериального или венозного характера кровотечения.

При артериальном кровотечении отмечаем короткий язвенный анамнез 1–6 часов, наблюдаются признаки геморрагического шока, рецидив кровотечения. Гемостатическая терапия может дать лишь временный эффект на фоне снижения артериального давления. При венозном кровотечении анамнез длительный от 6 часов до трех суток, нет признаков геморрагического шока, состоявшееся кровотечение не рецидивирует. Гемостатическая терапия эффективна. Есть отличительные признаки и эндоскопической картины. На основании полученных нами данных и применением алгоритма позволило снизить летальность после операции до 13,4% и избежать рецидив кровотечения 18,4% (патент РФ на изобретение № 2407445 от 27.10.2010 г. «Способ выбора тактики лечения острых гастродуоденальных кровотечений»).

Клинические примеры оценки риска рецидива кровотечения

Пример № 1. Больная В. 70 лет, история болезни № 1320, доставлена через 5 часов от начала кровотечения с жалобами на резкую слабость, выраженное головокружение, холодный пот, многократную рвоту с кровью. Пульс 93 уд/мин, артериальное давление 80/40 мм. рт. ст., НР ++. В крови гемоглобин 76 г/л, эритроциты $2,6 \times 10^{12}/л$, индекс ЛИИ $>1,5$.

В условиях реанимации проведено ФЭГДС. При проведении фиброгастродуоденоскопии, в антральном отделе желудка по малой кривизне определяется кратерообразная язва 18–21 мм в диаметре, в центре язвы визуализируется сосуд до 2 мм, откуда отмечается струйное алое кровотечение (рисунок 11).

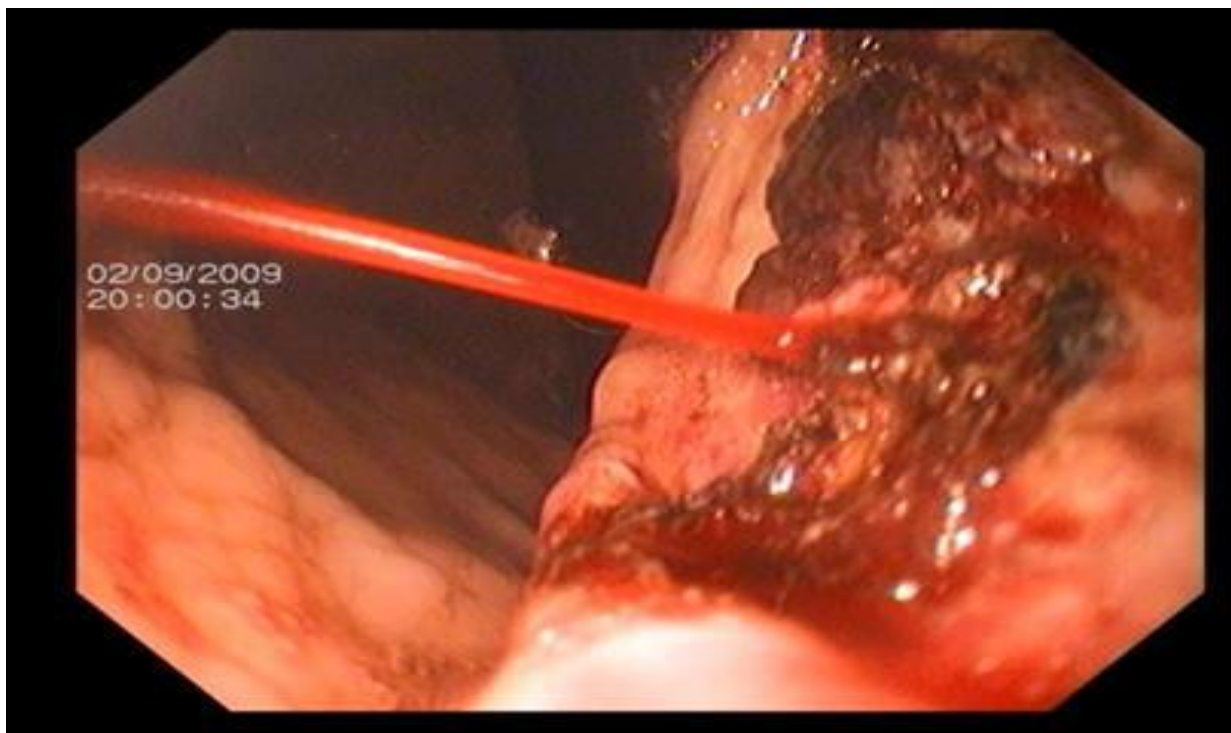


Рисунок 11 – Эндофото. Хроническая язва антрального отдела желудка по малой кривизне. Активное кровотечение по Forrest-1a

Разработанная прогностическая таблица была использована для оценки степени риска. В данном примере риск (Р) возникновения у конкретного пациента составил: пол женский (этому соответствует прогностический коэффициент – 1,19), возраст 50 лет и старше (1,28), длительность заболевания более 5 лет (1,73), ЖКК в анамнезе (21,34), персистенция НР (1,36), 2 и более хронических заболевания (1,39), наличие болезни системы кровообращения (1,25), отсутствие регулярного противорецидивного лечения (2,72), прием НПВС (1,16), не курит (1,23), несбалансированное питание (1,11), редкое потребление алкоголя (1,52), отсутствие профессиональной вредности (1,01), размер язвенного дефекта более 2 см (17,50), тяжелая степень кровопотери (12,60), одиночная язва (2,42), локализация язвы в антральном отделе желудка (1,71), характер язвенного дефекта «видимый сосуд» (27,00), высокий индекс ЛИИ (1,73), выраженное снижение гемостатического потенциала и гипокоагуляция (2,60).

$P=1,19+1,28+1,73+21,34+1,36+1,39+1,25+2,72+1,16+1,23+1,11+1,52+1,01+17,50+12,60+2,42+1,71+27,00+1,73+2,60=103,85$.

Заключение. Группа неблагоприятного прогноза по рецидиву кровотечения. В этой связи были проведены мероприятия в соответствии с разработанным нами алгоритмом. Были наложены эндоклипсы на кровоточащий сосуд.

С помощью эндоклипатора фирмы Olympus на видимый сосуд наложена эндоклипса (рисунок 12).

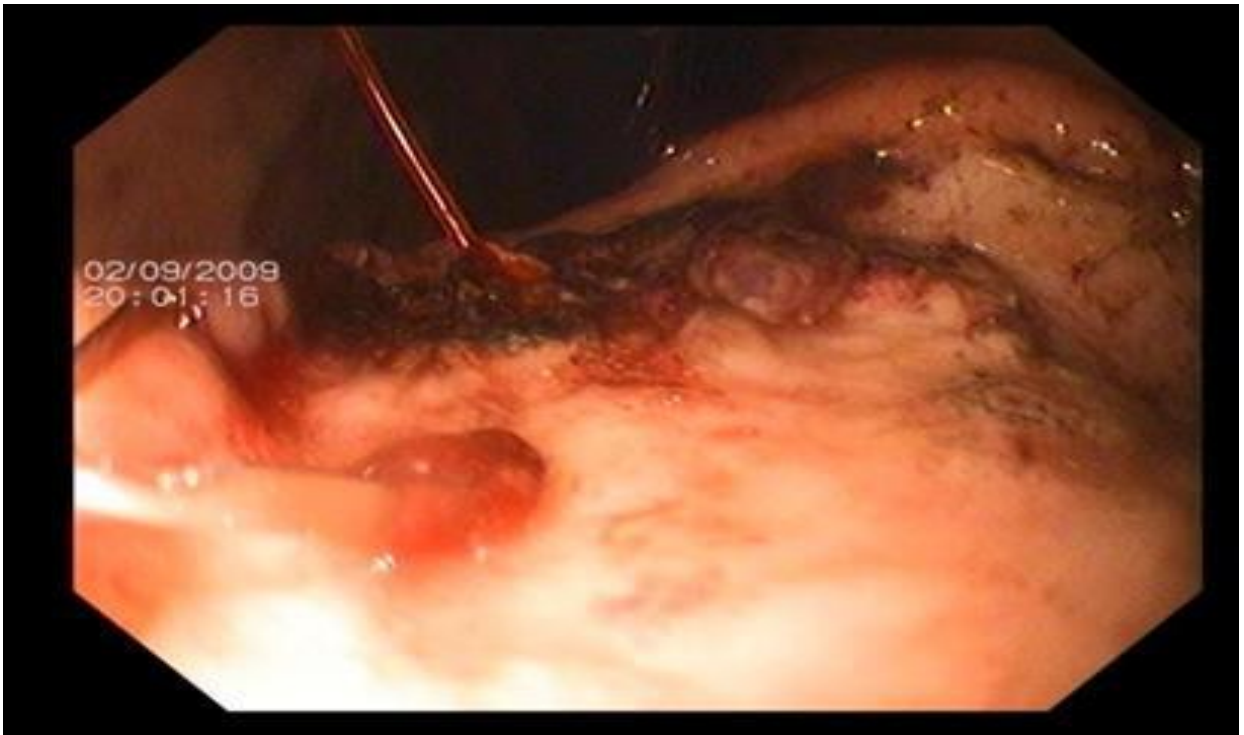


Рисунок 12 – Эндофото. Этап наложения эндоклипсы на кровоточащий сосуд

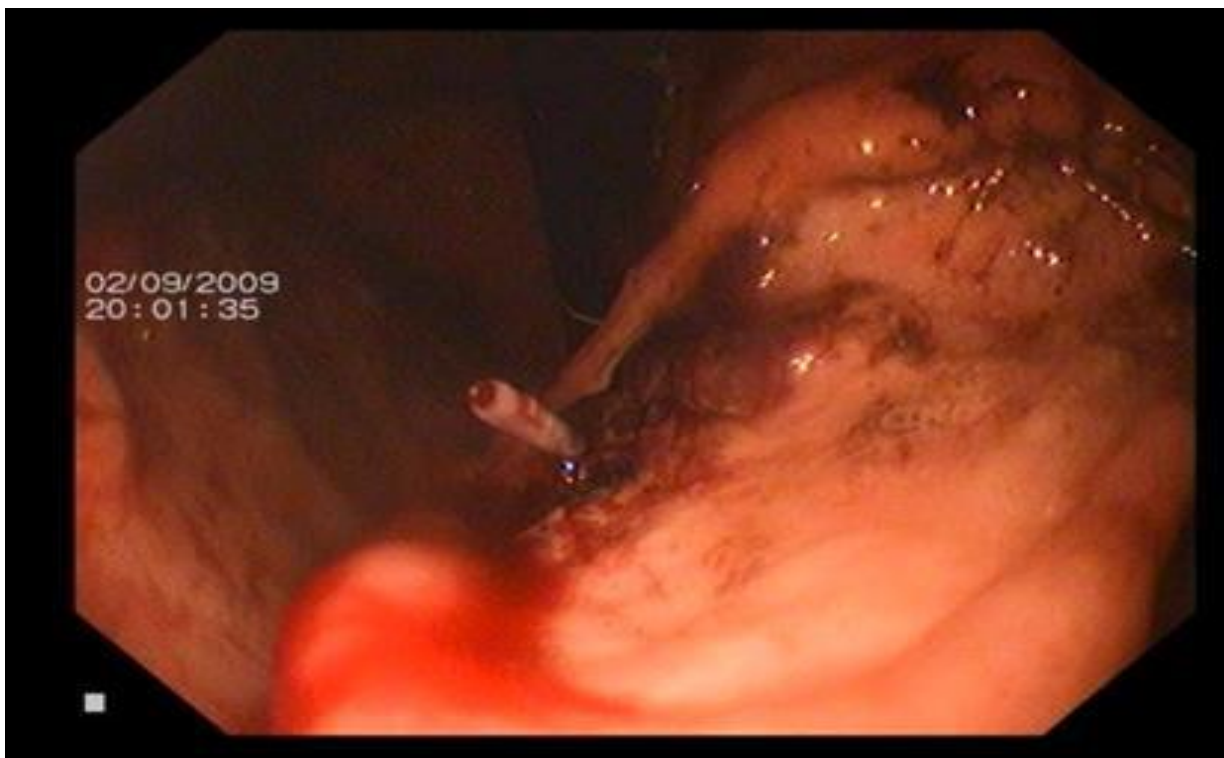


Рисунок 13 – Эндофото. Состояние после наложения эндоклипсы.
Кровотечение остановлено

В отделении реанимации параллельно проведена интенсивная заместительная, гемостатическая, противоязвенная, гормональная терапия. При повторной фиброгастроуденоскопии, в антральном отделе желудка по малой кривизне определяется металлическая эндоклипса (рисунок 13).

Кровотечения не выявлено. В последующем пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Кровотечение возникло за счет аррозии артерии дна язвы, стенки которых за многолетнее течение язвенной болезни были склерозированы и гиалинизированы. В период обострения заболевания, развился фибриноидный некроз стенки, что и привело к фатальному (артериальному) кровотечению.

Клинический диагноз артериального кровотечения в данном случае установлен на основании очень короткого анамнеза (5 часов). Ярких клинических признаков геморрагического шока (слабость, холодный пот, алые сгустки крови в рвотных массах, крайне тяжелое состояние, бледность кожных покровов, тахикардия, падение артериального давления); эндоскопических (в

антральном отделе желудка по малой кривизне кратерообразная язва 18–21 мм в диаметре, в центре язвы визуализируется сосуд до 2 мм, струйное кровотоечение); лабораторных данные (эритроциты – $2,6 \times 10^{12}$, гемоглобин – 76 г/л, индекс ЛИИ $>1,5$).

Таким образом, оценка факторов развития рецидивов кровотоечения методом распознавания образов наибольшего правдоподобия проста в расчетах, достоверна с большой долей вероятности, важна для своевременного прогнозирования. Используя данные прогностические таблицы, можно разработать диагностические медицинские программы, совершенствовать диспансерные осмотры, разработать профилактические мероприятия при ЯБ а также разработать конкретные меры по коррекции факторов риска ЖКК.

Пример № 2. Больной Ф. 44 года, история болезни № 854/3134, доставлен через 2 суток от начала заболевания с жалобами на умеренную слабость, незначительное головокружение, рвота кофейной гущей, черный кал. В анамнезе: язвенная болезнь в течение трех лет, ИБС стенокардия, гипертоническая болезнь, хронический панкреатит.

Общее состояние средней тяжести, отмечается умеренная бледность кожных покровов, пульс 70 уд/мин., артериальное давление 110/70 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При исследовании прямой кишки сфинктер в тонусе, ампула свободная, на перчатке следы черного кала.

Заключение фиброгастродуоденоскопии, по передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язва размером 8 мм в диаметре, из дна отмечается подтекание крови. Кровотоечение остановлено орошением 96% раствором этилового спирта. НР ++. Заключение: Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки по передней стенке. Кровотоечение по F-Ib (рисунок 14).

Разработанная прогностическая таблица была использована для оценки степени риска. В данном примере риск (P) возникновения у конкретного пациента составил: $P = 52,57$.

Заключение. Группа благоприятного прогноза по рецидиву кровотечения. В этой связи были проведены мероприятия в соответствии с разработанным нами алгоритмом.

Проводилась консервативная терапия: инфузионная, противоязвенная, гемостатическая, витаминотерапия с положительной эффектом. Данных за продолжающееся или рецидивное дуоденальное кровотечение не отмечалось.



Рисунок 14 – Эндофото. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки по передней стенке. Кровотечение по F-Ib

На контрольной фиброгастродуоденоскопии – эндоскопическая картина с положительной динамикой: по передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки определяется звездчатый рубец до 3 мм в диаметре.

Диагноз венозного кровотечения установлен на основании жалоб на умеренную слабость, незначительное головокружение, рвоту кофейной гущей, длительного анамнеза (2 суток), отсутствия гемодинамических расстройств (пульс 70 уд/мин; артериальное давление 110/70 мм. рт. ст.). Наличие

«подтекания» крови при эндоскопическом исследовании; незначительного снижения показателей крови (эритроциты $3,5 \times 10^{12}$, гемоглобин – 130 г/л) за длительный период. Подтверждением клинического диагноза явились эффективность эндоскопической терапии и отсутствия рецидивов кровотечения. Показаний к экстренной операции в данном случае не было.

Пример № 3. Больная А., 68 лет, история болезни № 7699, доставлена через 2 часа от начала заболевания с жалобами на выраженную слабость, головокружение, холодный пот, выраженную бледность кожных покровов, рвоту кофейной гущей со сгустками крови.

В анамнезе язвенная болезнь с 2003 г. В течение 3 недель отмечает черный кал.

Общее состояние тяжелое, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Пульс 88 уд/мин.; артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык обложен, сухой. Живот умеренно болезненный в эпигастрии. В общем анализе крови: гемоглобин – 76 г/л; эритроцитов – $2,2 \times 10^{12}$ /л.

На фиброгастродуоденоскопии выявлены ригидные, рубцово-измененные стенки и фиксированный рыхлый геморрагический сгусток алого цвета по малой кривизне луковицы двенадцатиперстной кишки размером до 18 мм в диаметре (рисунок 15).

В отделении реанимации начата инфузионная, трансфузионная, гемостатическая, противоязвенная терапия.

Установлен клинический диагноз: Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Состоявшееся кровотечение. Постгеморрагическая анемия.

Разработанная прогностическая таблица была использована для оценки степени риска. В данном примере риск (P) возникновения у конкретного пациента составил: $P = 103,26$.

Заключение. Группа неблагоприятного прогноза по рецидиву кровотечения. В этой связи были проведены мероприятия в соответствии с разработанным нами алгоритмом.

В течение 3 часов внутривенно введено 3160 мл жидкости; в том числе эритроцитарной массы 560 мл, плазмы 300 мл. Состояние стабилизировалось; рвоты, стула не было, по зонду отделяемого нет. Пульс 88 уд./мин; артериальное давление 120/80 мм рт. ст.

В течение первых суток состояние тяжелое, но стабильное. Артериальное давление 130/80 мм. рт. ст. Пульс 90 уд. мин; признаков продолжающегося кровотечения нет. В крови гемоглобин –72 г/л; эритроциты – $2,6 \times 10^{12}$ /л.

На вторые сутки пребывания в отделение реанимации состояние резко ухудшилось, возобновилась обильная рвота кровью со сгустками до 1литра, стул с черным калом. С диагнозом «рецидив профузного кишечного кровотечения», больная взята в операционную. Проведена резекция желудка по Бильрот 2. В последующем пациент выписан в удовлетворительном состоянии.



Рисунок 15 – Эндофото. Фиксированный рыхлый геморрагический сгусток алого цвета по малой кривизне луковицы двенадцатиперстной кишки.

В данном примере, диагноз артериального кровотечения установлен на основании клинических данных выраженная слабость, холодный пот, выраженное головокружение, рвота сгустками крови, резкая бледность кожи и слизистых, тахикардия, гипотония. Эндоскопической картины сгустки крови в желудке, сгустки крови алого цвета на дне язвы и лабораторных данных выраженная эритроцитопения, резкое снижение уровня гемоглобина. Довольно показательным признаком артериального кровотечения явилось наличие сгустков крови в рвотных массах и желудочном содержимом при фиброгастродуоденоскопии.

Данный пример показывает, что артериальное кровотечение в отличие от венозного, как правило, рецидивирует.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Совершенствование комплексной консервативной терапии, появление новых антисекреторных препаратов и применение лечебной эндоскопии привели к изменению хирургической тактики при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях. У некоторых больных появилась возможность избежать оперативного вмешательства, что, учитывая современные тенденции увеличения в структуре ЯГДК пациентов пожилого и старческого возрастов, способствует улучшению результатов лечения.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Задачами исследования было: 1) определить факторы риска рецидива язвенных желудочно-кишечных кровотечений; 2) изучить локальные и индивидуальные особенности состояния ангиоархитектоники в зоне язвенных гастродуоденальных кровотечений; 3) разработать алгоритм диагностики и лечения на основе оценки тяжести течения и прогноза гастродуоденальных кровотечений; 4) оценить значимость использования вида гастродуоденального кровотечения: артериальное или венозное, в качестве критерия для определения хирургической тактики лечения больных.

Для выполнения поставленной цели и задач исследования использованы результаты обследования и лечения 405 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые проходили лечение в 2007–2014 годах в ГБУЗ РБ ГKB № 18 г. Уфа. В зависимости от проведенного обследования и лечения больные были разделены на две группы. Первая группа (группа сравнения) составили 204 больных, находившийся на стационарном лечении с 2007 по 2010 гг., у которых обследование и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений проводилось традиционными

методами, включающими консервативное лечение, устанавливался назогастральный зонд, осуществлялась эндоскопическая остановка кровотечения при интенсивной геморрагии или экстренное оперативное вмешательство при неэффективности консервативной терапии. Вторую (основную) группу составили 201 больных, прошедших лечение с 2011 по 2014 гг. Больным основной группы применялся разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм, основанный на определении вида язвенных кровотечений (артериальное или венозное) и прогноза рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений. У 59 больных исследовано морфологическое и гистологическое состояние сосудов и архитектоники в зоне язвы. Кроме того, дополнительно проведены клинические, эндоскопические и лабораторные обследования.

Для определения тактики хирургического лечения проводили исследования сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки на аутопсийных макропрепаратах, взятых у трупов больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившиеся кровотечением. Объектом морфологического исследования стали аутопсийные микро- и макропрепараты желудка и двенадцатиперстной кишки у 59 больных.

Распределение больных в исследуемых группах по возрасту и полу: мужчин в I группе было 129 (63,1%), женщин 75 (36,9%), во II группе соответственно мужчин 148 (73,9%), женщин 53 (26,1%) ($p=0,097$).

Большинство больных (44,0%) находились в трудоспособном возрасте (51–75 лет), 45,9% больных I группы и 43,3% II группы ($p>0,05$). Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту. Средний возраст больных в основной группе составил $53,1\pm 6,32$ лет, во II группе – $51,9\pm 7,12$ лет ($p=0,113$). Источником кровотечения язвы двенадцатиперстной кишки были у 142 (69,4%) больных в I группе, и у 120 (59,5%) больных во II группе. Хроническая язва желудка у 42 (20,7%) больных было в I группе, и у 74 (36,8%) во II группе. Кровотечение из сочетанных хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось в 20 случаях (9,9%) в I группе, и в 7 (3,7%) во II группе.

Анализ приведенных наблюдений показывает, что в хирургическое отделение 138 (67,6%) больных доставлялись позже 12 часов с момента заболевания в I группе, и 128 (64%) больных во II группе ($p=0,570$). Несвоевременная госпитализация больных была связана с поздней обращаемостью их за медицинской помощью. В исследовании преобладали больные с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей у 151 (74,0%) больных в I группе и у 131 (65,2%) больных во II группе ($p=0,078$).

Для оценки состояния слизистой желудка при ЯБДК ее защитных и язвообразующих факторов, нами проведено морфологическое исследование биоптатов. Для обнаружения *Helicobacter Pylori* (HP) использовали гистологический метод и уреазный тест. Частота инфицирования HP в антральном отделе желудка и в луковице ДПК была соответственно у 93,1 и у 74,5% больных.

Анализ материалов исследования свидетельствует об увеличении в структуре ЯГДК больных с тяжелой и крайне тяжелой степени кровопотери. При этом каждый третий больной был в пожилом и старческом возрасте, как правило, с наличием тяжелой сопутствующей патологии.

Жалобы больных с гастродуоденальным кровотечением довольно типичны, однако позволяют ориентировочно определить объем и скорость кровопотери. Так слабость при артериальном кровотечении выраженная и нарастает быстро. При венозном же кровотечении слабость незначительная или умеренная.

Головокружение, холодный пот на лбу, обусловленные снижением артериального давления характерны для артериального кровотечения, могут отсутствовать при венозном кровотечении.

Рвота «кофейной гущей» может быть не обильной, однократной при венозном кровотечении. Для артериального же кровотечения больше присущи обильность, многократность. Особенно характерна наличие сгустков крови в рвотных массах. Это свидетельствует о массивности кровопотери, когда

изливающаяся из артерии кровь не успевает вступить в реакцию с желудочным соком и превратиться в «кофейную гущу».

Анамнез кровотечения связан с обострением язвенной болезни. Начало кровотечения, как правило, характеризуется уменьшением или исчезновением болей в эпигастрии. Однако, продолжительность периода с момента начала кровотечения и появления клинических признаков кровопотери, обращением за медицинской помощью при венозном кровотечении длительный, исчисляется днями. При артериальном же кровотечении анамнез короткий и быстро нарастающие признаки обильной кровопотери вынуждают больного обратиться за скорой медицинской помощью в считанные часы.

Субъективные данные для диагностики вида кровотечения подтверждают и объективными признаками. Так, общее состояние при артериальном кровотечении чаще тяжелое, кожа и слизистые резко бледные, пульс учащен до 100–110 уд/мин; артериальное давление понижено, то есть присутствуют все признаки геморрагического шока вызванные быстрой и объемной кровопотерей. Из-за усиленной перистальтики кишечника стул часто многократный, кал жидкий, дегтеобразный. При венозном же кровотечении общее состояние больного удовлетворительное, выраженных гемодинамических расстройств нет, стул не учащен, кал оформленный, черный.

Выявленные при ЭФГДС «кофейная гуща» в желудке со сгустками крови, струйное кровотечение из язвы, тромб алого цвета, нередко наличие видимой стенки сосуда позволяют говорить об артериальном кровотечении. При венозном же кровотечении в просвете желудка определяются «кофейная гуща» с остатками пищи, стекающая с краев язвы кровотечение, наличие тромба темного цвета.

Из лабораторных показателей характерны эритроцитопения, снижение уровня гемоглобина и гемокрита. Причем при артериальном кровотечении показатели крови снижаются значительно за короткий период времени; при венозном – незначительно и длительно.

Нами разработан лечебно-диагностический алгоритм тактики ведения больных с ЯГДК. Больным с подозрением или с клиникой ЯГДК после общеклинического обследования выполняли экстренную ФЭГДС, позволяющая установить факт наличия кровотечения, установить локализацию и дать характеристику по Forrest.

На основании клинических, эндоскопических и лабораторных данных определяли вид кровотечения и принимали решение о выборе гемостаза (хирургический, эндоскопический, консервативная терапия). На основании полученных нами данных, получен патент РФ на изобретение № 2407445 от 27 декабря 2010 г. «Способ выбора тактики лечения острых гастродуоденальных кровотечений».

Основным ключевым моментом хирургической тактики при ЯГДК являлось принятие решения о выборе вида гемостаза, обеспечивающего наименьшую вероятность развития рецидива кровотечения. Показаниями к проведению экстренной операции являлись: струйное или профузное кровотечение уровня F1a и неэффективность эндоскопического гемостаза при кровотечении уровня F1b; рецидив кровотечения; высокий риск рецидива кровотечения без положительной динамики.

Консервативная терапия при ЯГДК включало заместительную инфузионную терапию и назначение антисекреторных препаратов с момента госпитализации больного независимо от источника кровотечения по Forrest и объема кровопотери. Мы применяли внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (омепразол, эзомепразол) в максимальных дозировках в течение 3–5 суток с дальнейшим переходом на пероральный прием. Временный (предоперационный) эндоскопический гемостаз осуществляли при диагностике кровотечения уровнями F1a и F1b во время диагностической ФЭГДС. Критичным являлся фактор времени, если в течение 5 минут не удавалось уменьшить интенсивность кровотечения или его остановить, то манипуляции по временному гемостазу прекращали, больного немедленно транспортировали в экстренную операционную. Тем не менее, окончательный выбор метода остановки

кровотечения из ЯГДК, с нашей точки зрения, осуществлялся, исходя из позиции максимальной эффективности, надежности и безопасности для больного.

На наш взгляд, критерием для определения хирургической тактики может служить вид кровотечения. Поэтому усилия хирурга должны быть направлены в первую очередь на определение артериального или венозного характера кровотечения.

При артериальном кровотечении отмечаем короткий язвенный анамнез 1–6 часов, наблюдаются признаки геморрагического шока, рецидив кровотечения. Гемостатическая терапия может дать лишь временный эффект на фоне снижения артериального давления. При венозном кровотечении анамнез длительный от 6 часов до трех суток, нет признаков геморрагического шока, состоявшееся кровотечение не рецидивирует. Гемостатическая терапия эффективна. Есть отличительные признаки и эндоскопической картины. На основании полученных нами данных и применением алгоритма позволило снизить летальность после операции до 13,4% и избежать рецидив кровотечения 18,4% (патент РФ на изобретение № 2407445 от 27.10.2010 г. «Способ выбора тактики лечения острых гастродуоденальных кровотечений»).

ВЫВОДЫ

1. Факторами риска рецидива язвенных кровотечений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки являются мужской пол, возраст старше 50 лет, длительность язвенного анамнеза более 5 лет, размер язвенного дефекта (в желудке более 2 см, в двенадцатиперстной кишке более 1 см), локализация язвы (малая кривизна и задняя стенка кардиального отдела и тела желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки), характер язвенного дефекта, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения, злоупотреблением алкоголем, прием НПВС, наличие желудочно-кишечных кровотечений в анамнезе.

2. Локальными и индивидуальными особенностями состояния ангиоархитектоники в зоне язвенных гастродуоденальных кровотечений, где наблюдается выраженное интенсивное кровотечение при локализация язв на задней стенке кардиального отдела и тела желудка, а также на задней стенке двенадцатиперстной кишки, так как, происходит аррозия крупных ветвей левой желудочной или желудочно-двенадцатиперстной артерий, что способствует возникновению рецидива кровотечения.

3. Использование разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволяет уменьшить вероятность развития язвенных гастродуоденальных кровотечений, снизить летальность с 10,8 до 5,9% ($p=0,074$). Снижение абсолютного риска летального исхода при использовании нашего метода произошло на 4,9% ($САР=-4,9\%$). Относительный риск летального исхода в основной группе составил: $ОР = 0,395$ (95% ДИ-[0,088–1,461]).

4. При язвенных гастродуоденальных кровотечениях артериальный вид кровотечения составил 16,4% и венозный вид 83,6%. Вид и степень кровопотери являются объективными критериями оценки тяжести кровотечения и выбора хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Использование вида кровотечения в качестве критерия для выбора хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.
2. Оценка развития рецидивов кровотечения достигается на основании анамнеза, результатов клинического обследования, эндоскопических и лабораторных исследований.
3. Использование в клинике разработанного алгоритма диагностики и лечения рецидива кровотечения и выбора адекватного метода лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Несмотря на проделанную большую работу по улучшению результатов диагностики и хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, остается много не решенных вопросов рецидива кровотечения, прогнозирования ЯГДК, оценки отдаленных результатов выполнения хирургического вмешательства. Учитывая высокий риск оперативного вмешательства на высоте кровотечения, поиск и разработка способов гемостаза продолжается. Все это требует продолжения начатых исследований и доведения их результатов до практического применения в хирургии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АР – абсолютный риск

ДВС – синдром – диссеминированное внутрисосудистое свертывание

ДИ – доверительный интервал

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ЖКК – желудочно-кишечные кровотечения

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации

НР – *Helicobacter Pylori*

ОГДЯК – острые гастродуоденальные язвенные кровотечения

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ОР – относительный риск

САР – снижение абсолютного риска

ССС – сердечно сосудистая система

ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

ФЭГДС – фиброэзофагогастроскопия

ЧП – число пациентов

ЯБДПК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

ЯГДК – язвенные гастродуоденальные кровотечения

ЯБЖ – язвенная болезнь желудка

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакаров, М.Г. Локальный гемостаз в лечении язвенных кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Абакаров Магомед Гази-Магомедович. – Саратов, 1999. – 21 с.
2. Айсханов, С.К. К выбору способа гемостаза при профузных язвенных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста / С.К. Айсханов, С.А. Вартанов, М.М. Рамазанов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1994. – Т. 153, № 7-12. – С. 52-53.
3. Алиев, С.А. Выбор метода рациональной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии / С.А. Алиев, Н.М. Хыдырова // Хирургия. – 2010. – № 2. – С. 30-37.
4. Амиров, А.М. Тактика лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, основанная на прогнозе рецидива кровотечения / А.М. Амиров, А.М. Магомедов, Д.Ш. Будаев // Актуальные вопросы развития ведомственной медицины МВД России: матер. науч.-практич. конф., посвящ. 75-летию мед. службы ГУВД Санкт-Петербурга и Ленинградской области. – СПб., 2006. – С. 144-146.
5. Амиров, А.М. Тактика лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста / А.М. Амиров, А.М. Магомедов, Д.Ш. Будаев // Актуальные вопросы развития ведомственной медицины МВД России: матер. науч.-практич. конф., посвящ. 75-летию Мед. службы ГУВД Санкт-Петербурга и Ленинградской области. – СПб., 2006. – С. 146-149.
6. Андросова, Т.П. Тактика хирурга при желудочно-кишечных кровотечениях неясной этиологии / Т.П. Андросова // Клиническая хирургия. – 1968. – № 4. – С. 9-13.

7. Асташов, В.П. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв: диагностика, тактика и хирургическое лечение / В.П. Асташов, А.В. Калинин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2002. – № 1. – С. 16-23.
8. Багненко, С.Ф. Антифибринолитическая терапия в комплексном лечении массивных язвенных желудочно-кишечных кровотечений / С.Ф. Багненко, В.Г. Вербицкий // Хирургия. – 2011. – № 4. – С. 42-46.
9. Баранчук, В.Н. Организация специализированной помощи и хирургическая тактика при острых желудочно-кишечных кровотечениях: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Баранчук Виктор Никифорович. – Л., 1989. – 206 с.
10. Баранчук, В.Н. Лечение острых желудочно-кишечных кровотечений в специализированном стационаре / В.Н. Баранчук, А.В. Пичуев, О.Н. Скрыбин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1992. – Т. 151, № 7-8. – С. 102-108.
11. Басхаева, Р.Г. Терапевтическая тактика лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / Р.Г. Басхаева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 1. – С. 21-24.
12. Баулин, Н.А. Организация хирургической помощи больным гастродуоденальным язвенным кровотечением в хирургической клинике / Н.А. Баулин, М.М. Беренштейн // Актуальные вопросы хирургии: сб. науч.-практич. работ, посвящ. 90-летию кафедры общей хирургии РостГМУ. – Ростов-н/Д., 2006. – С. 29-31.
13. Белоусов, А.С. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения / А.С. Белоусов, В.Д. Водолагин, В.П. Жаков. – М.: Медицина, 2002. – 424 с.
14. Большаков, А.Е. Клиника, диагностика и лечение ОЖК у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Большаков Александр Евгеньевич. – Астрахань, 1984. – 17 с.

15. Бондаренко, Н.М. Аспекты хирургического лечения язвенной болезни, осложненной кровотечением / Н.М. Бондаренко, В.П. Крышень, П.Г. Сергеневи́ч // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1990. – Т. 149, № 9. – С. 123-125.
16. Борисов, А.Е. Хирургическое лечение при хронических гастродуоденальных язвах / А.Е. Борисов, В.П. Земляной, К.Г. Кубачев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – № 1. – С. 79-81.
17. Братусь, В.Д. Дискуссионные вопросы лечения острого язвенного кровотечения / В.Д. Братусь // Клиническая хирургия. – 1990. – № 4. – С.44-47.
18. Братусь, В.Д. Острые желудочные кровотечения / В.Д. Братусь. – Киев: Здоров'я, 1972. – 420 с.
19. Брискин, Б.С. Принципы и обоснование лечебной тактики при язвенных кровотечениях / Б.С. Брискин, А.А. Корниенко, И.З. Маламуд // Хирургия. – 1991. – № 5. – С. 41-45.
20. Вагнер, Д.О. Факторы риска гастродуоденальных кровотечений у пострадавших с тяжелой термической травмой / Д.О. Вагнер, И.В. Шлык, В.Г. Вербицкий // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2013. – № 1. – С. 55-59.
21. Важные практические результаты и современные тенденции в изучении заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки: (обзор материалов 17-ой Российской гастроэнтерологической недели, 10-12 окт. 2011 г., Москва) / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Н.Г. Андреев, Д.Н. Андреев // Российский журнал гастроэнтерологии, колопроктологии. – 2012. – № 4. – С. 17-26.
22. Вачев, А.Н. Какое кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки следует считать рецидивным / А.Н. Вачев, В.К. Корытцев, Т.В. Ларина // Хирургия. – 2010. – № 1. – С. 45-49.
23. Велигоцкий, Н.Н. Индивидуально-активная хирургическая тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенного генеза / Н.Н. Велигоцкий, В.Т. Зайцев, А.И. Дерман // Хирургия. – 1989. – № 8. – С. 84-88.

24. Вербицкий, В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Вербицкий Владимир Георгиевич. – СПб., 1999. – 309 с.
25. Вербицкий, В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение / В.Г. Вербицкий, С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин. – СПб.: Политехника, 2004. – 242 с.
26. Верзакова, И.В. Особенности гемодинамики при синдроме Мэллори-Вейса по данным ультразвукового исследования левой желудочной артерии с учетом изменений пищевода и желудка / И.В. Верзакова, Н.Н. Салмина, Ш.В. Тимербулатов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2010. – № 1. – С. 24-28.
27. Веронский, Г.И. Хирургическая тактика при кровоточащих гастродуоденальных язвах / Г.И. Веронский, С.Г. Штофин, С.А. Усов // Труды Всероссийской научно-практической конференции хирургов. – Волгоград, 1993. – С. 65.
28. Верткин, А.Л. Необходимость коррекции дефицита железа у пациентов, длительное время получающих антиагрегантную терапию / А.Л. Верткин, А.С. Скотников // Лечащий врач. – 2012. – № 2. – С. 23-28.
29. Верткин, А.Л. Особенности течения, лечения и прогноза острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST у пациентов с железодефицитной анемией / А.Л. Верткин, А.С. Скотников // Клиническая медицина. – 2012. – № 11. – С. 10-15.
30. Винокуров, М.М. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: пути оптимизации лечебной тактики / М.М. Винокуров, М.А. Капитонова // Хирургия. – 2008. – № 2. – С. 33-36.
31. Витебский, Я.Д. Патогенез и профилактика недостаточности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка / Я.Д. Витебский, В.И. Ручкин // Хирургия. – 1985. – № 10. – С. 22-25.

32. Влияние антисекреторной терапии на заживление язв желудка и двенадцатиперстной кишки после острого кровотечения / Э.Ф. Баринов, П.Г. Кондратенко, О.Н. Сулаева [и др.] // Хирургия. – 2014. – № 3. – С. 15-19.
33. Возможности медикаментозного гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях: состояние проблемы и реальные перспективы / А.А. Щеголев, О.А. Аль Сабунчи, С.А. Валетов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2013. – № 3. – С. 24-27.
34. Гарбузенко, Д.В. Эктопические варикозно-расширенные вены как редкая причина желудочно-кишечных кровотечений / Д.В. Гарбузенко // Клиническая медицина. – 2014. – № 6. – С. 12-21.
35. Горбачев, В.Н. Лечение кровотечений из хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Горбачев Виктор Николаевич. – СПб., 1995. – 408 с.
36. Горбашко, А.И. Диагностика и лечение кровопотери / А.И. Горбашко. – М.: Медицина, 1982. – 224 с.
37. Горбашко, А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения / А.И. Горбашко. – Л.: Медицина, 1974. – 240 с.
38. Горбашко, А.И. Патогенетическое обоснование активной тактики хирурга при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии / А.И. Горбашко // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1980. – № 12. – С. 28-34.
39. Горбашко, А.И. Пути улучшения результатов лечения острых желудочно-кишечных кровотечений / А.И. Горбашко // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1989. – Т. 142, № 6. – С. 16-21.
40. Горбунов, В.Н. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв / В.Н. Горбунов, А.П. Сытник, Н.Н. Коренев // Хирургия. – 1998. – № 9. – С. 14-17.

41. Гостищев, В.К. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. – 2005. – № 8. – С. 52-57.
42. Гостищев, В.К. Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 46-51.
43. Госткин, П.А. Индивидуальное прогнозирование и профилактика осложнений при острых язвенных кровотечениях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Госткин Павел Александрович. – Рязань, 1999. – 20 с.
44. Григорьев, П.Я. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с *Helicobacter pylori* / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко // Клиническая медицина. – 1998. – № 6. – С. 11-15.
45. Григорьев, С.А. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях / С.А. Григорьев, В.К. Корытцев // Хирургия. – 1999. – № 6. – С. 20-22.
46. Гринберг, А.А. Ваготомия в неотложной хирургии осложненной дуоденальной язвы / А.А. Гринберг // Хирургия. – 1990. – № 3. – С. 20-24.
47. Гринберг, А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / А.А. Гринберг, А.С. Ермолов, И.И. Затевахин // Хирургия. – 1973. – № 10. – С. 71-75.
48. Гринберг, А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / А.А. Гринберг, И.И. Затевахин, А.А. Щеголев. – М.: Медицина, 1996. – 149 с.
49. Грубник, В.В. Селективная проксимальная ваготомия и эндоскопический гемостаз при лечении кровоточащих дуоденальных язв / В.В. Грубник // Хирургия. – 1998. – № 3. – С. 14-20.
50. Диагностическая и лечебная эндоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях у пациентов с травмой костей таза и конечностей / А.С. Ермолов, Т.П. Пинчук, П.А. Иванов [и др.] // Хирургия. – 2012. – № 1. – С. 4-9.

51. Дифференциальная диагностика хирургических осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта у больных неходжкинскими лимфомами / С.Н. Неред, В.А. Шаленков, И.С. Стилиди, Е.А. Османов // Российский онкологический журнал. – 2013. – № 3. – С. 9-13.
52. Дмитриев, И.В. Морфологические и морфогенетические особенности язвенной болезни желудка / И.В. Дмитриев, А.Е. Доросевич // Архив патологии. – 1996. – № 5. – С. 74-77.
53. Долгоруков, М.И. Экстрадуоденизация «трудных» язв, осложненных кровотечением, у больных пожилого и старческого возраста / М.И. Долгоруков, В.И. Кулагин, А.В. Пичуев // Проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: сб. тез. науч.-практич. конф., посвящ. 10- летию кафедры хирургии СПбГУ. – СПб., 2006. – С. 40-45.
54. Евсеев, М.А. Стратегия антисекреторной терапии у больных с кровоточащими и перфоративными гастродуоденальными язвами / М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов, Р.А. Головин // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 46-52.
55. Евсеев, М.А. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях / М.А. Евсеев, И.М. Клишин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – № 3. – С. 55-62.
56. Евсеев, М.А. Эволюция хирургической тактики при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях / М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов // Актуальные вопросы хирургии: сб. науч.-практич. работ, посвящ. 90-летию кафедры общей хирургии РостГМУ. – Ростов-н/Д., 2006. – С. 44-46.
57. Евтихов, Р.М. Пломбировка кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки при выполнении стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею / Р.М. Евтихов, С.А. Ватагин, В.М. Чугуевский // Хирургия. – 1999. – № 4. – С. 22-24.
58. Ермолов, А.С. Клинико-эндоскопическая характеристика больных с кровоточащей пептической язвой / А.С. Ермолов, Т.П. Пинчук, С.В. Волков //

Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – Т. 9, № 5. – С. 19-23.

59. Ермолов, А.С. Комбинированный эндоскопический гемостаз при язвенном гастродуоденальном кровотечении / А.С. Ермолов, Ю.С. Тетерин, Т.П. Пинчук // Хирургия. – 2014. – № 2. – С. 4-7.

60. Еров, С.А. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения у больных высокого операционного и анестезиологического риска / С.А. Еров, А.И. Шугаев, А.К. Сухомлин // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины: сб. тез. – СПб.: СПбМАПО, 2006. – С. 132-133.

61. Ефименко, Н.А. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения / Н.А. Ефименко, М.В. Лысенко, В.Л. Асташов // Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 56-59.

62. Жерлов, Г.К. Выбор тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями на фоне язвенной болезни / Г.К. Жерлов, В.М. Воробьев, А.П. Кошель // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 59.

63. Жерлов, Г.К. Выбор хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Н.В. Гибадулин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2001. – Т. 160, № 2. – С. 18-21.

64. Заболотько, Л.А. Особенности флебоархитектоники стенок желудка человека / Л.А. Заболотько // Морфология. – 1992. – Т. 102, № 1. – С. 65-73.

65. Зайцев, М.Г. Хирургическое лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений в сочетании с противорецидивной терапией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Зайцев Максим Геннадьевич. – СПб., 2003. – 22 с.

66. Затевахин, И.И. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: состояние проблемы и реальные перспективы / И.И. Затевахин, А.А. Щеголев, Б.Е. Титков // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 2. – С. 3-8.

67. Земляной, А.Г. Профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по поводу

- пилородуоденальных язв / А.Г. Земляной, С.А. Алиев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1985. – Т. 134, № 4. – С. 26-31.
68. Золотовская, Н.Б. Факторы риска кровотечений при синдроме острого повреждения желудка у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.20 / Золотовская Наталья Борисовна. – Екатеринбург, 2012. – 22 с.
69. Исмагилова, Ю.М. Оценка и прогноз эффективности методов гемостаза при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.20 / Исмагилова Юлия Маратовна. – Уфа, 2013. – 22 с.
70. Казымов, И.Л. Тактика лечения кровоточащих гастродуоденальных язв / И.Л. Казымов, Ф.С. Курбанов // Хирургия. – 2009. – № 1. – С. 33-37.
71. Колесников, С.А. Общехирургические аспекты urgentных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / С.А. Колесников, А.А. Копылов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 60.
72. Королев, М.П. Гастродуоденальные кровотечения как проблема urgentной хирургии / М.П. Королев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – № 2. – С. 52-54.
73. Королев, М.П. Эндоскопия в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений / М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Н.В. Иванова // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1999. – Т. 158, № 3. – С. 16-20.
74. Крылов, А.А. Неотложная гастроэнтерология / А.А. Крылов, А.Г. Земляной, В.А. Михайлович. – М.: Медицина, 1988. – 268 с.
75. Крылов, Н. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта / Н. Крылов, А. Самохвалов // Врач. – 2011. – № 13. – С. 10-16.
76. Кубышкин, В.А. Методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений / В.А. Кубышкин, Д.Ю. Петров, А.В. Смирнов // Хирургия. – 2013. – № 9. – С. 67-72.
77. Кузин, М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М.И. Кузин // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27-32.

78. Кукош, М.В. Выбор метода лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста / М.В. Кукош, Н.В. Емельянов, М.К. Разумовский // VIII Всероссийский съезд хирургов: тез. докл. – Краснодар, 1995. – С. 146-147.
79. Курыгин, А.А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии / А.А. Курыгин, В.В. Румянцев. – СПб.: Гиппократ, 1992. – 304 с.
80. Курыгин, А.А. Неотложная гастроэнтерология / А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. – СПб.: Питер, 2001. – 468 с.
81. Курыгин, А.А. Причины рецидивов язвенного желудочно-кишечного кровотечения, их профилактика и лечение / А.А. Курыгин, Г.И. Синенченко, И.М. Мусинов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2009. – № 5. – С. 24-27.
82. Курыгин, А.А. Принципы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений / А.А. Курыгин, В.Н. Баранчук. – СПб.: ВМедА, 1992. – 51 с.
83. Курыгин, А.А. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией и кровотечением / А.А. Курыгин, С.И. Перегудов, И.Н. Есютин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1997. – Т. 156, № 1. – С. 20-23.
84. Лабораторные методы исследования в клинике. Справочник / под ред. В.В. Меньшикова. – М.: Медицина, 1987. – 368 с.
85. Лапина, Т.Л. Эффективность лансофеда в эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori* при язвенной болезни / Т.Л. Лапина, О.Ю. Бондаренко, В.Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. – № 6. – С. 68-71.
86. Лебедев, Н.В. Гастродуоденальные язвенные кровотечения / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, А.А. Бархударов // Хирургия. – 2014. – № 8. – С. 23-27.
87. Лебедев, Н.В. Лечение больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов // Хирургия. – 2009. – № 11. – С. 10-13.

88. Лебедев, Н.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, П.Ю. Соколова // Хирургия. – 2012. – № 12. – С. 77-80.
89. Лебедев, Н.В. Профилактика и лечение кровотечений из симптоматических гастродуоденальных язв / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, И.О. Абуладзе // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2009. – № 3. – С. 31-34.
90. Лебедев, Н.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, Т.В. Бархударова // Хирургия. – 2009. – № 2. – С. 32-34.
91. Лешкова, В.Е. Прогнозирование течения и исходов острых стресс-индуцированных желудочно-кишечных кровотечений у больных в критических состояниях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.37 / Лешкова Вероника Евгеньевна. – Екатеринбург, 2009. – 22 с.
92. Липницкий, Е.М. Эффективность комбинированного эндоскопического гемостаза у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением / Е.М. Липницкий, А.В. Алекберзаде, Г.Р. Рыжов // Вестник РАМН. – 2009. – № 6. – С. 28-32.
93. Лобанков, В.М. Влияние солнечной активности на популяционную тяжесть язвенной болезни / В.М. Лобанков, М.Н. Камбалов // Проблемы здоровья и экология. – 2008. – № 2. – С. 142-146.
94. Ломаченко, Ю.И. Приоритеты в оптимизации лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений / Ю.И. Ломаченко, С.А. Касумьян // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 61.
95. Лосев, Р.З. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв / Р.З. Лосев, Ю.В. Чирков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1996. – Т. 155, № 6. – С. 28-31.
96. Луцевич, Э.В. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Э.В. Луцевич, И.Н. Белов, Э.Н. Праздников // 50 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. – М.: Медиа медика, 2003. – С. 258-261.

97. Луцевич, Э.В. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений / Э.В. Луцевич, И.В. Ярема, Б.Р. Бахшалиев // Хирургия. – 1991. – № 9. – С. 55-60.
98. Луцевич, Э.В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? / Э.В. Луцевич, И.Н. Белов // Хирургия. – 2008. – № 1. – С. 4-7.
99. Лыткин, М.И. Ваготомия при лечении острых гастродуоденальных кровотечений / М.И. Лыткин, В.В. Румянцев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1975. – Т. 115, № 11. – С. 3-10.
100. Маев, И.В. Новые подходы к диагностике и лечению хронических эрозий желудка / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, М.Г. Гаджиева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – № 1. – С. 43-49.
101. Маликов, Ю.Р. Усовершенствованная активно-индивидуализированная тактика в лечении острых гастродуоденальных язвенных кровотечений / Ю.Р. Маликов, А.М. Хаджибаев, И.В. Мельник // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 62.
102. Маят, В.С. Десятилетний опыт применения ваготомии в лечении дуоденальной язвы / В.С. Маят, Ю.М. Панцырев, А.А. Гринберг // Хирургия. – 1978. – № 6. – С. 106-112.
103. Мидленко, В.И. Лечебно-диагностическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / В.И. Мидленко, Н.И. Белоногов, А.В. Смолькина // Хирургия. – 2005. – № 10. – С. 64-67.
104. Мизиев, И.А. Использование шкал объективизации состояния больных в выборе тактики лечения желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии / И.А. Мизиев, О.Ю. Дабагов, М.М. Мисроков // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 63.
105. Мирошников, Б.И. Язвенное гастродуоденальное кровотечение у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями / Б.И. Мирошников, Н.С. Чечурин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2000. – Т. 159, № 1. – С. 106-109.

106. Михайлов, А.П. Особенности хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста / А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2005. – Т. 164, № 6. – С. 74-77.
107. Моргунов, С.С. Коррекция тканевой гипоксии и процессов свободнорадикального окисления при гастродуоденальных кровотечениях / С.С. Моргунов, А.В. Матвеев // Общая реаниматология. – 2007. – № 1. – С. 22-27.
108. Непосредственные результаты лечения больных с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением / С.Г. Шапвальянц, А.И. Михалев, Е.Д. Федоров [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2011. – № 5. – С. 35-40.
109. Никитин, Н.А. "Трудная" дуоденальная культя в ургентной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Н.А. Никитин // Хирургия. – 2001. – № 5. – С. 36-39.
110. Никифоров, П.А. Применение H₂-блокаторов в терапии кровотечений из гастродуоденальных язв / П.А. Никифоров, М.А. Базарова, С.А. Никитина // Хирургия. – 2001. – № 10. – С. 49-50.
111. Овчинников, В.А. Кровотечения из пенетрирующих язв желудка и двенадцатиперстной кишки и их лечение / В.А. Овчинников, А.И. Абелевич, В.В. Овчинников // Актуальные вопросы хирургии: сб. науч.-практич. работ, посвящ. 90-летию кафедры общей хирургии РостГМУ. – Ростов-н/Д., 2006. – С. 96-98.
112. Одинцова, А.А. Кровоснабжение желудка / А.А. Одинцова // Кровоснабжение органов пищеварительного тракта человека. – Киев: Здоровье, 1970. – С. 72-93.
113. Острое гастродуоденальное эрозивно-язвенное поражение у пожилых больных терапевтического и неврологического профиля / Е.Е. Хохлова, О.В. Зайратьянц, Л.Б. Тарасова, Ю.А. Шепелева // Клиническая геронтология. – 2013. – № 3-4. – С. 40-42.

114. Острые гастродуоденальные кровотечения на фоне сахарного диабета / М.П. Королев, Л.Е. Федотов, А.Л. Филонов, О.В. Затыга // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – № 2. – С. 21-24.
115. Оценка и прогноз эффективности методов гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / В.М. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов, Ш.В. Тимербулатов [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2010. – № 5. – С. 38-42.
116. Панцырев, Ю.М. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни / Ю.М. Панцырев, А.И. Михалев, Е.Д. Федоров // 50 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. – М.: Медиа медики, 2003. – С. 248-258.
117. Патогенез, лечение и профилактика эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта / В.М. Тимербулатов, И.М. Уразбахтин, Ш.В. Тимербулатов [и др.] // Вестник РАМН. – 2011. – № 1. – С. 29-35.
118. Перегудов, С.И. Хирургическое лечение кровоточащих залуковичных язв двенадцатиперстной кишки / С.И. Перегудов, А.В. Добренков // Актуальные вопросы хирургии: сб. науч.-практич. работ, посвящ. 90-летию кафедры общей хирургии РостГМУ. – Ростов-н/Д., 2006. – С. 101-103.
119. Петров, В.П. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта / В.П. Петров, И.А. Ерюхин, И.С. Шемякин. – М.: Медицина, 1987. – 256 с.
120. Петров, В.П. Эффективность консервативного и хирургического лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В.П. Петров, В.В. Осипов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – Т. 13, № 5. – С. 14-18.
121. Петрова, Э.М. Профилактика и лечение эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с острым коронарным синдромом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.04 / Петрова Элина Михайловна. – Екатеринбург, 2012. – 23 с.

122. Плешков, В.Г. Применение фамотидина (квamatела) в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Г. Плешков, В.Н. Афанасьев, А.В. Овсянкин // Хирургия. – 2000. – № 6. – С. 48-49.
123. Повторные гастроскопии при угрозе рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв / В.А. Ступин, С.В. Силуянов, М.Б. Сохикян [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2011. – № 6. – С. 12-18.
124. Полунина, Н.В. Медико-социальные факторы риска и их профилактика / Н.В. Полунина, Е.И. Нестеренко, Н.М. Ашанина // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – № 3. – С. 10-12.
125. Попович, Ф.А. Микроангиоархитектоника и микротопография кровеносных сосудов желудка человека / Ф.А. Попович // Архив анатомии, гистологии, эмбриологии. – 1978. – Т. 75, № 11. – С. 53-61.
126. Потахин, С.Н. Клинико-морфологическое обоснование прецидивного синдрома при язвенных гастродуоденальных кровотечениях: аттореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Потахин Сергей Николаевич. – Саратов, 2001. – 21 с.
127. Поташов, Л.В. Некоторые особенности течения хирургических заболеваний у пожилых и стариков / Л.В. Поташов // Врачебные ведомости. – 1998. – № 1. – С. 68-70.
128. Поташов, Л.В. Кровотечения из острых и хронических гастродуоденальных язв / Л.В. Поташов, М.А.Алиев, М.В. Седов. – Алма-Ата, 1982. – 336 с.
129. Поташов, Л.В. Хеликобактериоз в хирургической гастроэнтерологии / Л.В. Поташов, В.П. Морозов, В.М. Савранский. – СПб.: Судостроение, 1999. – 143 с.
130. Протасов, А.А. Диагностические и хирургические аспекты язвенных гастродуоденальных кровотечений / А.А. Протасов, А.С. Соловейчик, С.М. Цвилик // Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита: тез. докл. – СПб., 1995. – С. 133-134.

131. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (из хронических язв желудка, двенадцатиперстной кишки и пептических язв гастроэзофагеального анастомоза) (проект) // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – № 5. – С. 94-101.
132. Профилактика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / В.П. Сажин, Е.С. Кутакова, Д.Е. Климов [и др.] // Хирургия. – 2011. – № 11. – С. 20-25.
133. Разумовский, Н.К. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Разумовский Николай Константинович. – Н-Новгород, 2000. – 26 с.
134. Ратнер, Г.Л. Кровотоочащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе / Г.Л. Ратнер, В.К. Корытцев, С.А. Катков // Хирургия. – 1999. – № 6. – С. 23-24.
135. Репин, В.Н. Хирургическая тактика и причины летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / В.Н. Репин, Л.М. Костылев // Хирургия. – 2010. – № 3. – С. 27-30.
136. Розанов, Б.С. Желудочно-кишечные кровотечения и их хирургическое лечение / Б.С. Розанов. – М.: Медгиз, 1960. – 196 с.
137. Сажин, И.В. Комплексное применение лапароскопической ваготомии при длительно нерубцующихся язвах после гастродуоденальных кровотечений / И.В. Сажин, В.П. Сажин, В.М. Савельев // Хирургия. – 2014. – № 3. – С. 3-5.
138. Сацукевич, В.Н. Острые осложнения гастродуоденальных язв: (Факторы риска, хирургическое лечение, оценка послеоперационного состояния): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Сацукевич Владимир Николаевич. – Л., 1987. – 41 с.

139. Сацукевич, В.Н. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв / В.Н. Сацукевич, Д.В. Сацукевич. – М.: Либерия, 1999. – 416 с.
140. Свободнорадикальные процессы у больных с желудочно-кишечными кровотечениями / Е.В. Силина, В.А. Ступин, М.А. Сабилов [и др.] // Хирургия. – 2011. – № 12. – С. 64-70.
141. Серапинас, И.Л. О различиях васкуляризации желудка в норме и при язвенной болезни / И.Л. Серапинас // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1958. – Т. 80, № 1. – С. 50-61.
142. Серова, Л.С. Лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений / Л.С. Серова, В.Л. Асташов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1996. – Т. 155, № 1. – С. 30-33.
143. Синенченко, Г.И. Роль современных методик лечебной эндоскопии в противорецидивном лечении желудочно-кишечных кровотечений язвенной природы / Г.И. Синенченко, С.Ф. Багненко, В.Г. Вербицкий // Новые технологии в хирургии: тез. докл. на Междунар. хирург. конгр. – М., 2005. – С. 237.
144. Современные аспекты противорецидивного лечения желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии / Г.И. Синенченко, В.Г. Вербицкий, А.Е. Демко [и др.] // Сборник научных трудов к юбилейной конференции, посвященной 120-летию кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СПбМАПО и 10-летию центра неотложной эндовидеохирургии Александровской больницы. – СПб.: СПбМАПО, 2006. – С. 281-289.
145. Славин, М.Б. Методы системного анализа в медицинских исследованиях / М.Б. Славин. – М.: Медицина, 1989. – 304 с.
146. Слесаренко, С.О. Современные тактические принципы при острых язвенных кровотечениях / С.О. Слесаренко, Л.А. Франкфурт, С.Л. Франкфурт // Актуальные вопросы современной хирургии: тр. Всерос. науч.-практич. конф. – Волгоград, 1993. – С. 88-89.

147. Смаков, Г.М. Гастродуоденальные кровотечения язвенного генеза и перспективы использования соматостатина / Г.М. Смаков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1995. – Т. 154, № 3. – С. 120-123.
148. Совершенствование тактики лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / А.И. Могила, К.Н. Мовчан, В.М. Богомаз, А.А. Смирнов // Казанский медицинский журнал. – 2010. – № 6. – С. 831-834.
149. Современные подходы к лечению кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки / В.А. Ступин, С.В. Силуянов, Г.О. Смирнова, М.А. Собиров // Хирургия. – 2010. – № 8. – С. 48-53.
150. Совцов, С.А. Принципы оказания хирургической помощи больным с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями / С.А. Совцов, О.Ю. Кушниренко, В.Ю. Подшивалов // Хирургия. – 2001. – № 12. – С. 63-64.
151. Сопильник, А.Ю. О перестройке сосудистого русла желудка при язвенной болезни / А.Ю. Сопильник // Хирургия. – 1971. – № 12. – С. 68-72.
152. Спорные и нерешенные вопросы в диагностике и лечении острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта / В.М. Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, С.И. Рахматуллин [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2010. – № 4. – С. 20-28.
153. Сравнительная оценка систем прогноза рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, П.Ю. Соколова, Ф.И. Циноева // Хирургия. – 2013. – № 8. – С. 28-31.
154. Станулис, А.И. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии / А.И. Станулис, Р.Е. Кузеев, А.П. Гольдберг // Хирургия. – 2001. – № 3. – С. 4-7.
155. Стойко, Ю.М. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения / Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин // Хирургия. – 2002. – № 8. – С. 32-35.

156. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / В.А. Ступин, М.В. Баглаенко, В.И. Кан [и др.] // Хирургия. – 2013. – № 8. – С. 28-31.
157. Сурма, А.С. Рецидивы язвенных гастродуоденальных кровотечений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Сурма Андрей Степанович. – М., 1996. – 35 с.
158. Тверитнева, Л.Ф. Лечение гастродуоденальных язвенных кровотечений в условиях многопрофильного стационара неотложной помощи / Л.Ф. Тверитнева, А.С. Ермолов, Н.С. Утешев // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 44-48.
159. Тимербулатов, В.М. Гемостаз при острых желудочно-кишечных кровотечениях / В.М. Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов // Хирургия. – 2010. – № 3. – С. 20-26.
160. Тимербулатов, Ш.В. Хирургическая тактика при синдроме Меллори-Вейса / Ш.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – № 4. – С. 25-31.
161. Федоров, В.Э. Эндоскопическая диагностика и лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями / В.Э. Федоров // Медицинский альманах. – 2010. – № 1. – С. 116-117.
162. Фоменко, А.В. Хирургическая тактика при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях с неустойчивым гемостазом: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Фоменко Александр Валентинович. – СПб., 1992. – 124 с.
163. Хаджибаев, А.М. Роль эндоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений / А.М. Хаджибаев, Ю.Р. Маликов, Р.М. Холматов // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 24-27.
164. Харченко, В.П. Эндоскопический радиоволновой гемостаз в комплексном лечении гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением / В.П. Харченко, Ю.В. Синев, Г.К. Наседкин // Хирургия. – 2003. – № 10. – С. 33-34.
165. Хасанов, А.Г. Оптимизация методов хирургического лечения осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки:

дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 / Хасанов Анвар Гиниятович. – Уфа, 1997. – 346 с.

166. Хачиев, Л.Г. Хирургическая тактика при язвенном гастродуоденальном кровотечении / Л.Г. Хачиев, Г.Л. Хачиев // Клиническая хирургия. – 1993. – № 4. – С. 8-11.

167. Хорев, А.Н. Лечение кровоточащих язв 12-перстной кишки / А.Н. Хорев, А.Н. Чумаков, В.Н. Малошенко // Тезисы докладов VIII Всероссийского съезда хирургов. – Краснодар, 1995. – С. 130.

168. Чередников, Е.Ф. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрисплетной эндоскопии / Е.Ф. Чередников, О.С. Баткаев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2009. – Т. 2, № 4. – С. 291-304.

169. Чернов, В.Н. Применение суточной рН-метрии on-line желудка при комплексном лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / В.Н. Чернов, В.В. Скорляков, С.С. Кещян // Материалы VI Всероссийской конференции общих хирургов, объединенной с VI Успенскими чтениями. – Тверь: Триада, 2010. – С. 115.

170. Чернов, В.Н. Тактика и стратегия в лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / В.Н. Чернов, В.В. Скорляков, С.С. Кещян // XI съезд хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 708-709.

171. Чернооков, А.И. Выбор метода хирургического лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / А.И. Чернооков, А.Ю. Котаев, Б.А. Наумов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 64.

172. Черноусов, А.Ф. Язвенная болезнь желудка и рак (мифы и реальность) / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, Ф.А. Черноусов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 4-10.

173. Шавалеев, Р.Р. Эндоскопическая остановка кровотечения при болезни Дъелафуа / Р.Р. Шавалеев, П.Г. Корнилаев, Р.Ф. Ганиев // Хирургия. – 2009. – № 2. – С. 80-82.
174. Шапкин, Ю.Г. Активная тактика в лечении кровоточащей язвы / Ю.Г. Шапкин, С.В. Капралов, Е.Н. Матвеева // Хирургия. – 2004. – № 9. – С. 29-31.
175. Шапкин, Ю.Г. Диагностика предрецидивного синдрома при кровоточащей язве желудка и двенадцатиперстной кишки / Ю.Г. Шапкин, С.Н. Потахин, А.В. Беликов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2004. – Т. 163, № 1. – С. 43-46.
176. Шилов, А.М. Ишемическая болезнь сердца, желудочно-кишечные кровотечения и железодефицитная анемия: принципы диагностики и лечения / А.М. Шилов, А.О. Осия // Лечащий врач. – 2012. – № 5. – С. 71-75.
177. Шотт, А.В. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии / А.В. Шотт, Н.Е. Филиппович, Г.В. Максименя. – Минск: Медицина, 1986. – 56 с.
178. Шугаев, А.И. Лечение при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста / А.И. Шугаев, А.С. Агишев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2001. – Т. 160, № 3. – С. 114-118.
179. Этиопатогенетические вопросы синдрома Маллори-Вейса / Ш.В. Тимербулатов, М.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов [и др.] // Хирургия. – 2010. – № 10. – С. 42-45.
180. Эффективность комбинированного гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / В.П. Сажин, С.В. Грыженко, И.В. Сажин [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 48-51.
181. Эффективность пантопразола при парентеральном введении у больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями с высоким риском рецидива / С.Г. Шаповальянц, С.А. Чернякевич, А.И. Михалев [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – № 2. – С. 22-28.

182. Юдин, С.В. Сравнительная характеристика методов эндоскопического гемостаза при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / С.В. Юдин, И.М. Рольшиков, С.С. Юдин // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2003. – № 1. – С. 61-63.
183. Юдин, С.С. Хирургия язвенной болезни желудка и нейро-гуморальная регуляция желудочной секреции у человека / С.С. Юдин. – М.: Медгиз, 1962. – 365 с.
184. Юдин, С.С. Этюды желудочной хирургии / С.С. Юдин. – М., 1955. – 264 с.
185. Ambruster, C. Der stellenwert der selectiv proximalen vagotomie beim komplizierten ulcus duodeni / C. Ambruster, K. Dittrich, S. Kriwanek // Wien. Klin. Wschr. – 1989. – Bd. 101, № 18. – S. 615-617.
186. Arlt, G.D. Incidence and pathophysiology of peptic ulcer bleeding / G.D. Arlt, M. Leyh // Lang. Arch. Surg. – 2001. – Vol. 386, № 2. – P. 75-81.
187. Atkinson, R.J. Usefulness of prognostic indices in upper gastrointestinal bleeding / R.J. Atkinson, D.P. Hurlstone // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 22. – P. 233-42.
188. Barkun, A. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / A. Barkun, M. Bardou, E. Kuipers // Ann. Intern. Med. – 2010. – Vol. 152. – P. 101-13.
189. Barkun, A. Consensus recommendation for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / A. Barkun, M. Bardou, J.K. Marshall // Ann. Intern. Med. – 2003. – Vol. 139, № 10. – P. 841-57.
190. Bazan, H.A. Fatal gastroduodenal artery bleeding / H.A. Bazan, U. Kim // Gastrointest. Endosc. – 2003. – Vol. 58, № 5. – P. 755.
191. Bini, E.J. Endoscopic treatment compared with medical therapy for the prevention of recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots / E.J. Bini, J. Cohen // Gastrointest. Endosc. – 2003. – Vol. 58, № 5. – P. 707-714.
192. Blatchford, O. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage / O. Blatchford, W.R. Murray, M. Blatchford // Lancet. – 2000. – Vol. 356, № 9238. – P. 1318-21.

193. Bleau, B.L. Recurrent bleeding from peptic ulcer associated with adherent clot: a randomized study comparing endoscopic treatment with medical therapy / B.L. Bleau, C.J. Gostout, K.E. Sherman // *Gastrointest. Endosc.* – 2002. – Vol. 56, № 1. – P. 1-6.
194. Botianu, A. Mortality and need of surgical treatment in acute upper gastrointestinal bleeding: a one year study in a tertiary center with a 24 hours / day-7 days / week endoscopy call. Has anything changed? / A. Botianu, D. Matei, M. Tantau // *Chirurgia (Bucur).* – 2013. – Vol. 108. – P. 312-18.
195. Bracy, W. Medical therapy of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage / W. Bracy, W.L. Peterson // *Gastrointestinal emergencies* / ed. by M. Taylor. – Baltimor, 1997. – P. 157-62.
196. Branicki, F.G. Bleeding peptic ulcer: a prospective evaluation of risk factors for rebleeding and mortality / F.G. Branicki, S.Y. Coleman, P.G. Fok // *World J. Surg.* – 1990. – Vol. 14, № 2. – P. 262-69.
197. Chiu, P.W. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage / P.W. Chiu, E.K. Ng // *Gastroenterol. Clin. North. Am.* – 2009. – Vol. 38. – P. 215-30.
198. Choudari, C.P. Age-related mortality in patients treated endoscopically for bleeding peptic ulcer / C.P. Choudari // *Gastrointest. Endosc.* – 1995. – Vol. 41, № 6. – P. 557-60.
199. Chung, I.K. Endoscopic factors predisposing to rebleeding following endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcer / I.K. Chung, E.J. Kim, M.S. Lee // *Endoscopy.* – 2001. – Vol. 33, № 11. – P. 969-75.
200. Church, N.I. A randomized trial comparing heater probe plus thrombin with heater probe plus placebo for bleeding peptic ulcer / N.I. Church, H.J. Dallal, J. Masson // *Gastroenterol.* – 2003. – Vol. 125, № 2. – P. 396-403.
201. Coghlan, J.G. *Campylobacter pylori* and recurrence of duodenal ulcer a 12 month follow up study / J.G. Coghlan, D. Gillian, H. Hamphries // *Lancet.* – 1987. – Vol. 11. – P. 1109-11.
202. Congly, S.E. Prediction of bleeding etiology: the clinician is vindicated / S.E. Congly, A.I. Aspinall // *Can. J. Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 26. – P. 185-86.

203. Das, A. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models / A. Das, R.C. Wong // *Gastrointest. Endosc.* – 2004. – Vol. 60. – P. 85-93.
204. Dousset, B. Traitement chirurgical des hemorrhagies ulcercuses graves: facteurs prédictifs de la mortalité opératoire / B. Dousset, B. Suc, M.J. Boudet // *Gastroenterol. Clin. Biol.* – 1995. – Vol. 19, № 3. – P. 259-65.
205. Elmunzer, B.J. Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers / B.J. Elmunzer, S.D. Young, J.M. Inadomi // *Am. J. Gastroenterol.* – 2008. – Vol. 103. – P. 2625-32.
206. Espinoza Ríos, J. Prospective validation of the Rockall Scoring System in patients with upper gastrointestinal bleeding in Cayetano Heredia Hospital Lima - Peru / J. Espinoza Ríos, J. Huerta-Mercado Tenorio // *Rev. Gastroenterol. Peru.* – 2009. – Vol. 29. – P. 111-17.
207. Forrest, J.A.H. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A.H. Forrest, N.D.S. Finlarson, D.Z.C. Sherman // *Lancet.* – 1974. – Vol. 11, № 17. – P. 394-97.
208. Foster, D.N. Stigmata of recent haemorrhage in diagnosis and prognosis of upper gastrointestinal bleeding / D.N. Foster, K.J. Miloszewski, M.S. Losowsky // *Br. Med. J.* – 1978. – Vol. 1. – P. 1173-77.
209. Franzin, G. Chronic erosions of the stomach / G. Franzin, C. Manfrini, R. Musola // *Endoscopy.* – 1984. – Vol. 16, № 1. – P. 1-6.
210. Fullarton, J.M. The effect of introduction endoscopic therapy on surgery and mortality rate for peptic ulcer hemorrhage: a single centre analyses of 1125 cases / J.M. Fullarton, G.G. Bimie, A. Mac Donald // *Endoscopy.* – 1990. – Vol. 22, № 2. – P. 110-13.
211. Gannon, B. Mucosal microvascular architecture of the fundus and body of human stomach / B. Gannon, J. Browning, P. O'Brien // *Gastroenterology.* – 1984. – Vol. 86. – P. 866-75.
212. Ghosh, S. Management of gastrointestinal haemorrhage / S. Ghosh, D. Watts, M. Kinnear // *Postgrad. Med. J.* – 2002. – Vol. 78. – P. 4-14.

213. Gralnek, I.M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer / I.M. Gralnek, A.N. Barkun // *New Engl. J. Med.* – 2008. – Vol. 359. – P. 928-37.
214. Hasselgren, G. Risk factors for rebleeding and fatal outcome in elderly patients with acute peptic ulcer bleeding / G. Hasselgren, J. Carlsson, T. Lind // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* – 1998. – Vol. 10, № 8. – P. 667-72.
215. Holster, I.L. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives / I.L. Holster, E.J. Kuipers // *World J. Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 18. – P. 1202-207.
216. Hsu, P.I. Bleeding peptic ulcer – risk factors for rebleeding and sequential changes in endoscopic findings / P.I. Hsu, X.Z. Lin, S.H. Chan // *Gut.* – 1994. – Vol. 35, № 6. – P.746-49.
217. Ihaasz, M. Proximal selective vagotomy for the management of the complications of duodenal ulcer / M. Ihaasz, J. Baatorfi, A. Baalint // *Acta. Chir. Hung.* – 1987. – № 2. – P. 67-73.
218. Imhof, M. Endoscopic versus operative treatment in high-risk ulcer bleeding patients – results of a randomised study / M. Imhof, C. Ohmann, H. Roher // *Lang. Arch. Surg.* – 2003. – Vol. 387, № 9-10. – P. 327-36.
219. Imperiale, T.F. Predicting poor outcome from acute upper gastrointestinal hemorrhage / T.F. Imperiale, J.A. Dominitz, D.T. Provenzale // *Arch. Intern. Med.* – 2007. – Vol. 167. – P. 1291-96.
220. Jensen, D.M. Randomized trial of medical or endoscopic therapy to prevent recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots / D.M. Jensen, T.O.G. Kovacs, R. Jutabha // *Gastroenterol.* – 2002. – Vol. 123, № 2. – P. 407-13.
221. Jensen, D.M. The prevalence of *Helicobacter pylori* and NSAID use in patients with severe UGI hemorrhage and their potential role in recurrence of ulcer bleeding / D.M. Jensen, S. You, E. Pelayo // *Gastroenterology.* – 1992. – Vol. 102. – P. 90.
222. Kahi, C.J. Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot: a meta-analysis / C.J. Kahi, D.M. Jensen, J.J.Y. Sung // *Gastroenterol.* – 2005. – Vol. 129, № 3. – P. 855-62.

223. Katschinski, B. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding / B. Katschinski, R. Logan, J. Davies // *Dig. Dis. Sci.* – 1994. – Vol. 39, № 4. – P. 706-12.
224. Khamaysi, I. Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB): initial evaluation and management / I. Khamaysi, I.M. Gralnek // *Clin. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 27. – P. 633-38.
225. Kohler, B. Acute ulcer bleeding. A prospective randomized trial to compare Doppler and Forrest classifications in endoscopic diagnosis and therapy / B. Kohler, M. Maier, C. Benz // *Dig. Dis. Sci.* – 1997. – Vol. 42, № 7. – P. 1370-74.
226. Kohler, B. Does Doppler ultrasound improve the prognosis of acute ulcer bleeding / B. Kohler, J.F. Riemann // *Hepatogastroenterology.* – 1994. – Vol. 41. – P. 51-53.
227. Labenz, J. Helicobacter pylori in the prevention in peptic ulcer bleeding relapse / J. Labenz, G. Borsch // *Digestion.* – 1994. – Vol. 55. – P. 19-23.
228. Lai, K.C. Ulcer-healing drugs are required after eradication of Helicobacter pylori in patients with gastric ulcer but not duodenal ulcer haemorrhage / K.C. Lai, V.M. Hui, B.C.Y. Wong // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2000. – Vol. 14. – P. 1071-76.
229. Laine, L. Endoscopic therapy for bleeding ulcers: room for improvement? / L. Laine // *Gastrointest. Endosc.* – 2003. – Vol. 57, № 4. – P. 557-60.
230. Laine, L. Management of ulcers with adherent clots / L. Laine // *Gastroenterol.* – 2002. – Vol.123, № 2. – P. 632-36.
231. Laine, L. Randomized trial of normal saline solution injection versus bipolar electrocoagulation for treatment of patients with high-risk bleeding ulcer: is local tamponade enough? / L. Laine, R. Estrada // *Gastrointest. Endosc.* – 2002. – Vol. 55, № 1. – P. 6-10.
232. Laine, L. Bleeding peptic ulcer / L. Laine, W.L. Peterson // *N. Engl. J. Med.* – 1994. – Vol. 331, № 11. – P. 717-27.
233. Lanas, A. Upper GI bleeding-associated mortality: challenges to improving a resistant outcome / A. Lanas // *Am. J. Gastroenterol.* – 2010. – Vol. 105. – P. 90-92.

234. Langman, M.J. Risk of bleeding peptic ulcer associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs / M.J. Langman, J. Weil, P. Wainwright // *Lancet*. – 1994. – Vol. 343, № 8905. – P. 1075-78.
235. Laurence, B.H. Bleeding gastroduodenal ulcer: nonoperative treatment / B.H. Laurence, P.B. Cotton // *World J. Surg.* – 1987. – № 3. – P. 503-13.
236. Lazo, M.D. Effect of injection sclerosis with alcohol the rebleeding ulcers with nonbleeding visible vessels: a prospective controlled trial / M.D. Lazo, R. Andrade, M.C. Medina // *Am. J. Gastroenterol.* – 1992. – Vol. 87, № 7. – P. 843-46.
237. Lebedev, N.V. *Gastroduodenal ulcer bleeding* / N.V. Lebedev, A.E. Klimov. – M.: Binom, 2010. – 176 p.
238. Ljubicic, N. The influence of etiologic factors on clinical outcome in patients with peptic ulcer bleeding / N. Ljubicic, Z. Puljiz, I. Budimir // *Dig. Dis. Sci.* – 2012. – Vol. 57. – P. 3195-204.
239. Mavrogeorgis, A. Eradication of *Helicobacter pylori* eradication reduces the possibility of rebleeding in peptic ulcer disease / A. Mavrogeorgis // *Gastrointest. Endosc.* – 1995. – Vol. 41. – P. 1-4.
240. McNulty, C.A. *Campylobacter pyloridis* and associated gastritis; investigator blind placebo controlled trial of bismuth salicylate and erythromycin ethylsuccinate / C.A. McNulty, J.C. Gearty, B. Crump // *Br. Med. J.* – 1986. – Vol. 293. – P. 645-49.
241. Meissner, K. Billroth II resection with modified Nissen duodenojejunosomy for duodenal ulcer hemorrhage associated with duodenal stricture / K. Meissner // *Hepato-Gastroenterol.* – 1994. – Vol. 41, № 6. – P. 526-28.
242. Miedema, B.W. Proximal gastric vagotomy in the emergency treatment of bleeding duodenal ulcer / B.W. Miedema, P.R. Torres, M.B. Famell // *Am. J. Surg.* – 1991. – Vol. 161, № 1. – P. 64-68.
243. Millat, B. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials / B. Millat, A. Fingerhat, F. Borie // *World. J. Surg.* – 2000. – Vol. 24, № 3. – P. 299-306.

244. Miller, L.S. The endoscopic Doppler and ulcer rebleeding risk: probing the source / L.S. Miller, L.S. Friedman // *Gastroenterology*. – 1992. – Vol. 102. – P. 734-36.
245. Monkemuller, K.E. Bleeding peptic ulcers: what's new? / K.E. Monkemuller, M.A. Eloubeidi // *Gastrointest. Endosc.* – 2002. – Vol. 56, № 1. – P. 153-59.
246. Morgan, A.G. Clinical findings, early endoscopy, and multivariate analysis in patients bleeding from the upper gastrointestinal tract / A.G. Morgan, W.A. McAdam, G.L. Walmsley // *Br. Med. J.* – 1977. – Vol. 2. – P. 237-40.
247. Morran, C.G. Complications of peptic ulceration / C.G. Morran, D.C. Carter // *Peptic ulcer* / ed. D.C. Carter. – Churchill Livingstone, 1983 – P. 115-31.
248. Mueller, X. Early definitive operation for bleeding duodenal ulcer / X. Mueller, J. Rotenbuhler, A. Amery // *J. R. Coll. Surg. Edinb.* – 1994. – Vol. 39, № 4. – P. 235-38.
249. Nahon, S. Epidemiological and prognostic factors involved in upper gastrointestinal bleeding: results of a French prospective multicenter study / S. Nahon, H. Hagège, J.P. Latrive // *Endoscopy*. – 2012. – Vol. 44. – P. 998-1008.
250. Ohmann, C. Trends in peptic ulcer bleeding and surgical treatment / C. Ohmann, M. Imhof, H. Roher // *World. J. Surg.* – 2000. – Vol. 24, № 3. – P. 284-93.
251. Ovasrka, J. Acute surgical treatment of bleeding duodenal ulcer. A retrospective analysis of 193 patients / J. Ovasrka, A. Linnankivi // *Ann. Chir. Gynecol.* – 1992. – Vol. 80. – P. 33-36.
252. Palmer, K.R. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines / K.R. Palmer // *Gut*. – 2002. – Vol. 51. – P. 1-6.
253. Porter, D.H. Angiographic intervention in upper gastrointestinal bleeding / D.H. Porter, D. Kim // *Gastrointestinal emergencies* / ed. M.B. Taylor. – Williams & Wilkins, 1997. – P. 163-80.
254. Rockall, T.A. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage / T.A. Rockall, R.F.A. Logan, H.B. Devlin // *Gut*. – 1996. – Vol. 38. – P. 316-21.

255. Rollhauser, C. Ulcer and nonvariceal bleeding (Review) / C. Rollhauser, D.I. Eleischer // *Endoscopy*. – 1997. – Vol. 31, № 1. – P. 17-25.
256. Rutgeerts, P. Randomised trial of single and repeated fibrin glue compared with injection of polidocanol in treatment of bleeding peptic ulcer / P. Rutgeerts, E. Rauws, P. Wara // *Lancet*. – 1997. – Vol. 350, № 9079. – P. 692-96.
257. Saeed, Z.A. Prospective validation of the Baylor bleeding score for predicting the likelihood of rebleeding after endoscopic hemostasis of peptic ulcers / Z.A. Saeed, F.C. Ramirez, K.S. Heeps // *Gastrointest. Endosc.* – 1995. – Vol. 41, № 6. – P. 561-65.
258. Schoenberg, M.H. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding / M.H. Schoenberg // *Lang. Arch. Surg.* – 2001. – Vol. 386, № 2. – P. 98-103.
259. Seewald, S. Interventional endoscopic treatment of upper gastrointestinal bleeding – when, how, and how often / S. Seewald, U. Seitz, F. Thonke // *Lang. Arch. Surgery*. – 2001. – Vol. 386, № 2. – P. 88-97.
260. ShafI, M. Risk factors of acute ulcer bleeding / M. ShafI, D. Fleischer // *Hepato-Gastroenterol.* – 1999. – Vol. 46, № 26. – P. 727-31.
261. Sipponen, P. Chronic gastritis and ulcer risk / P. Sipponen // *Scand. J. Gastroent.* – 1990. – Vol. 25. – P. 193-96.
262. Skok, P. Argon plasma coagulation versus injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage – a prospective, controlled study / P. Skok, I. Krizman, M. Skok // *Hepato-Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 51. – P. 165-70.
263. Smith, A.C. Duodenal ulcer disease: what role does *Campylobacter pyloridis* play? / A.C. Smith // *Scand. J. Gastroenterol.* – 1989. – Vol. 24, Suppl. 160. – P. 14-18.
264. Sostres, C. Epidemiology and demographics of upper gastrointestinal bleeding: prevalence, incidence, and mortality / C. Sostres, A. Lanas // *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* – 2011. – Vol. 21. – P. 567-81.
265. Srygley, F.D. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? / F.D. Srygley, C.J. Gerardo, T. Tran // *JAMA*. – 2012. – Vol. 307. – P. 1072-79.

266. Stanley, A.J. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation / A.J. Stanley, D. Ashley, H.R. Dalton // *Lancet*. – 2009. – Vol. 373. – P. 42-47.
267. Stanley, A.J. Update on risk scoring systems for patients with upper gastrointestinal haemorrhage / A.J. Stanley // *World J. Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 18. – P. 2739-44.
268. Stupin, V.A. Lethality after gastroduodenal ulcer bleeding / V.A. Stupin, M.V. Baglaenko, V.I. Kan // *Khirurgiya*. – 2013. – № 5. – P. 31-35.
269. Sung, J.J. The effect of endoscopic therapy in patients receiving omeprazole for bleeding ulcer with nonbleeding visible vessels or adherent clots. A randomized comparison / J.J. Sung, F.K. Chan, J.Y. Lau // *Ann. Intern. Med.* – 2003. – Vol. 139, № 4. – P. 237-43.
270. Szabo, S. Experimental pathogenesis: Drugs and chemical lesions in the gastric mucosa / S. Szabo, I. Goldberg // *Scand. J. Gastroenterol.* – 1990. – Vol. 174. – P. 1-8.
271. Tekant, Y. Combination therapy using adrenaline and heater probe to reduce rebleeding in patients with peptic ulcer hemorrhage: prospective randomized trial / Y. Tekant, P. Goh, D.J. Alexander // *Br. J. Surg.* – 1995. – Vol. 82, № 2. – P. 223-26.
272. Thomopoulos, K.C. Factors associated with failure of endoscopic injection haemostasis in bleeding peptic ulcers / K.C. Thomopoulos, J.A. Mitropoulos, E.C. Katsakoulis // *Scan. J. Gastroenterol.* – 2001. – Vol. 36, № 6. – P. 664-68.
273. Thomopoulos, K.C. Predictors of hemostatic failure after adrenaline injection in patients with peptic ulcers with non-bleeding visible vessel / K.C. Thomopoulos, G.J. Theocharis, K.A. Vagenas // *Scan. J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 39, № 6. – P. 600-604.
274. Van Leerdam, M.E. The role of endoscopic Doppler US in patients with peptic ulcer bleeding / M.E. Van Leerdam, E.A.J. Rauws, A.A.M. Geraedts // *Gastrointest. Endosc.* – 2003. – Vol. 58, № 5. – P. 677-84.

275. Villanueva, C. Value of second-look endoscopy after injection therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective and randomized trial / C. Villanueva, J. Balanzo, X. Torras // *Gastrointest. Endosc.* – 1994. – Vol. 40, № 1. – P. 34-39.
276. Walt, R.P. Upper gastrointestinal bleeding / R.P. Walt // *Recent advances in gastroenterology* / ed. by R.E. Pounder. – Edinburgh etc., 1990. – Vol. 8. – P. 101-16.
277. Wong, R.C. Role of Doppler US in acute peptic ulcer hemorrhage: can it predict failure of endoscopic therapy? / R.C. Wong, A. Chak, K. Kobayashi // *Gastrointest. Endosc.* – 2000. – Vol. 52, № 3. – P. 315-21.
278. Wong, S.K.H. Prediction of therapeutic failure after adrenaline injection plus heater probe treatment in patients with bleeding peptic ulcer / S.K.H. Wong, L-M. Yu, J.Y.W. Lau // *Gut.* – 2002. – Vol. 50, № 3. – P. 322-25.
279. Yudin, S.S. *Studies of gastric surgery* / S.S. Yudin. – M.: Binom, 2003. – 289 p.