

тической этиологии у пациентки 76 лет, страдающей также ФП. Авторы выбрали тактику изолированного протезирования митрального клапана механическим протезом с последующей консервативной терапией ФП. К. Okada [15] описывает случай протезирования аортального клапана в сочетании с изоляцией левого предсердия у пациента 82 лет. Изоляцию левого предсердия выбрали с целью сокращения времени пережатия аорты и операции в целом, а также уменьшения объема операции.

Заключение. Представленный нами клинический случай показывает возможность успешной коррекции сложных сочетанных патологий даже в пожилом возрасте, а также то, что тактика хирургической коррекции митральных пороков, сочетающихся с ФП, должна предусматривать обязательное устранение аритмии. Только такой подход позволяет получить стойкий длительный положительный эффект от операции, значительно увеличивая продолжительность и качество жизни пациентов.

References (Литература)

1. Bockeria LA, Bockeria OL, Melikulov AH, et al. Surgical treatment for atrial fibrillation: state of the art. *Annaly aritmologii* 2009; 6 (2): 5–11. Russian (Бокерия Л. А., Бокерия О. Л., Меликулов А. Х. и др. Хирургическое лечение фибрилляции предсердий: современное состояние проблемы. *Анналы аритмологии* 2009; 6 (2): 5–11.)
2. Bockeria LA, Revishvili ASh, Shmul' AV, et al. The results of surgical treatment of atrial fibrillation in patients with heart disease. *Annaly aritmologii* 2012; 9 (4): 14–22. Russian (Бокерия Л. А., Ревিশвили А. Ш., Шмуль А. В. и др. Результаты хирургического лечения фибрилляции предсердий у пациентов с пороками сердца. *Анналы аритмологии* 2012; 9 (4): 14–22.)
3. Guiraudon GM, Campbell CS, Jones DL, et al. Combined sinoatrial node and atrioventricular node isolation. A surgical alternative to His bundle ablation in patients with atrial fibrillation. *Circulation* 1985; 72 (Suppl. 3): 220.
4. Cox JL, Schuessler RB, D'Agostino HJ, et al. The surgical treatment of atrial fibrillation. III. Development of a definitive surgical procedure. *Circulation* 1991; 101: 569–583.
5. Cox JL. The surgical treatment of atrial fibrillation. IV. Surgical technique. *Circulation* 1991; 101: 584–592.
6. Jovin A, Oprea DA, Jovin IS, et al. Atrial fibrillation and mitral valve repair. *Pacing Clin Electrophysiol* 2008; 31 (8): 1057–1063.
7. Chua LY, Schaff HV, Orszulak TA, Morris JJ. Outcome of mitral valve repair in patients with preoperative atrial fibrillation. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994; 107: 408–415.
8. Prasad SM, Maniar HS, Camillo CJ, et al. The Cox maze III procedure for atrial fibrillation: long-term efficacy in patients undergoing lone versus concomitant procedures. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003; 126: 1822–1828.
9. Baek MJ, Nab CY, Oh SS, et al. Surgical treatment of chronic atrial fibrillation combined with rheumatic mitral valve disease: effects of the cryo-maze procedure and predictors for late recurrence. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 30 (5): 728–736.
10. Hughes M, Lip GY. Stroke and thromboembolism in atrial fibrillation: a systematic review of risk factors stratification schema and cost effectiveness data. *Thromb Haemost* 2008; 99: 295–304.
11. Heart rhythm disorders: session 2.17 "Surgical treatment of atrial fibrillation in the correction of comorbidity of heart". *Annaly aritmologii* 2009; (3): 54–80. Russian (Нарушения ритма сердца: секционное заседание 2.17 «Хирургическое лечение фибрилляции предсердий при коррекции сочетанной патологии сердца». *Анналы аритмологии* 2009; (3): 54–80.)
12. Rychin SV. Operation "labyrinth" in the surgical treatment of atrial fibrillation in patients with mitral valve defect: the evolution of the method and results. PhD dissertation. Moscow, 2004; 130 p. Russian (Рычин С. В. Операция «лабиринт» при хирургическом лечении фибрилляции предсердий у больных с пороком митрального клапана: эволюция метода и результаты: дис. ... канд. мед. наук. М., 2004; 130 с.)
13. Ganeshpure S, Vaidya GN, Gattani V. Complicated rheumatic mitral stenosis presenting in an elderly patient and the challenges in its management. *BMJ Case Reports* 2012. doi: 10.1136/bcr-2012-007404.
14. Bockeria LA, Revishvili ASh. Non-pharmacological treatment of atrial fibrillation — modern approaches. *Annaly aritmologii* 2005; 2 (2): 49–67. Russian (Бокерия Л. А., Ревিশвили А. Ш. Современные подходы к нефармакологическому лечению фибрилляции предсердий. *Анналы аритмологии* 2005; 2 (2): 49–67.)
15. Okada K, Sueda T, Shikata H, et al. Left atrial isolation for chronic atrial fibrillation associated with valvular disease and coronary artery disease in an 82-year-old man. *Nihon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1997; 45 (2): 191–194.

УДК 616.33–005.1

Обзор

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ОБЗОР)

С. Н. Потахин — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра общей хирургии, доцент, кандидат медицинских наук; **Ю. Г. Шапкин** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **В. Ю. Климашевич** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра общей хирургии, доцент, кандидат медицинских наук; **А. В. Беликов** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра общей хирургии, ассистент; **В. А. Зевякина** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра общей хирургии, аспирант.

MODERN ISSUES ON THE TREATMENT OF PEPTIC ULCER BLEEDINGS (REVIEW)

S. N. Potakhin — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **Y. G. Shapkin** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **V. Y. Klimashevich** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **A. V. Belikov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant; **V. A. Zevyakina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Post-graduate.

Дата поступления — 3.02.2014 г.

Дата принятия в печать — 3.03.2014 г.

Потахин С. Н., Шапкин Ю. Г., Климашевич В. Ю., Беликов А. В., Зевякина В. А. Современное состояние проблемы лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (обзор). *Саратовский научно-медицинский журнал* 2014; 10(1): 132–138.

Несмотря на успехи медикаментозного лечения язвенной болезни и внедрение эндоскопических технологий, проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений сохраняет свою актуальность. Многочисленные публикации в зарубежной литературе посвящены эпидемиологии и профилактике кровотечений, оценке современной тактики и поиску новых методов лечения. Особый интерес представляют работы, касающиеся организации помощи пациентам с язвенными ГДК. По последним данным, далеко не во всех клиниках даже в экономически развитых странах удается соблюдать рекомендации Международного консенсуса 2010 г. по лечению неварикозных кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Среди причин несоблюдения международных рекомендаций можно выделить субъективные и объективные факторы, понимание которых может существенно повлиять на оптимизацию помощи пациентам с язвенными ГДК.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, международные стандарты лечения.

Potakhin SN, Shapkin YG, Klimashevich VY, Belikov AV, Zevyakina VA. Modern issues on the treatment of peptic ulcer bleedings (review). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2014; 10(1): 132–138.

Despite the success of therapeutic treatment of peptic ulcer and the introduction of endoscopic technologies, the problem of peptic ulcer hemorrhage remains valid. A large number of publications in foreign literature are dedicated to epidemiology and prevention of bleeding, evaluation of modern tactics and search for new methods of treatment. The works relating to organization of aid to patients with peptic ulcer bleeding are of particular interest. According to the recent data not all clinics even in economically developed countries manage to follow the recommendations of an international consensus-2010 for non-variceal bleeding treatment of upper gastrointestinal tract. Among the causes of non-compliance of international recommendations there are subjective and objective factors, the understanding of which can significantly affect the optimization of aid to patients with peptic ulcer bleeding.

Key words: gastroduodenal ulcer bleeding, international standards of treatment, peptic ulcer bleeding.

За последние двадцать лет лечебная тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях изменилась коренным образом. Это обусловлено прежде всего изменением лечебных возможностей — внедрением в практику эндоскопических методов остановки кровотечения и появлением новых антисекреторных препаратов. Тем не менее, несмотря на успехи консервативного лечения и снижение хирургической активности, летальность при данной патологии остается неизменной и колеблется на уровне 6–16% [1, 2].

Заболеваемость гастродуоденальными кровотечениями (ГДК) изменяется в широких пределах — от 48 до 160 случаев на 100 тыс. населения [1]. В цитируемых авторами источниках наименьшая заболеваемость отмечена в Норвегии, Испании и Нидерландах — соответственно 45, 47 и 48 случаев на 100 тыс. населения. Наибольшая заболеваемость в Европе выявлена в префектуре Ираклион в Греции — 160 на 100 тыс. населения. Хотя в целом в Греции за период с 1995 по 2005 г. заболеваемость ГДК снизилась со 162,9 до 108,3 случая на 100 тыс. населения [3].

Доля язвенных кровотечений в общей структуре геморрагий из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта составляет 31–67% [1]. В данный диапазон включены результаты исследований из Греции, Нидерландов и Франции. Ряд авторов дают примерно такие же значения этого показателя для Румынии, Индии, США, Бразилии, Колумбии и Турции [2; 4–8]. В то же время в ряде стран (Уганда, Танзания, Египет) доля язвенных кровотечений меньше и составляет 6,2–25% [9–11].

В последние годы отмечается тенденция к снижению количества язвенных геморрагий. По некоторым данным, такая тенденция касается только язвенных геморрагий, по другим — всех видов кровотечений [12]. Однако чаще соотношение язвенных и неязвенных кровотечений меняется мало. Например, в Великобритании доля язвенных кровотечений с 1997 по 2007 г. составила 35–36% [13]. В Греции на фоне снижения числа больных ГДК с 1995 по 2005 г. этот показатель остался в пределах 64–67% [3]. Kim J. J. et al. (2013) сообщают, что доля язвенных кровоте-

чений среди пациентов городских больниц США за 20 лет уменьшилась с 43 до 34% [14].

Очевидно, что одним из факторов, способствующих уменьшению числа больных язвенными ГДК, является сокращение заболеваемости язвенной болезни на фоне применения современной противоязвенной терапии [12].

Успехи эрадикационной терапии, однако, нивелируются увеличением числа медикаментозных язв. Широкое использование сегодня НПВС стало серьезной гастроэнтерологической проблемой [15]. Взаимосвязь между объемом продаж НПВС и количеством язвенных кровотечений, в том числе повторных, а также с уровнем летальности при данной патологии выявили шведские исследователи [16]. Авторы отследили динамику рынка лекарственных препаратов и заболеваемость язвенными ГДК в период с 2000 по 2008 г. Даже сезонные колебания частоты язвенных осложнений сегодня связывают с сезонным изменением приема НПВС [17].

Кроме НПВС существенно возросло использование препаратов, влияющих на свертывающую систему крови. Прием НПВС и антиагрегантов часто на фоне тяжелой соматической патологии рассматривается сегодня как основной фактор, способствующий образованию язвы и возникновению кровотечения [18, 19].

Вероятность возникновения медикаментозных и симптоматических язв на фоне сопутствующей патологии увеличивается с возрастом. Именно это обстоятельство способствует увеличению уровня заболеваемости среди больных старше 60 лет [20]. С изменением среднего возраста связывают и относительное уменьшение количества мужчин среди данной категории больных [21].

Перечисленные тенденции в эпидемиологии ГДК, а также характеристики больных не распространяются на все страны. Например, в отдельных регионах Индии наиболее частой причиной кровотечений остаются язвы двенадцатиперстной кишки (57,6%) и желудка (10%), средний возраст больных составляет 42 года, а прием НПВС отмечается лишь у 7,6% человек [22]. В представленных марокканскими авторами результатах исследований также не прослеживаются тенденции к увеличению возраста пациентов, доли больных с сопутствующей патологией и пациентов, принимающих НПВС [23].

Ответственный автор — Потехин Сергей Николаевич
Тел.: (8452) 39-82-21
E-mail: potahin_sn@rambler.ru.

Таким образом, выявленные общие закономерностей не исключают индивидуальных различий по некоторым показателям на разных континентах и даже внутри одного государства. Это обусловлено разной выраженностью и сочетанием факторов риска — вредных привычек, диетических пристрастий, климатических условий, демографических процессов, а также использования медикаментов и распространенностью *Helicobacter pylori*. Например, в Европе хеликобактерная инфекция наиболее распространена среди мигрантов, в то время как у коренного населения отмечается снижение инфицированности [24].

Следует отметить, что стресс и социально-экономические факторы сохраняют свое влияние на заболеваемость и объясняют неравномерность этого показателя в разных слоях общества и на разных территориях некоторых государств. Такая закономерность выявлена исследователями из Великобритании и Индии [22, 25]. В Великобритании количество госпитализаций по поводу гастродуоденальных кровотечений отличается в районах с низким и высоким уровнем жизни в два раза. Британские исследователи подчеркивают, что управление социальными факторами позволит предотвратить почти 10 тыс. госпитализаций и более 1000 смертей в год. Такой взгляд на проблему делает ее решение не только медицинской, но и государственной задачей.

Несомненно, что изменение эпидемиологической картины и общей характеристики пациентов с язвенными ГДК отразилось на лечебной тактике. Однако наибольшее значение имело внедрение эндоскопических технологий и совершенствование медикаментозной терапии. Появление возможности эндоскопической остановки кровотечения в конце 80-х — начале 90-х годов прошлого века стало основной причиной изменений подходов к лечению.

Внедрение эндоскопического гемостаза, совершенствование методов прогноза и предотвращения рецидива кровотечения позволило сместить акценты с хирургического лечения в сторону использования эндоскопических технологий. Это нашло отражение в рекомендациях 1989–1992 гг. по лечению данной категории больных в США и Великобритании [26, 27]. К концу 90-х годов XX в. эндоскопические методы гемостаза стали рутинной процедурой, а антисекреторная и эрадикационная терапия — основой лечения язвенной болезни. В этот период фактически завершилось формирование современной тактики лечения больных язвенными ГДК.

В 2002 г. опубликовано руководство Британского общества гастроэнтерологов по лечению неварикозных гастродуоденальных кровотечений [28]. В нем подробно описана структура эндоскопической службы, подчеркнута важность квалификации специалистов, необходимость помощника при выполнении эндоскопического исследования и круглосуточная доступность. Кроме того, всесторонне рассмотрена лечебная тактика с учетом разделения больных по тяжести состояния, результатов прогноза рецидива кровотечения и риска летального исхода. К этому времени уже были разработаны шкалы оценок (Rockall и Blatchford), позволяющие формализовать разделение больных на группы высокого и низкого риска. Также в руководстве даны указания по выбору методов эндоскопического и медикаментозного лечения. На основании этих рекомендаций хирургическое лечение было показано лишь при безуспешности эндогемостаза и при повторном рецидиве геморрагии. Однако подчеркивалось, что при больших язвах

с «опасной» локализацией возможно осуществлять хирургическое лечение, не дожидаясь рецидива кровотечения.

Примерно аналогичное содержание имеют Международные рекомендации по лечению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, принятые в 2003 г. [29]. Рекомендации состоят из 20 пунктов, объединенных в четыре раздела: лечение на момент госпитализации, определение степени риска, эндоскопическое лечение и фармакотерапия.

В последующих публикациях отдельные рекомендации лишь уточнялись, радикальных изменений в тактике уже не отмечено [30].

Последнее заседание рабочей группы Международного консенсуса по лечению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ (International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group) состоялось в 2010 г. Группой экспертов из 15 стран были добавлены 10 новых рекомендаций, остальные остались неизменны или были конкретизированы с учетом новых данных и возможностей [31].

В новой редакции рекомендации объединены в пять разделов: оценка риска кровотечения и проведение лечебных мероприятий до эндоскопии (раздел А); эндоскопическое лечение кровотечений (раздел В); медикаментозное лечение (раздел С); немедикаментозное и неэндоскопическое лечение в стационаре (раздел D); лечение после выписки (раздел E).

Раздел E является новым и касается профилактики медикаментозных язв на фоне приема НПВС после выписки из стационара. Новым является также пункт А5 о необходимости коррекции коагулопатии у пациентов, получавших антикоагулянты. Добавление этих пунктов вполне логично с учетом увеличения медикаментозной «зависимости» населения.

Неизменными остались пункты в разделе А о необходимости незамедлительной оценки тяжести состояния пациента и необходимости использования оценочных шкал для разделения пациентов на группы высокого и низкого риска рецидива кровотечения и летального исхода. Уточнены показания к переливанию крови и рекомендовано назначение ингибиторов протонной помпы еще до эндоскопического исследования.

Рекомендации по организации эндоскопической службы в целом остались неизменны. ФГДС рекомендовано выполнять в первые сутки пребывания в стационаре. Эндогемостаз показан при продолжающемся и рецидивном кровотечении, а превентивное воздействие — при значимых стигмах кровотечения (F-IIa). Подчеркнута необходимость комбинации методов эндоскопического воздействия. Рутинное выполнение повторного эндоскопического исследования, как и ранее, не рекомендовано, хотя в прошлой редакции уточнялось, что оно целесообразно в группе высокого риска.

В разделе С препаратами выбора остались ингибиторы протонного насоса, как для стационара, так и после выписки.

Новым является раздел D. Здесь в качестве альтернативы хирургическому лечению, при наличии технической возможности, рекомендована ангиография с эмболизацией кровоточащего сосуда. Уточнены сроки пребывания больных в стационаре для группы высокого риска — минимум 72 часа. Пациентов с низким риском рецидива можно начать кормить в первые сутки, и даже, в зависимости от состояния,

выписать тотчас после ФГДС. Неизменным остался пункт о показании к хирургическому лечению — консультация хирурга рекомендуется только при неэффективности эндоскопического гемостаза.

Авторитет экспертов и доказательная база позволяют утверждать, что в Международных рекомендациях 2010 г. дана наиболее полная оценка современных диагностических и лечебных возможностей. Рекомендации составлены таким образом, что им можно следовать вне зависимости от уровня лечебного учреждения и системы здравоохранения. Однако с учетом преимущественно частного характера западной медицины рекомендации направлены и на оптимальное расходование средств на лечение.

В США при неварикозных ГДК без рецидива геморрагии стационарное лечение обходится в 3402 доллара, а в случае возникновения рецидива кровотечения — в 5632 доллара [32]. Это при пребывании в стационаре в среднем только 2,7 и 4,4 дня соответственно. В целом в США на стационарное лечение пациентов с язвенными кровотечениями тратится около 2,5 млрд долларов в год [33]. Естественным образом встает вопрос о снижении затрат на лечение.

С ростом стоимости лечения сортировка пациентов приобретает все большее значение [33]. Чтобы формализовать разделение больных на группы по степени риска и упростить принятие решения, рекомендовано использовать оценочные шкалы. В результате можно, например, у пациента из группы низкого риска отложить выполнение ФГДС до рабочего дня или сразу выписать его на амбулаторное лечение при отсутствии значимых стигм кровотечения [34]. По результатам исследований Romagnuolo J. et al. (2007), таких пациентов может быть около 10% [35]. Следовательно, учет рисков может позволить сократить количество стационарных больных минимум на 10%. Среди оценочных шкал за рубежом наибольшее распространение получили шкалы Blatchford и Rockall, использование которых возможно без эндоскопических данных.

Организационные особенности и традиции, сложившиеся в отдельных странах, а также местный опыт и имеющиеся медицинские ресурсы оказывают существенное влияние на полноту выполнения международных рекомендаций и обуславливают существенный разброс между странами по ряду показателей. Например, доля амбулаторных больных ГДК в Турции составляет 3,8% [36]. Во Франции в амбулаторных условиях при данной патологии лечатся 15% больных [37]. В Великобритании при строгом следовании результатам разделения больных на группы с использованием шкалы Blatchford в четырех клиниках удалось уменьшить госпитализацию при ГДК с 96 до 71% [34].

Исследование, проведенное в Европе с участием семи стран (Бельгия, Греция, Италия, Норвегия, Португалия, Испания и Турция), выявило существенные различия в тактике в разных странах и несоблюдение международных рекомендаций [32]. В работе проанализирована информация о 2660 пациентах из 123 лечебных учреждений. В результате выявлено, что эндоскопическое исследование в течение 24 часов проводилось только в Италии и Испании. Также обнаружен большой разброс по частоте назначения до эндоскопического исследования ингибиторов протонной помпы (35,0–88,7%) и по частоте выполнения эндоскопического воздействия на источник кровотечения (24,9–47,6%). Не мене выражены были от-

личия по количеству эндоскопий (в среднем 1,1–1,7) и продолжительности лечения (средний койко-день 5,4–8,7). К данному перечню следует добавить результаты исследований британских авторов, выявивших ограниченное использование прогностических оценочных шкал (всего в 2% лечебных учреждений) [38].

По данным Hearnshaw S. A. et al. (2010), в 2007 г. в Великобритании только половине пациентов выполнялась экстренная ФГДС в течение 24 часов после поступления и только у 74% пациентов с высоким риском рецидива кровотечения выполнялось превентивное эндоскопическое воздействие [13]. Это обусловлено тем, что лишь 52% ЛПУ имеют возможность вызвать в ночное время эндоскописта для проведения исследования и 37% могут привлечь средний медперсонал для помощи при проведении исследования. Исходы лечения в этих стационарах оказались лучше, чем в тех, где дежурной эндоскопической службы не было.

Организационные особенности и доступность эндоскопической службы в ночное время и выходные дни обсуждались также в работах авторов из США [21]. На большем материале с использованием федеральных баз данных были обнаружены отличия между группами пациентов, поступившими в будние или в выходные дни, по уровню летальности, хирургической активности, длительности и стоимости лечения. Эти отличия, обусловленные организационными особенностями, позволили ввести термин «эффект выходного дня».

Следует отметить, что в цитируемых авторами источниках независимо от дня недели эндоскопическое исследование в день поступления выполнялось меньше чем у половины больных. По данным 3166 больниц США, эндоскопическое исследование в день поступления выполнено только у 30–34% больных при язвенных кровотечениях. В другом исследовании этот показатель составил 58 и 47,9% соответственно в будние и праздничные дни. Эти данные были получены при анализе 391119 случаев госпитализации по поводу неварикозного гастродуоденального кровотечения. Интересно, что в клиниках, где ФГДС выполнялась практически всем поступившим в первые часы с момента поступления, «эффект выходного дня» не обнаруживался [39].

Однако не только организационные особенности работы клиник являются причиной невыполнения рекомендаций. По данным колумбийских авторов, в двух крупнейших латиноамериканских клиниках эндоскопическое исследование в первые 24 часа пребывания в стационаре выполняется также только у 71,6% пациентов [8]. Авторы связывают это с тем, что показания к ФГДС выставляются в зависимости от тяжести состояния больного, клинической картины, результатов зондирования желудка и оценки ситуации по шкалам Rockall и т.д. В такой ситуации невозможно ожидать выполнения эндоскопического исследования у всех больных.

В настоящее время сформировалось мнение, что срок ожидания ФГДС должен определяться состоянием больного и степенью риска кровотечения. Это обусловлено тем, что в группе высокого риска при задержке выполнения эндоскопии отмечена более высокая летальность [40]. Таким образом, при высоком риске рецидива геморрагии и неблагоприятном прогнозе на основании клинико-лабораторных данных эндоскопическое исследование следует выполнять как можно раньше. Manno M. et al. (2010) предлагают

в данной группе больных выполнять ФГДС не позднее четырех часов после поступления в стационар [41]. В остальных случаях исследование выполняется в течение 24 часов. Авторы подчеркивают, что в таком случае удается избежать до 25% исследований в ночное время и сократить расходы, в том числе и за счет уменьшения длительности пребывания, потребности в переливании крови и снижения числа рецидивов геморрагий.

В некоторых странах предъявляются более высокие требования к срокам выполнения ФГДС. Например, в Румынии эндоскопическое исследование должно быть выполнено в течение 16 часов [2]. Данные исследователи сообщают, что в отдельных клиниках средняя продолжительность ожидания ФГДС составляет 5 часов.

Неравномерность социально-экономической ситуации в отдельных регионах требует корректировки подходов к лечению. В частности, на заседании Азиатско-Тихоокеанской рабочей группы консенсуса по лечению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ было рекомендовано более широкое назначение ингибиторов протонной помпы до эндоскопического исследования при невозможности его выполнения в течение 24 часов [6].

Для своевременной корректировки подходов к лечению важен клинический аудит, который в последнее время осуществляется с использованием информационных технологий. Например, Varkup A. N. et al. (2013) проанализировали данные о лечении пациентов с неварикозными ГДК из 43 клиник Канады в период с августа 2008 г. по декабрь 2009 г. [42]. Авторы обнаружили недостаточную приверженность специалистов клиник к соблюдению международных рекомендаций 2003 г. Более того, повышение информированности сотрудников не привело к увеличению приверженности. Местные традиции, техническая и лекарственная обеспеченность, личный опыт и мнение администрации оказывали на тактику большее влияние. Прежде всего это относится к отступлениям от рекомендуемых схем назначения антисекреторных препаратов. Причиной тому может быть, например, желание сэкономить или просто отсутствие препаратов.

При оценке эффективности лечебно-диагностических мероприятий большинство исследователей учитывают частоту повторных кровотечений, количество экстренных операций и летальность. В ряде случаев принимается в расчет длительность пребывания в стационаре и объем трансфузионной терапии. Эти показатели позволяют оценить не только клиническую эффективность, но и затраты на лечение.

Частота рецидивов ГДК колеблется от 5,7 до 15% [4, 36, 43–45]. Разброс данных обусловлен различиями в объеме и характере лечебных мероприятий. При анализе количества рецидивов ГДК важно учитывать, в какой группе больных оценивается данный показатель. Среди пациентов группы высокого риска кровотечение возобновляется в 25–33% случаев [46]. Существенное значение имеет медикаментозное лечение. Например, по данным Gashi Z. et al. (2012), при назначении блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов кровотечение возобновилось у 14,5% пациентов, а при назначении ингибиторов протонной помпы число рецидивов геморрагии составило 8,3% [45]. Влияние может оказывать скорость введения и доза ингибиторов протонной помпы. Однако Chen C. C. et al. (2012) не выявили такой закономерности [44].

После эндоскопической терапии кровотечение возобновляется в среднем у 16,4% пациентов с язвенными ГДК [47].

Возобновление кровотечения является одним из важнейших факторов неблагоприятного исхода и, наряду с неостановленным первичным кровотечением, служит показанием для хирургического лечения. Поэтому предотвращение рецидива геморрагии является важнейшей задачей лечения. Решение этой задачи включает следующие действия, сформулированные в международных рекомендациях: превентивное воздействие на источник кровотечения при высоком риске повторной геморрагии, назначение современной антисекреторной терапии и контрольное эндоскопическое исследование у больных групп высокого риска.

Повторное эндоскопическое исследование выполняется при подозрении на рецидив кровотечения у больных с высоким риском возобновления геморрагии. Таких пациентов может быть около 17%. При этом в 10% случаев может потребоваться эндоскопическое воздействие [8]. После повторного использования эндогемостаза количество рецидивных геморрагий колеблется от 4,2% (после термокоагуляции) до 17,6% (после инъекционного гемостаза). В случае диагностической ФГДС, без терапевтического воздействия, количество рецидивов составляет 15,7–20,8% [48].

По результатам исследований 2007 г. в Великобритании, хирургическое лечение требуется менее чем у 4% пациентов с ГДК неварикозной этиологии [43]. Аналогичные данные приводят авторы из Румынии, Индии, Латинской Америки [2, 4, 8]. Британские авторы также подчеркивают, что даже при рецидиве кровотечения, который отмечен у 11,9% больных, хирургическое лечение потребовалось только у 19,3% пациентов. В остальных случаях был использован эндоскопический гемостаз или эмболизация кровоточащего сосуда при ангиографии (11,3%).

Если рассчитать хирургическую активность отдельно для язвенных геморрагий, ее уровень оказывается выше более чем в два раза. Например, по Botianu A. et al. (2013), хирургическая активность при язвенных ГДК составляет 8,7% [2]. Хотя, по Morales Uribe C. N. et al. (2011), для язвенных и неязвенных ГДК она составляет 2,2% [8].

В иностранной литературе язвенные кровотечения часто рассматриваются в контексте «неварикозных» кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта наряду с геморрагией при синдроме Меллори — Вейса, эрозивном поражении и опухолях желудка. Отчасти это справедливо для острых язв (симптоматических и медикаментозных), при которых консервативное лечение было оправданно во все времена и при любой хирургической тактике. Однако при глубоких хронических язвах и аррозии крупных сосудов кровотечение может носить упорный, рецидивирующий характер, и остановка его возможна только хирургическим способом.

Снижение хирургической активности при язвенных кровотечениях изменило приоритеты в лечении больных. В соответствии с последними рекомендациями в зарубежных клиниках вызов хирурга к пациенту с язвенным ГДК на момент обращения не является обязательным. Тем не менее хирургическое лечение сегодня не исключается полностью и, вероятнее всего, сохранит свою актуальность для определенной группы больных еще долгие годы [49].

В подавляющем большинстве случаев за рубежом сегодня выполняются операции, направленные только на остановку кровотечения, — прошивание и иссечение язвы. Поэтому в 12,5–12,7% случаев после хирургического лечения наблюдались повторные кровотечения [50, 51]. Летальность, по данным этих авторов, составила 19–30,4%, а осложнения наблюдались в 60,3–67,9% случаев. Длительность стационарного лечения равнялась 21,6–25,5 дня. Следует отметить, что по данным этих авторов, результаты после эмболизации сосудов при ангиографии оказались не лучше.

Некоторые исследователи отмечают, что в совершенствовании средств лечения ГДК достигнут предел и их улучшение не способно повлиять на результаты лечения [52]. В большинстве случаев на сегодняшний день летальность обусловлена тяжестью сопутствующей патологии и ее осложнениями. Ljubicic N. et al. (2012) методом корреляционного анализа выявили основные факторы риска неблагоприятного исхода лечения пациентов с язвенными ГДК: пожилой возраст, наличие сопутствующей патологии, рецидив кровотечения и отсутствие хеликобактерной инфекции [20]. Последний пункт означает, что язва связана с приемом медикаментов или сопутствующей патологией.

Jairath V. et al. (2012) на основании анализа 18 исследований из нескольких стран сообщают о колебании летальности при неварикозных гастродуоденальных кровотечениях от 1,1% в Японии до 11% в Дании [46]. Причинами отличия по данному показателю являются как особенности организации помощи в разных странах, так и методологические особенности проведения самих исследований. По данным британских авторов, летальность несколько выше, хотя и имеет тенденцию к снижению в период с 1997 по 2007 г. от 14,7 до 13,1% [53].

Сокращение сроков госпитализации в зарубежных клиниках и возможность амбулаторного лечения диктуют необходимость оценивать летальность не только в стационаре, но и в период до 28 дней после выписки [53]. Авторы ссылаются на ряд североамериканских и средиземноморских исследований, в которых внутрибольничная летальность составляет около 3,5%, в то время как исследование пациентов Medicare в США показало, что амбулаторная летальность варьирует в разных государствах в пределах от 18,6 до 45,3%.

Заключение. Таким образом, проблема гастродуоденальных кровотечений, судя по материалам зарубежных исследований, далека от своего разрешения. И хотя в отдельных исследованиях демонстрируются очень хорошие результаты, они часто недостижимы для рядовых лечебных учреждений в большинстве стран. Основными проблемами остаются: круглосуточная доступность эндоскопической службы, сроки назначения и характер медикаментозной терапии, а также сортировка пациентов.

Конфликт интересов отсутствует.

References (Литература)

- Holster IL, Kuipers EJ. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives. *World J Gastroenterol* 2012; 18 (11): 1202–1207.
- Botianu A, Matei D, Tantau M, Acalovschi M. 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? *Chirurgia (Bucur)* 2013; 108 (3): 312–318.

- Theocharis GJ, Thomopoulos KC, Sakellaropoulos G, et al. Changing trends in the epidemiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding in a defined geographical area in Greece. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42: 128–133.

- Simon EG, Chacko A, Dutta AK, et al. Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding—experience of a tertiary care center in southern India. *Indian J Gastroenterol* 2013; 32 (4): 236–241.

- Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, Fisher DA. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *JAMA* 2012; 307 (10): 1072–1079.

- Sung JJ, Chan FK, Chen M, et al. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gut* 2011; 60 (9): 1170–1177.

- Zaltman C, Souza HS, Castro ME, et al. Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records. *Arq Gastroenterol* 2002; 39 (2): 74–80.

- Morales Uribe CH, Sierra S, Hernández AM, et al. Upper gastrointestinal bleeding: risk factors for mortality in two urban centres in Latin America. *Rev Esp Enferm Dig* 2011; 103 (1): 20–24.

- Jaka H, Koy M, Liwa A, et al. A fiberoptic endoscopic study of upper gastrointestinal bleeding at Bugando Medical Centre in northwestern Tanzania: a retrospective review of 240 cases. *BMC Res Notes* 2012; (5): 200.

- Alema ON, Martin DO, Okello TR. Endoscopic findings in upper gastrointestinal bleeding patients at Lacor hospital, northern Uganda. *Afr Health Sci* 2012; 12 (4): 518–521.

- Elwakil R, Reda MA, Abdelhakam SM, et al. Causes and outcome of upper gastrointestinal bleeding in Emergency. *J Egypt Soc Parasitol* 2011; 41 (2): 455–467.

- Sung JJ, Kuipers EJ, El-Serag HB. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 29 (9): 938–946.

- Hearnshaw SA, Logan RFA, Lowe D, et al. Use of endoscopy for management of acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: results of a nationwide audit. *Gut* 2010; (59): 1022–1029.

- Kim JJ, Sheibani S, Park S, et al. Causes of bleeding and outcomes in patients hospitalized with upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2014; 48 (2): 113–118.

- Scheiman JM. Prevention of damage induced by aspirin in the GI tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2012; 26 (2): 153–162.

- Lu Y, Sverdĭn E, Ljung R, et al. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and proton pump inhibitors in correlation with incidence, recurrence and death of peptic ulcer bleeding: an ecological study. *BMJ Open* 2013; 3 (1): 1–7.

- Sezgin O, Altıntaş E, Tombak A. Effects of seasonal variations on acute upper gastrointestinal bleeding and its etiology. *Turk J Gastroenterol* 2007; 18 (3): 172–176.

- Crooks CJ, West J, Card TR. Comorbidities affect risk of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2013; 144 (7): 1384–1393.

- Kang JM, Kim N, Lee BH, et al. Risk factors for peptic ulcer bleeding in terms of Helicobacter pylori, NSAIDs, and antiplatelet agents. *Scand J Gastroenterol* 2011; 46 (11): 1295–1301.

- Ljubicic N, Puljiz Z, Budimir I, et al. The influence of etiologic factors on clinical outcome in patients with peptic ulcer bleeding. *Dig Dis Sci* 2012; 57 (12): 3195–3204.

- Youn YH, Park YJ, Kim JH, et al. Weekend and nighttime effect on the prognosis of peptic ulcer bleeding. *World J Gastroenterol* 2012; 18 (27): 3578–3584.

- Singh SP, Panigrahi MK. Spectrum of upper gastrointestinal hemorrhage in coastal Odisha. *Trop Gastroenterol* 2013; 34 (1): 14–17.

- El Mekkaoui A, Savda K, Mellouki I, et al. Epidemiological differences in upper gastrointestinal bleeding between men and women. *Pan Afr Med J* 2012; (12): 94.

- Den Hollander WJ, Holster IL, Den Hoed CM, et al. Ethnicity is a strong predictor for Helicobacter pylori infection in young women in a multi-ethnic European city. *J Gastroenterol Hepatol* 2013; 28 (11): 1705–1711.

- Crooks CJ, West J, Card TR. Upper gastrointestinal haemorrhage and deprivation: a nationwide cohort study of health inequality in hospital admissions. *Gut* 2012; 61 (4): 514–520.

26. Guidelines for good practice in and audit of the management of upper gastrointestinal haemorrhage. *Physicians Lond* 1992; (26): 281–289.
27. Therapeutic Endoscopy and Bleeding Ulcers. NIH Consensus Statement 1989; 7 (6): 1–22.
28. Palmer KR. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. *Gu* 2002; 51 (Suppl IV): iv1-iv6.
29. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med* 2003; (139): 843–857.
30. Gralnek IM, Barkun AN. Management of Acute Bleeding from a Peptic Ulcer. *The New England Journal of Medicine* 2008; (359): 928–937.
31. Barkun A, Bardou M, Kuipers E, et al. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med* 2010; (152): 101–113.
32. Lanas A, Aabakken L, Fonseca J, et al. Variability in the management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Europe: an observational study. *Adv Ther* 2012; 29 (12): 1026–1036.
33. Trawick EP, Yachimski PS. Management of non-variceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: controversies and areas of uncertainty. *World J Gastroenterol* 2012; 18 (11): 1159–1165.
34. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *Lancet* 2009; 373 (9657): 42–47.
35. Romagnuolo J, Barkun AN, Enns R, et al. Simple clinical predictors may obviate urgent endoscopy in selected patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Arch Intern Med* 2007; 167 (3): 265–270.
36. Mungan Z. An observational European study on clinical outcomes associated with current management strategies for non-variceal upper gastrointestinal bleeding (ENERGIB-Turkey). *Turk J Gastroenterol* 2012; 23 (5): 463–477.
37. Czernichow P, Hochain P, Noursbaum JB, et al. Epidemiology and course of acute upper gastro-intestinal haemorrhage in four French geographical areas. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; (12): 175–181.
38. Jairath V, Martel M, Logan RF, Barkun AN. Why do mortality rates for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding differ around the world? A systematic review of cohort studies. *Can J Gastroenterol* 2012; 26 (8): 537–543.
39. Haas JM, Gundrum JD, Rathgeber SW. Comparison of time to endoscopy and outcome between weekend/weekday hospital admissions in patients with upper GI hemorrhage. *WJM* 2012; 111 (4): 161–165.
40. Lim LG, Ho KY, Chan YH, et al. Urgent endoscopy is associated with lower mortality in high-risk but not low-risk nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2011; 43 (4): 300–306.
41. Manno M, Cavalli M, Barozzi M, et al. Do we always need an endoscopist in the middle of the night? Risk stratification and timing for endoscopy in acute upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2010; 72 (1): 222.
42. Barkun AN, Bhat M, Armstrong D, et al. Effectiveness of disseminating consensus management recommendations for ulcer bleeding: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2013; 185 (3): 156–166.
43. Jairath V, Kahan BC, Logan RF, et al. National audit of the use of surgery and radiological embolization after failed endoscopic haemostasis for non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Br J Surg* 2012; 99 (12): 1672–1680.
44. Chen CC, Lee JY, Fang YJ, et al. Randomised clinical trial: high-dose vs. standard-dose proton pump inhibitors for the prevention of recurrent haemorrhage after combined endoscopic haemostasis of bleeding peptic ulcers. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 35 (8): 894–903.
45. Gashi Z, Joksimovic N, Dragusha G, Bakalli A. The efficacy of PPI after endoscopic hemostasis in patients with bleeding peptic ulcer and role of *Helicobacter pylori*. *Med Arh* 2012; 66 (4): 236–239.
46. Yamada S, Wongwanakul P. Randomized controlled trial of high dose bolus versus continuous intravenous infusion pantoprazole as an adjunct therapy to therapeutic endoscopy in massive bleeding peptic ulcer. *J Med Assoc Thai* 2012; 95 (3): 349–357.
47. Elmunzer BJ, Young SD, Inadomi JM, et al. Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers. *Am J Gastroenterol* 2008; 103 (10): 2625–2632.
48. Tsoi KK, Chan HC, Chiu PW, et al. Second-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: a meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25 (1): 8–13.
49. Gralnek IM. Will surgery be a thing of the past in peptic ulcer bleeding? *Gastrointest Endosc* 2011; 73 (5): 909–910.
50. Wong TC, Wong KT, Chiu PW, et al. A comparison of angiographic embolization with surgery after failed endoscopic hemostasis to bleeding peptic ulcers. *Gastrointest Endosc* 2011; 73 (5): 900–908.
51. Ang D, Teo EK, Tan A, et al. A comparison of surgery versus transcatheter angiographic embolization in the treatment of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding uncontrolled by endoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2012; 24 (8): 929–938.
52. Sostres C, Lanas A. Epidemiology and demographics of upper gastrointestinal bleeding: prevalence, incidence, and mortality. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2011; 21 (4): 567–581.
53. Crooks C, Card T, West J. Reductions in 28-day mortality following hospital admission for upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 2011; 141 (1): 62–70.